



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2022 - 2023**

Date du Jury : **Octobre 2023**

**Vers la coordination territoriale des
services d'urgence :
L'exemple du département de la Gironde**

Erell DANIEL

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier Monsieur Yann BUBIEN, Directeur Général du CHU de Bordeaux, pour son accueil et la confiance donnée aux élèves directeurs en les accueillant chaque année au sein de l'établissement.

Un remerciement tout particulier à Monsieur Raphaël YVEN, Secrétaire général du CHU, qui a été mon maître de stage, pour son implication, sa bienveillance et ses conseils au soutien de mon projet et plus généralement pour son accompagnement durant ces 9 mois de stage. Le partage de ses connaissances, expériences et ses nombreuses mises en relation ont été une aide précieuse.

J'aimerais également remercier l'ensemble de l'équipe de direction du CHU de Bordeaux qui m'a intégrée dès le début du stage et fait confiance sur de nombreux dossiers, ainsi que tous les professionnels croisés au cours de mes 9 mois de stage, pour leur accueil et leur implication dans la réalisation de mes différentes missions.

Je souhaite ensuite exprimer ma sincère reconnaissance aux nombreuses personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire et plus particulièrement :

A Monsieur Thomas POULENC, Directeur référent du pôle urgences SAMU SMUR au CHU de Bordeaux, qui m'a aiguillé dans la rédaction de ce mémoire. La qualité de nos échanges, sa disponibilité, ses conseils avisés et sa connaissance du sujet m'ont été d'une grande aide.

Aux différents professionnels du CHU qu'ils soient médecins, soignants, cadres ou personnels administratifs avec lesquels j'ai pu échanger dans le cadre de ce mémoire. Leurs réponses, points de vue, idées et convictions sur le sujet ont grandement contribué à enrichir mes analyses.

Aux personnes extérieures au CHU interrogées dans le cadre de cette étude, qui m'ont permis d'élargir ma vision du sujet pour tenter de mener une analyse globale et systémique de la démarche de coordination territoriale des SU en Gironde et ailleurs.

Pour finir, un grand merci à mon équipe de relecteurs pour leurs remarques et suggestions avisées.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie	5
1 Face aux difficultés rencontrées par les services d’urgence, la nécessité de favoriser la solidarité en développant une coordination territoriale des SU	9
1.1 La fragilité des structures d’urgence girondines met en péril la médecine d’urgence sur le territoire	9
1.1.1 Les SU girondins en difficulté face à un besoin de soins en augmentation... 9	
1.1.2 Des spécificités territoriales accentuant la fragilité des SU..... 11	
1.2 Une restructuration territorialisée des soins d’urgence déjà à l’œuvre mais encore insuffisante	12
1.2.1 Une organisation territoriale des services d’urgence en construction 13	
1.2.2 Une réflexion inaboutie devant capitaliser sur l’expérience des organisations déjà mises en place..... 15	
1.3 L’impact territorialisé de la crise des urgences : l’opportunité de travailler au niveau territorial	16
1.3.1 Une absence de solidarité territoriale des services d’urgence face à cette difficulté partagée..... 16	
1.3.2 Des leviers existants au service de cette collaboration..... 19	
2 Le développement d’une véritable coordination des SU du territoire : la nécessité d’une démarche intégrée	23
2.1 Une coordination territoriale à organiser en tenant compte de la gradation des SAU	23
2.1.1 Des critères techniques permettant de classifier les SAU d’un territoire 23	
2.1.2 Des critères conjoncturels permettant de classifier les SAU d’un territoire . 24	
2.1.3 Le développement de l’organisation de la période estivale 2023 dans une logique de gradation..... 25	
2.2 La création d’une gouvernance territoriale : élément indispensable d’une bonne coordination	26
2.2.1 Le management territorial en santé : une action complexe mais indispensable pour assurer la coordination des SU..... 26	

2.2.2	Des outils de gouvernance déjà existants pouvant être mobilisés pour favoriser la structuration d'une organisation territoriale des SU.....	27
2.2.3	Un désaccord des acteurs sur leur rôle et la répartition de leurs missions rendant difficile la mise en place d'une coordination territoriale efficace	29
2.2.4	Une organisation de la période 2023 plaçant le SAMU au cœur du dispositif de coordination territoriale	32
2.3	Le nécessaire déploiement d'outils de coordination	33
2.3.1	Des outils déjà développés au service de cette organisation territoriale.....	33
2.3.2	L'opportunité de déployer pour la période estivale de 2023 de nouveaux outils au service d'une coordination renforcée	36
3	Une réalisation territoriale expérimentale mais susceptible de devenir une évolution structurelle du système de soins d'urgence en Gironde	39
3.1	D'autres exemples inspirants de coordination des SU illustrant l'importance des spécificités territoriales	39
3.1.1	L'exemple de la FMIH du département de la Vendée	39
3.1.2	L'exemple de l'équipe territoriale d'urgentistes du département de la Vienne	41
3.2	Une démarche comportant certaines limites	44
3.2.1	Une nouvelle démarche difficile à rendre acceptable	44
3.2.2	Une démarche à élargir à l'ensemble des partenaires contribuant à la gestion des soins urgents.....	45
3.2.3	Une démarche tributaire de l'implication de l'ensemble des SU et des urgentistes	48
3.3	Une démarche à perfectionner pour devenir une véritable solution à la crise des urgences	48
3.3.1	Assurer le développement itératif et la pérennisation de ce nouveau système de coordination des SU.....	49
3.3.2	L'opportunité de généraliser la régulation en amont à l'ensemble des SAU du territoire girondin.....	50
3.3.3	Repenser le management territorial pour créer une culture commune au service d'une véritable solidarité territoriale	51
	Conclusion	53
	Bibliographie.....	55
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AN : Assemblée Nationale
ARM : Assistant de Régulation Médicale
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-Soignant
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CARU : Comité Consultatif d'Allocations des Ressources pour les Urgences
CREX : Comité de Retour d'EXpérience
CH : Centre Hospitalier
CHD : Centre Hospitalier Départemental
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CMG : Commission Médicale de Groupement
CMSI : Centre Médical de Soins Immédiats
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSP : Code de la Santé Publique
CSNP : Centre de Soins Non Programmés
DAM : Direction des Affaires Médicales
DD 33 : Délégation départementale de l'ARS pour le département 33
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DMP : Dossier Médical Partagé
DRM : Dossier de Régulation Médicale
ECN : Epreuves Classantes Nationales
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EIG : Evènement Indésirable Grave
EPMU : Equipe Paramédicale de Médecine d'Urgences
ETP : Equivalent Temps Plein
FEDORU : Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences
FMIH : Fédération Médicale Inter-Hospitalière
GH : Groupe Hospitalier
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IOA : Infirmier d'Accueil et d'Orientation
MOA : Médecin d'Accueil et d'Orientation
MSS : Messagerie Sécurisée en Santé
NA : Nouvelle-Aquitaine
ORU : Observatoire Régional des Urgences
OSNP : Opérateur de Soins Non Programmés
PCME : Président de la Commission Médicale d'Etablissement
PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires
PECH : Prime d'Engagement de Carrière Hospitalière
PET : Prime d'Exercice Territorial
PH : Praticien Hospitalier
PST : Prime de Solidarité Territoriale
RH : Ressources Humaines
ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources
RTU : Réseau Territorial des Urgences
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SAS : Service d'Accès aux Soins
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales
SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours
SFMU : Société Française de Médecine d'Urgences
SIH : Système d'Information Hospitalier
SU : Service d'Urgence
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UMH-P : Unité Mobile Hospitalière Paramédicalisée
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
URPS ML : Union Régionale des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux
VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

Introduction

« *Toute situation de fortes contraintes permet d'appréhender différemment nos organisations, et peut être le terreau d'innovations organisationnelles inédites* » (Wintenberger, Vial, 2022). Les difficultés rencontrées par les structures d'urgence depuis plusieurs années, révélatrices des limites plus globales du système de santé, forcent à s'interroger sur les missions, le rôle et le fonctionnement de ces dernières dans l'offre de soins non programmés.

Depuis quelques années, les services d'urgence médicaux (SU) ; le SAMU, responsable de la réception des appels d'urgence et de la coordination des interventions pré hospitalières, le SMUR, service mobile spécialisé dans la prise en charge des situations d'urgences médicales sur le terrain, et les SAU assurant la prise en charge médicale des patients urgents dans les établissements de santé, sont en grande difficulté sur l'ensemble du territoire national.

L'engorgement des urgences, provoqué par l'augmentation régulière du nombre de passages dans les SAU et la difficulté à trouver des places d'hospitalisation pour les malades, épuise grandement les médecins urgentistes. Ces derniers témoignent également d'un manque grandissant de ressources humaines, matérielles et financières qui limite leur capacité à fournir des soins de qualité et peut les contraindre à exercer en mettant à mal les principes « *éthiques de confidentialité, de qualité de soins et de bienveillance envers les patients* » (Pateron, 2023). Spécialité choisie en 35^{ème} position sur 44 au concours des ECN en 2021, la médecine d'urgence souffre d'une véritable crise des vocations. Ces difficultés de recrutement ne font qu'aggraver la pénibilité rencontrée par les médecins urgentistes puisque celle-ci est alors répartie sur un effectif plus restreint de praticiens. La pénurie d'urgentistes a encore été renforcée par la circulaire ministérielle de la DGOS du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgence-SAMU-SMUR, limitant le temps de travail posté à 39h et favorisant le temps partiel au sein de la profession. Enfin, une coordination insuffisante et inefficace entre les différents acteurs des services d'urgence peut entraîner des retards et une mauvaise répartition des ressources et de la charge de travail, éléments de nature à compromettre la fluidité et la qualité des prises en charges.

Si ces difficultés sont extrêmement présentes au sein des structures publiques, elles affectent également les établissements privés, ce qui témoigne du caractère global de cette crise.

Face à ce contexte épuisant et néfaste en termes de moyens humains et matériels, les services d'urgence, qui peinent à assurer une prise en charge de qualité à chaque patient, ont dû évoluer. Ainsi, si de nombreuses réformes et mesures nationales ont été mises en place par les pouvoirs publics, les acteurs à l'échelle locale ont également dû être inventifs : restructuration des parcours et des unités de soins, création de nouveaux circuits ; et continuent, encore aujourd'hui, d'innover pour pallier les difficultés.

Historiquement la médecine d'urgence a été créée pour répondre aux crises sanitaires. Elle s'est développée au fil du temps, s'est adaptée aux besoins de la population, a fini par s'imposer en tant que spécialité au sein du système français ou elle occupe désormais une place centrale. Le déploiement des SAMU et des SMUR entre 1990 et 2010 sur l'ensemble du territoire national, a accéléré le développement de la médecine d'urgence sur le plan clinique, scientifique, pédagogique et organisationnel. En 2017 a finalement été créée la spécialité universitaire (Carli, 2022).

Cependant durant l'été 2019, plus de 200 services d'accueil des urgences se sont mis en grève pour dénoncer leurs difficultés de fonctionnement. Ce mouvement national a poussé les pouvoirs publics à préparer une grande réforme visant à réorganiser les SAU. Le pacte de refondation des urgences de décembre 2019, porté par le Professeur Carli et le Docteur Mesnier, avait alors formulé 40 propositions d'amélioration portant à la fois sur l'amont, l'aval mais également l'organisation des SAU en s'appuyant sur les initiatives portées sur le terrain.

Si les évolutions organisationnelles sont accompagnées et portées au niveau institutionnel par les pouvoirs publics, elles proviennent toujours d'initiatives innovantes de terrain, progressivement déployées à grande échelle. Ainsi, la crise sanitaire liée à la pandémie Covid a rappelé « la fragilité persistante de l'hôpital » (Deroche, 2023), mais a également mis en exergue cette « capacité de réactivité au changement » et ce « pouvoir d'innovation » des acteurs (Carli, 2022). C'est l'hypothèse formulée par H.Dumez et E.Minvielle à partir d'un retour d'expérience basé sur 55 entretiens. En conclusion, les deux auteurs affirmaient que cette crise avait constitué une période propice aux innovations organisationnelles et provoqué le déploiement de coopérations territoriales inédites (Dumez, Minvielle, 2020). Le pilier 4 des conclusions du Ségur de la santé de juillet 2020 a d'ailleurs soulevé la nécessité de « fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers ». C'est également le rapport Pittet sur la gestion de la crise Covid, qui soulignait l'importance de la coopération entre les acteurs du public et du privé dans le cadre de cette pandémie. Toutefois, ce rapport mettait aussi en évidence les limites quant

à la pérennisation de cette collaboration notamment dans le contexte actuel de pénurie de ressources humaines (Pittet et al, 2020).

Alors qu'en 2022, les urgences faisaient à nouveau face à une terrible crise estivale, les propositions de la mission flash sur les urgences et les soins non programmés lancée le 4 juillet 2022 (Braun et al, 2022), s'inspirant directement des innovations de terrain, sont venues encadrer et développer différentes innovations organisationnelles afin de surmonter les difficultés et de limiter les fermetures intermittentes.

En 2023, la soutenabilité du fonctionnement des SU dans notre système de santé est à nouveau questionnée de manière aiguë et anxiogène. Malgré les actions menées avec la médecine de ville pour répartir la charge de la permanence des soins, l'absence de moyens de contrainte vis-à-vis des praticiens libéraux limite l'efficacité de cette organisation. Dans ce contexte, le CHU de Bordeaux et le SAMU 33 situé au CHU, ont décidé de s'organiser au niveau territorial avec l'ensemble des SU de Gironde pour surmonter, ensemble, la période estivale. De manière globale, une structuration territoriale permet de garantir la continuité des soins et une réponse rapide aux situations d'urgences médicales en assurant un maillage territorial efficient, d'optimiser l'utilisation des ressources médicales disponibles et d'éviter la surcharge de certains services par rapport à d'autres. En outre, cette coordination territoriale permet également de faire face aux défis et aux besoins spécifiques rencontrés en Gironde.

Face à cette volonté inédite de s'organiser ensemble se pose le défi de la coordination d'une multitude d'acteurs avec des fonctionnements, des réalités et des cultures différentes dans un cadre réglementaire presque inexistant. Ce contexte « polycentrique » au sein duquel s'imbriquent différents systèmes de pouvoir et un maillage d'acteurs interdépendants aux attentes spécifiques (Lenesley, 2022), est forcément complexe. Il nécessite le déploiement d'une véritable structuration organisationnelle permettant de garantir un fonctionnement optimal des services d'urgence du territoire, au service d'une prise en charge de qualité pour le patient.

La durée de la crise structurelle traversée par les services d'urgence met également en avant la résilience du système d'urgences qui, en plus d'innover, s'inspire directement des leçons et des acquis de chaque crise périodique pour améliorer un peu plus l'efficacité de son organisation (Carli, Telion, 2021). Se pose alors le défi de pérennisation de cette coordination développée en urgence pendant la période estivale afin que, en préservant la santé de chacun, celle-ci puisse contribuer au renforcement à long terme de l'attractivité et du fonctionnement des SU.

Dans ce contexte et à partir de l'analyse de l'organisation en train de se développer en Gironde depuis quelques mois, l'objectif de ce mémoire est de tirer de premiers enseignements sur l'apport d'une telle organisation territoriale, dans un contexte de foisonnement des initiatives de terrain, face à une inquiétante et durable crise des urgences.

Ainsi : La coordination territoriale des services d'urgence de Gironde peut-elle constituer une solution durable à la crise des urgences ?

Pour faire face à leurs difficultés et réussir à assurer la continuité des soins urgents durant la période estivale 2023, les SU de Gironde ont solidairement décidé de se coordonner au niveau du territoire (1). L'analyse de cette expérience permet de souligner la complexité d'une telle évolution et la nécessité d'une démarche intégrée (2). Si la coordination territoriale des SU comporte de nombreux atouts dans un contexte de crise structurelle des urgences, il semble nécessaire de perfectionner ce système expérimental pour en faire une réponse efficace sur le long terme (3).

Méthodologie

Cadre de l'étude :

La Gironde est le plus vaste département de France métropolitaine et couvre un territoire regroupant plus de 1 600 000 habitants. De nombreux établissements de santé assurent, avec la médecine de ville, le maillage territorial des soins. Parmi eux, le CHU de Bordeaux, établissement le plus important du département et support de GHT, regroupe trois sites hospitaliers : le GH Pellegrin, le GH Saint-André à Bordeaux et le GH Sud sur la commune de Pessac. Etroitement lié à l'Université de Bordeaux, le CHU participe à la formation et à la recherche en santé. Quelques chiffres clefs peuvent illustrer l'activité du CHU : 15 000 personnes rémunérées par mois, 3068 lits et places, 118 000 passages aux urgences et plus de 800 000 actes et consultations externes en 2022.

Afin d'étudier le déploiement de la coordination territoriale entre SU, une analyse de la démarche portée par les acteurs du département de la Gironde dans le cadre de la période estivale de 2023 a été effectuée. Différents éléments justifient ce choix :

- Le département de la Gironde correspond au territoire couvert par le GHT du cas d'étude (GHT Alliance de Gironde) ce qui évite la multiplication des strates territoriales dans le cadre de cette analyse ;
- Le territoire choisi dispose d'une taille intéressante et regroupe un nombre suffisant de SU aux tailles et statuts variés, situés sur des communes et dans des zones à la fois rurales et urbaines ;
- Le déploiement du projet a commencé lors de l'arrivée en stage et s'est poursuivi durant plusieurs mois, permettant d'étudier la démarche sous forme de processus ;
- L'analyse d'un seul territoire a permis une étude précise de l'ensemble des éléments à prendre en compte dans le cadre de ce type de coordination territoriale (acteurs, enjeux managériaux, blocages, temporalité etc) ;
- La variabilité des modes de coopération et de leur contexte selon les territoires rendait difficile la présentation d'une véritable approche comparative.

J'ai cependant aussi interrogé des acteurs de départements ayant mis en place une démarche apparentée et plus avancée : la Vendée (85) et la Vienne (86).

J'ai plus particulièrement analysé la coordination territoriale des SAU adultes en excluant les SAU spécialisés : SAU pédiatrique, psychiatrique etc.

Mode de recueil et analyse des données :

Une approche qualitative et différents outils méthodologiques ont été mobilisés pour étudier le déploiement de cette coordination territoriale. L'objectif était vraiment de comprendre,

d'interpréter et d'expliquer les pratiques, les expériences plutôt que de mesurer ou de chiffrer des phénomènes (Paillé, 2007).

Une bibliographie a été constituée afin de cerner les enjeux du sujet et pouvoir réaliser un diagnostic de la situation.

L'ensemble des documents liés à cette coordination ont été recueillis puis analysés : protocoles, documents institutionnels, supports de présentation, compte-rendu de réunions, conventions, textes réglementaires. L'étude de ces documents a été priorisée en fonction de leur importance et de leur pertinence au regard de la grille d'analyse élaborée dans le cadre de la phase de recherche.

Douze entretiens ont été réalisés avec un panel représentatif de l'ensemble des acteurs concernés par le projet (annexe 1) : équipe de direction de différents établissements publics et privés comportant un SAU, représentant de la CME, personnel médical, paramédical et membres de l'encadrement du pôle des urgences, représentants de l'ARS, acteurs concernés par un projet similaire dans d'autres territoires. Le nombre d'entretiens est limité mais permet de présenter les différents points de vue et avis des acteurs investis dans le projet à divers niveaux, lieux ou fonctions. L'ensemble de ces entretiens était encadré par une grille d'entretien (annexe 2) et a fait l'objet d'une prise de notes et d'un enregistrement intégral. Leur contenu a ensuite été examiné grâce à la grille d'analyse élaborée préalablement.

De nombreux échanges et réunions ont également fait l'objet d'une observation active et d'une prise de notes permettant de comprendre les rapports de force, les postures, les relations entre les différents acteurs. Quelques verbatims sont tirés de ces témoignages indirects, plus spontanés que dans le cadre d'un véritable entretien formel. La cellule de gestion des urgences organisée chaque mardi matin pendant une heure et regroupant le pôle des urgences et les responsables institutionnels du CHU a en particulier, fait l'objet d'une observation active durant l'intégralité de ma période de stage, tout comme certaines réunions du réseau territorial des urgences (RTU).

Limites de l'analyse :

L'analyse issue du cas d'étude doit être relativisée pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, cette analyse et ses conclusions ne sont pas généralisables car elles sont fondées sur l'expérience des SU girondins et les spécificités propres au département (nombre important de SAU privés, concentration sur la métropole, département particulièrement vaste et peuplé ...).

Ensuite, le déploiement de la coordination territoriale girondine des SU est toujours en cours. Si un premier bilan a été effectué suite au début de la période estivale 2023, les

conclusions et préconisations issues de cette expérience ne se basent pas sur un temps suffisamment long pour être réellement exhaustives. Toutefois, l'analyse réalisée s'inspire également d'exemples plus aboutis, portés dans d'autres territoires, ce qui permet de confronter les conclusions faites sur le cas d'étude avec les résultats et analyses effectuées pour d'autres projets. De plus, si la démarche est loin d'être terminée, des éléments clés de la conception du projet peuvent d'ores et déjà être présentés (outils, mode de gouvernance ...).

Enfin, cette analyse concerne uniquement la coordination territoriale des SU et ne s'intéresse donc qu'à une part limitée de la coordination territoriale dans la gestion des soins urgents. Une étude plus longue et complète pourrait s'intéresser aux procédés de coordination territoriaux existants avec les autres acteurs : SDIS, médecine libérale, autres établissements de santé, structures médico-sociales, collectivités territoriales etc.

1 Face aux difficultés rencontrées par les services d'urgence, la nécessité de favoriser la solidarité en développant une coordination territoriale des SU

La mission essentielle et exclusive des SU de prise en charge de « l'urgence médicale » doit être une garantie pour la population. Or, la crise nationale subie par ces structures et les risques de fermetures massives sur le territoire, remettent en cause l'effectivité de leur mission. Cette dégradation impacte fortement la qualité des soins prodigués aux patients. Dans le département de la Gironde, la prise en charge de l'urgence médicale connaît une situation critique (1.1). Face à ce problème majeur, différentes solutions ont été mises en œuvre (1.2) mais la mise en place d'une coordination des SU est encore à structurer pour assurer une médecine d'urgence satisfaisante sur le territoire (1.3).

1.1 La fragilité des structures d'urgence girondines met en péril la médecine d'urgence sur le territoire

Face à une demande en soins croissante, les SU girondins, comme la majorité des SU du pays, sont en difficulté (1.1.1). De plus, certaines spécificités territoriales renforcent encore ce phénomène (1.1.2).

1.1.1 Les SU girondins en difficulté face à un besoin de soins en augmentation

Département vaste et attractif, la Gironde fait partie des 10 départements français les plus peuplés et voit sa population augmenter fortement chaque année, notamment sur la métropole bordelaise. 814 000 personnes habitent dans la métropole et, au total, le département accueille en 2021 1,6 millions d'habitants, soit un quart de la population de la région Nouvelle-Aquitaine. A l'horizon 2050, la Gironde pourrait compter 366 000 habitants supplémentaires, soit 1 968 000 habitants dont 25,5% de personnes de 65 ans et plus (Girondescopie, 2021). Par conséquent, les besoins en soins et notamment en soins urgents sont particulièrement importants dans ce département et vont continuer de croître.

Or, les établissements de santé girondins et en particulier leurs services d'urgence sont en grande difficulté. Le CHU de Bordeaux, comme les autres SU publics, est confronté à une pénurie massive de médecins urgentistes. Cette dynamique de baisse est à l'œuvre seulement depuis 2021 mais est particulièrement brutale. Les effectifs médicaux postés diminuent dans toutes les unités du pôle urgences du CHU ; au SMUR, au SAMU et au sein des deux SAU sur les sites des GH Pellegrin et Saint-André. Ainsi, le pôle subit un différentiel de 24 ETP entre le temps effectif posté et l'effectif cible, soit 30% d'écart (tableau

1). En prenant en compte les Docteurs juniors, le différentiel entre la cible et le présentiel reste de 21 ETP.

Tableau 1 : Etat des effectifs du pôle des urgences du CHU de Bordeaux par unité

MAI	QUOTITE REMUNEREE	QUOTITE PRESENTIELLE POSTEE	EFFECTIF CIBLE	DIFFERENTIEL CIBLE/REMUNERE	DIFFERENTIEL CIBLE/PRESENTIEL
SAMU-SMUR	25	24,3	30,9	5,9	8,15
NRBC	1	1	1,2	0,2	0,2
URG PELL	17,9	14,85	23,2	5,3	11,3
URG SA	11,1	7,7	9,5	-0,5	3,9
CAP TOXICO	6,6	5,5	6,2	-0,4	0,7
TOTAL	61,6	47,85	72,1	10,5	24,25

Source : Direction des affaires médicales, CHU Bordeaux, juin 2023

De plus, de nombreux praticiens finissent par adapter et diversifier leur activité notamment dans des structures privées, en se mettant à temps partiel au CHU. Ainsi, seulement 50% des PH du pôle sont à temps plein et 8 médecins sur 27 ne sont qu'à 50% sur un 39h temps plein ce qui provoque une véritable perte de temps posté. En outre, il est difficile de fidéliser les médecins du pôle qui sont de moins en moins nombreux à vouloir faire leur carrière au CHU. En effet, les praticiens contractuels sont peu désireux de prendre un poste de PH et ne souhaitent pas obtenir la PECH. Il s'agit alors d'un cercle vicieux puisque le nombre de médecins présents au sein du pôle diminue et ceux qui restent doivent combler le déficit, ce qui augmente leur pénibilité et les conduit eux aussi à exercer à temps partiel.

Le service SAMU-SMUR est le plus en difficulté. Il fait face à un manque d'OSNP, d'ARM et surtout de médecins régulateurs, alors même que le SAMU 33 est le point central de l'activité d'urgences du territoire. Centre de régulation de la Gironde, il a vocation à assurer la régulation médicale de l'ensemble des situations d'urgences du département, en assurant une écoute médicale permanente pour déterminer la réponse pertinente aux problématiques rencontrées et déclencher les moyens de secours adaptés dans les délais les plus rapides (SMUR, VSAV, ambulances privées, transport hélicopté). Cette pénurie de praticiens, associée à l'augmentation de l'activité, limite nécessairement l'efficacité de son action sur le territoire. Pourtant celle-ci ne cesse d'augmenter et s'est brutalement accélérée en 2022, notamment avec la mise en place de SAU régulés sur le territoire. En 2021, 620 005 appels entrants avaient été enregistrés au SAMU contre 816 212 en 2022, soit une augmentation de 32%. Les dossiers de régulation ont quant à eux augmenté de 6% entre 2021 et 2022 (annexe 5).

Parmi les 11 établissements ayant une autorisation de soins d'urgence sur le département, 5 sont des établissements privés à but lucratif ou non (représentant 7 SAU), concentrés en particulier sur la métropole bordelaise. Or, ces structures privées sont peu soumises aux règles imposées par l'ARS, structure de régulation du système de santé en région, et ont une culture différente de celle des établissements publics de santé, ce qui complique le fonctionnement de la filière urgences sur le territoire.

Le département de la Gironde comporte des territoires aux profils géographiques, démographiques, socio-économiques variés. En fonction de leur localisation, les SAU ne rencontrent pas les mêmes difficultés. Cette distinction avait d'ailleurs été identifiée par le rapport Grall de 2015 sur la territorialisation des activités d'urgences (Grall et al, 2015) :

- **Dans la métropole bordelaise** : La densité de la population et de SAU complique l'efficacité de l'organisation et sa lisibilité. Le maillage serré de SAU doit être structuré pour prendre en charge la forte demande de la population et répartir au mieux les patients entre les différents SAU en fonction des ressources de chacun.
- **Dans les zones périphériques plus rurales** : La Gironde est un département étendu, les SAU sont donc espacés dans les zones plus éloignées de Bordeaux. Dans ce contexte, une organisation efficace des transports d'urgences est nécessaire afin d'assurer une prise en charge rapide des patients et une optimisation des ressources médicales, moins nombreuses que sur la métropole.

Enfin, le CHU de Bordeaux, établissement de santé le plus important de la région et premier employeur de Nouvelle Aquitaine, influence fortement la situation sanitaire du département. Centre de recours, cet établissement prodigue des soins d'une très grande expertise et dispose d'un plateau technique de pointe. Il est également établissement zonal, en première ligne en cas de situation sanitaire exceptionnelle. L'un des services d'urgence du CHU (le SAU du groupe hospitalier de Pellegrin) est donc lui aussi centre de recours et censé prendre en charge les patients en urgence vitale ne pouvant pas être soignés ailleurs. Or, le chef de pôle des urgences du CHU affirme que le SAU de Pellegrin est dans le même état de délitement que celui des services périphériques, alors même que ses missions sont spécifiques et majeures.

1.2 Une restructuration territorialisée des soins d'urgence déjà à l'œuvre mais encore insuffisante

Face à ces difficultés, les acteurs du territoire ont déjà commencé à repenser leurs organisations et à mener des actions pour se répartir la charge de la permanence des soins urgents au regard des missions et compétences de chacun (1.2.1). Cependant, la réponse est inaboutie et aucune organisation pérenne n'est encore en place (1.2.2).

1.2.1 Une organisation territoriale des services d'urgence en construction

L'une des premières solutions mise en place sur le territoire a été le développement de filières de soins non programmés et la construction de parcours coordonnés multi-établissement par filière. Une filière de soins non programmés est une organisation cohérente et graduée des soins, autour de multiples acteurs et établissements de santé se succédant dans la prise en charge. Elle est souvent structurée par spécialité ou par pathologie (AVC, hémorragie digestive). Le vice-président de CME, porteur du projet de la filière AVC, m'a ainsi exposé le fonctionnement de la filière AVC sur le territoire et m'a présenté les avantages de la filiarisation pour les SAU. Cette dernière permet :

- **D'organiser la participation des médecins spécialistes à la permanence des soins ce qui soulage en partie les SAU.** En effet, l'une des problématiques majeures rencontrées par les urgentistes aujourd'hui est le désengagement des équipes de spécialités de cette permanence. Ces organisations permettent aux urgentistes de se décharger d'une part de leur activité et d'avoir directement accès aux spécialistes qui s'investissent dans ces filières.
- **De participer à la répartition de l'activité des SAU et à l'orientation des patients.** La mise en place de ces filières oblige à quantifier l'offre de soins sur un territoire donné afin d'identifier pour chaque structure ses capacités de prise en charge (caractéristiques des plateaux techniques, disponibilité, spécialistes compétents en deuxième ligne).

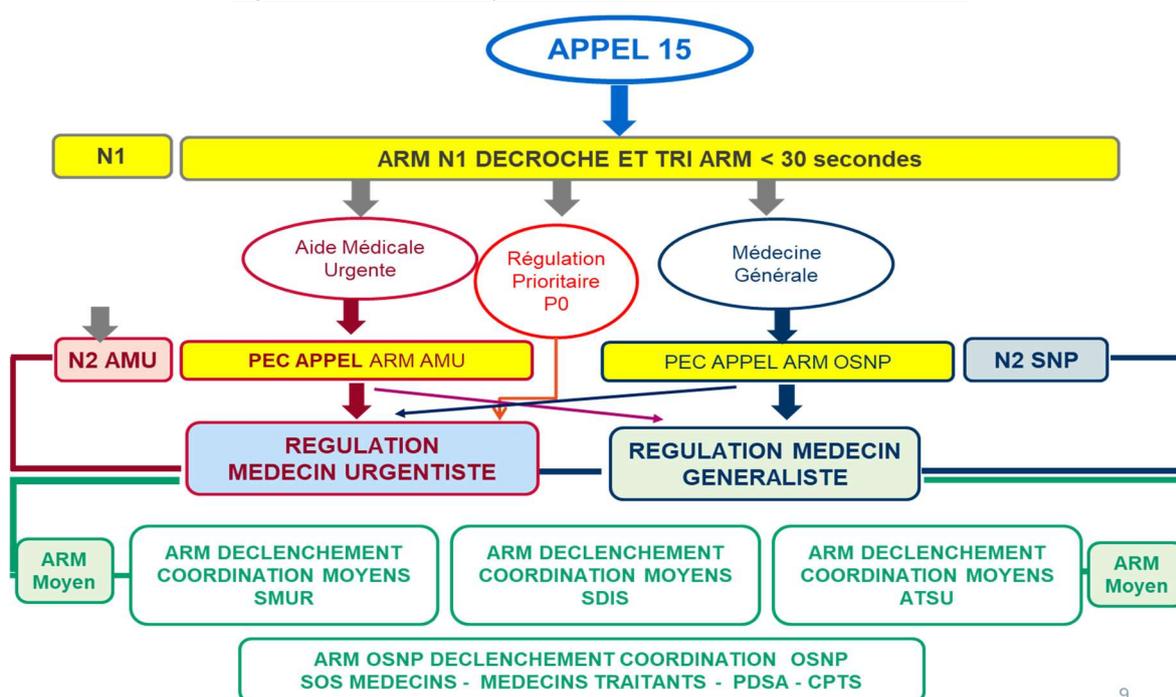
Toutefois l'un des risques de cette organisation, m'indique un directeur de clinique privée du territoire, est que les établissements soient « ultraspécialisés » et que les patients comorbides et n'entrant pas dans une « case précise » soient refusés à l'entrée des urgences.

Les SAU du territoire, emmenés par le CHU, ont également mis en place un système de sectorisation en 2022. Le département de la Gironde a été divisé en 14 secteurs au sein desquels se situe systématiquement un SAU. Lorsqu'un patient appelle le SAMU, il est orienté, en fonction de sa localisation, vers le SAU du secteur dans lequel il se trouve. Ce système trouve à s'appliquer essentiellement au sein de la métropole bordelaise puisque la population est plus dense et les SAU plus rapprochés. Ainsi, une charte des urgentistes de Bordeaux métropole a été rédigée et validée en RTU. Dans celle-ci, les urgentistes s'engagent notamment à assurer la prise en charge de la population correspondant à leur territoire tel que sur la carte établie (annexe 3), à ne pas réorienter les patients faute de place et à prévenir la régulation de la tension dans les urgences sans pour autant refuser les patients correspondant à ce même secteur.

Le CHU de Bordeaux a ensuite été l'un des premiers établissements de santé à mettre en place un système de régulation de son SAU en 2022, suivi ensuite de manière périodique par certains SAU du territoire. Ce mode dégradé s'est traduit par la régulation 24h sur 24 de tous les patients se présentant aux urgences. Tout usager souhaitant accéder au SAU devait avoir préalablement appelé le 15. Toutefois, le SAU continuait de garantir la réponse à l'urgence vitale au sein de l'établissement et a maintenu son secteur de SMUR. Cette organisation a permis de diminuer l'affectation de ressources humaines nécessaires pour faire fonctionner le service et a servi à combler l'ensemble des plages vacantes du planning médical.

Enfin, une réflexion a également été menée avec la médecine de ville. Le SAMU 33 a été service expérimentateur du SAS. Service d'orientation de la population dans son parcours de soins, ce projet sert à orienter l'usager vers la structure médicale la plus adaptée à son besoin. Le SAS correspond à la mise en place de niveaux d'appel 1 et 2 sur la plateforme de régulation. Lors d'un appel au 15, un patient est pris en charge par un ARM qui détermine si le patient nécessite une prise en charge relevant de la médecine d'urgence ou de la médecine générale et le réoriente vers le niveau d'appel 2 correspondant à un ARM de médecine d'urgence ou un ARM OSNP (Figure 2). L'objectif est de permettre à tout usager d'accéder à un professionnel de santé qui lui fournira un conseil, une téléconsultation, une orientation vers une consultation sans rendez-vous ou un service d'urgence avec l'engagement possible d'un transport sanitaire si l'état de santé du patient le requiert.

Figure 2 : Schéma de présentation du fonctionnement du SAS



Source : DGOS

Le CHU a également mis en place, accolées à ses deux SAU, deux permanences de médecine générale de 14h à minuit sur le site de Pellegrin et de 8h à 20h sur le site de Saint André. Dans ce cadre, des médecins généralistes réalisent des consultations pour des patients se présentant aux urgences et ne nécessitant pas d'hospitalisation ou de soins urgents. Leur pratique est encadrée par un contrat d'activité libérale conclu avec le CHU moyennant une redevance de 10%. Là encore les plages horaires ne s'étendent pas à la nuit profonde.

La nuit, les patients sont donc orientés vers la PDSA ou à défaut bien souvent vers les urgences. En effet, depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire du 21 juillet 2009, la PDSA est une mission de service public basée sur le volontariat. De ce fait, cette dernière s'est progressivement dégradée. Le rapport d'information de l'Assemblée nationale sur la permanence des soins du 3 juin 2015 (Commission des affaires sociales de l'AN, 2015) déplore ainsi l'érosion continue du nombre de médecins participant à la PDSA, malgré les différents dispositifs incitatifs mis en place par l'ARS. Par conséquent, malgré les efforts des SAU pour travailler avec la médecine de ville et malgré la mise en place du SAS, la structuration d'une coopération territoriale avec les médecins libéraux sera toujours limitée par le caractère volontaire de cette PDSA.

Pour finir, afin de favoriser la solidarité des médecins urgentistes du territoire, le CHU utilise les dispositions réglementaires incitatives relatives à l'activité partagée. En vertu des articles D 6152-23-1 et suivant du CSP, l'établissement octroie la prime d'exercice territorial (PET) à tout urgentiste qui irait exercer sur son temps de travail une demi-journée ou plus dans un établissement public distant de 20 km de son site principal d'exercice. Le CHU verse également la prime de solidarité territoriale (PST) à tous les médecins urgentistes à temps plein qui iraient prendre des plages horaires dans un autre SAU public en dehors de leur activité de service. De plus, pour renforcer cette pratique entre SAU du département, une convention a été conclue avec l'ARS pour élargir la mise en œuvre de la PST, pour les urgentistes qui exercent à 80% ou plus dans des SAU publics mais également privés à but non lucratif. Malheureusement, l'efficacité de ces primes est limitée par la pénurie généralisée de médecins urgentistes et par le nombre important de SAU privés à but lucratif sur le territoire.

1.2.2 Une réflexion inaboutie devant capitaliser sur l'expérience des organisations déjà mises en place

Malgré la mise en place de ces différentes organisations, les difficultés rencontrées par les SU persistent et leur coordination territoriale est encore largement perfectible. De nombreux

acteurs interrogés reconnaissent d'ailleurs que la Gironde est « en retard » par rapport à d'autres départements.

Si les SAU de Gironde se sont mis à réguler les entrées, cette suspension temporaire de la prise en charge des urgences spontanées n'a pas conduit à une optimisation des ressources humaines d'urgences au niveau du territoire. La réflexion qui aurait pu être menée dans une logique territoriale, a été conduite individuellement par chaque établissement. D'ailleurs les fermetures nocturnes des différents SAU du territoire, sans organisation territoriale installée, a provoqué un report d'activité brutal et non anticipé sur les autres SAU, ce qui a aggravé la saturation et les conditions de travail des professionnels, renforçant un peu plus le phénomène de démission présent au sein de la communauté des urgentistes (Wintenberger, Vial, 2022). Le rapport rendu par l'IGAS sur l'évaluation de mesures dérogatoires portant sur les soins urgents et non programmés pour l'été 2022 (IGAS, 2022) insiste d'ailleurs tout particulièrement sur la nécessité de penser ces mesures « dans un contexte de solidarité territoriale » pour « limiter les fermetures partielles d'activités en situation de crise ou au moins de les anticiper ».

Par ailleurs, les organisations mises en place en 2022 au moment de la période estivale ont ensuite été à nouveau remplacées par le fonctionnement dit « normal », « historique ». Cette réorganisation dans l'urgence n'a donc pas mené à une réflexion sur les moyens de pérenniser, d'améliorer les différents dispositifs et de développer une véritable organisation territoriale des soins urgents. Si une ébauche de coopération a été initiée dans le cadre de la crise conjoncturelle de 2022, il aurait fallu y apporter des réponses structurelles pour éviter le retour de nouvelles complications en 2023.

1.3 L'impact territorialisé de la crise des urgences : l'opportunité de travailler au niveau territorial

L'ensemble des SU du département sont en difficulté et peinent à assurer leur mission. Pourtant, au lieu de favoriser l'organisation d'une véritable solidarité territoriale, ils continuent de s'organiser individuellement (1.3.1). Et ce, alors même qu'ils disposent de leviers pour mener à bien cette coordination (1.3.2).

1.3.1 Une absence de solidarité territoriale des services d'urgence face à cette difficulté partagée

Les difficultés rencontrées concernent l'ensemble des SU. Pour y faire face, il est indispensable de développer une solidarité territoriale, une véritable coopération inter-établissement afin d'améliorer l'accès et le fonctionnement des urgences.

Toutefois, cette solidarité est empêchée par une gestion individualiste des SAU et en particulier des SAU privés. La loi RIST du 26 avril 2021 « améliorer le système de santé par la confiance et la simplification », visant à réguler l'intérim médical, plafonne les montants d'intérim à 1170 euros net la plage de 24h dans les établissements publics de santé. Les établissements privés à but non lucratif porteurs de structures d'urgence ne sont pas concernés par la loi et continuent d'appliquer leurs tarifs d'intérim. La mise en œuvre de cette loi depuis le 3 avril 2023 met donc en difficulté les SAU publics et entraîne la régulation et/ou la fermeture temporaire fréquente des SAU publics de Blaye, Sainte Foy La Grande, Langon et même du CHU. De plus, du fait de l'absence d'organisation et de concertation territoriale, la gestion des fermetures est bien souvent anarchique et non anticipée. Cela remet en cause l'égalité d'accès aux soins pour les patients, qui doivent se rendre dans un SAU plus lointain et attendre plus longtemps avant d'être pris en charge. De nombreux événements indésirables graves ont été remontés, témoignant d'une attente trop longue dans un SAU et provoquant des pertes de chances pouvant aller jusqu'au décès. Par ailleurs, les SAU privés effectuent régulièrement des « stop SAMU agressif » et refusent certains patients envoyés par la régulation. Ce sont bien souvent des patients âgés avec des comorbidités qui font alors l'objet d'une « réorientation sauvage » vers un autre établissement, provoquant là encore une perte de chance.

Par ailleurs, cette absence de solidarité et de coopération s'illustre aussi par l'inégale répartition de la charge en soins entre les différents SAU. Le bulletin quotidien de l'ORU permet d'observer le nombre de passages aux urgences par SAU. Si ces chiffres sont à analyser en tenant compte de l'effectif et des lignes d'urgentistes au sein de chaque SAU, force est de constater qu'en Gironde certains SAU ne participent pas suffisamment à l'effort collectif, notamment sur la métropole bordelaise. Ainsi, alors que certains services accueillent 80 à 140 passages, d'autres n'en accueillent que 13 par jour (Figure 3). Par ailleurs, il est important de s'intéresser à d'autres indicateurs que le seul nombre de passages. En effet, la charge en soins varie énormément entre 2 patients. Le nombre de vecteur ambulances/jour ou le taux d'hospitalisation après passage aux urgences sont des indicateurs permettant d'identifier les patients lourds demandant une prise en charge longue et complexe. Or, 45% des vecteurs ambulances de la métropole sont accueillis sur les 2 SAU du CHU ce qui signifie que 50% de l'activité complexe est réalisée au CHU alors qu'il existe 7 SAU sur cette zone.

Figure 3 : Bulletin de l'ORU du dimanche 16 juillet 2023

SERVICES D'URGENCES	PASSAGES		TEMPS DE PASSAGE		PRÉSENCE			TRANSPORT D'ENTRÉE						MUTATION INTERNE	
	Nb	Réf	Moy	Réf	Nb max	Horaire	Nb 8H30	Nb	Réf	Nb	Réf	Nb	Réf	Nb	Réf
TOTAL TERRITOIRE	1024	1084,1	04:00	05:18				10	11,3	82	107,1	202	207,8	181	256,7
CHU BORDEAUX PELLEGRIN ADULTES	142	137,0	02:27	04:29	30	16:48	8	4	2,9	12	19,7	18	24,5		
CH ARCAÇON	124	120,1	02:37	04:10	33	13:28	17	1	1,5	9	9,3	23	27,0	18	24,5
CH LIBOURNE	118	124,7	05:05	08:31	56	13:29	41	1	1,9	11	16,8	29	25,1	18	26,5
CHU BORDEAUX PELLEGRIN PEDIATRIE	108	104,7	03:26	03:02	26	17:54	6	0	0,7	4	2,1	11	7,5	16	18,3
PCL BORDEAUX NORD AQUITAINE	80	79,9	06:29	05:51	27	15:24	13	0	0,1	13	11,1	16	16,6		
PCL BORDEAUX RIVE DROITE	63	64,8	08:57	07:58	36	16:59	25	0	0,2	3	3,5	16	12,9	17	19,5
CHU BORDEAUX SAINT ANDRE	59	55,9	05:00	07:14	26	00:09	20	0	0,4	8	8,5	21	17,6		
CL MUTUALISTE LESPARRE MEDOC	57	63,5	02:05	03:00	11	16:16	4	1	0,7	5	5,5	10	11,9	5	17,0
HOP PRIVE ARES WALLERSTEIN	56	64,7	04:27	05:05	21	00:00	13	1	0,2	4	4,5	16	15,7	13	15,9
CL MUTUALISTE PESSAC	55	65,6	01:21	02:32	11	16:49	5	0	0,1	1	3,5	6	7,3		
CH BLAYE	50	55,1	04:38	05:27	25	14:47	3	1	0,4	2	4,6	7	8,7	9	11,9
MSP BAGATELLE - ROBERT PICQUE	49	46,1	03:58	07:33	21	00:00	11	0	0,0	5	7,5	12	11,7		
CH LANGON	39	56,7	02:59	04:50	19	00:21	7	1	0,9	4	7,0	12	15,3	3	11,5
CL BORDEAUX TONDU	13	20,1	02:15	07:29	7	15:47	0	0	0,7	1	2,4	5	4,1		
CHU BORDEAUX HAUT LEVEQUE	11	11,1	01:44	03:30	3	20:40	0	0	0,5	0	0,2	0	0,0	10	7,7
CH SAINTE FOY LA GRANDE	0	14,1		05:44					0,1	0	0,8	0	1,9	0	1,6

Activité des urgences du territoire – Dimanche 16 Juillet

30 vecteurs ambulances / 142 passages

29 vecteurs ambulances / 80 passages

29 vecteurs ambulances / 59 passages

7 vecteurs ambulances / 55 passages

17 vecteurs ambulances / 49 passages

6 vecteurs ambulances / 13 passages

Source : Cellule des tensions estivale CHU de Bordeaux

En outre, le territoire fait face à une désorganisation des transports dans le cadre de la gestion des soins urgents, or la maîtrise des transports sanitaires est aussi un facteur essentiel de l'organisation des soins urgents (Carli, 2022). Il existe tout d'abord une véritable carence ambulancière. Les besoins augmentent mais les moyens SMUR restent constants, ce qui oblige le SAMU à solliciter d'autres acteurs. Les ambulances privées et les équipes du SDIS sont donc extrêmement mobilisées pour assurer la continuité des prises en charge. Ainsi, entre 2021 et 2023, le nombre de déclenchement d'ambulances privées a augmenté de 23% et le nombre de moyens de sapeurs-pompiers déclenchés a augmenté de 5%. Par ailleurs, les transports secondaires inter-établissements sont également une véritable problématique sur le territoire. Différents acteurs avec lesquels j'ai pu échanger m'ont indiqué que peu importe la distance à parcourir, ces transferts prenaient toujours plusieurs heures, ce qui complique là encore, l'orientation et la répartition des patients entre les différents SAU. En effet, les chiffres d'activité présentés par la responsable du SAMU-SMUR mettent en avant cette problématique puisque les sorties secondaires des SMUR subissent une baisse importante tandis que les transferts infirmiers inter-hospitalier, assurant également ces sorties secondaires, n'augmentent que très légèrement (3%). Enfin, certains SAU disposant d'un SMUR et confrontés à un manque de médecins urgentistes, se retrouvent à devoir choisir entre le maintien de leur SAU ou de leur ligne de SMUR et se réorganisent sans nécessairement en informer le SAMU ou les

SAU à proximité. Pourtant une telle fermeture peut impacter fortement l'activité de ces derniers.

L'ensemble de ces éléments illustre l'absence de coopération inter-hospitalière et questionne la continuité de la filière urgences sur le territoire. Ce risque avéré de rupture complète de fonctionnement nécessite la mise en place rapide d'une coordination territoriale des SU.

1.3.2 Des leviers existants au service de cette collaboration

L'absence de cadre réglementaire précis sur l'organisation territoriale des SU offre aux acteurs une plus grande marge de manœuvre pour innover. Cela leur donne l'opportunité de structurer une organisation adaptée aux réalités et aux besoins du territoire.

Toutefois des évolutions réglementaires se profilent et semblent aller dans le sens d'une coordination territoriale des SU. Un nouveau décret relatif aux conditions d'implantation de l'activité autorisée de soins de médecine d'urgence devrait bientôt entrer en vigueur et modifier le régime des autorisations des soins urgents. Ce texte va venir entériner la création d'antennes de médecine d'urgence. Ces structures intermédiaires doivent venir accroître la gradation des services d'urgence en introduisant un nouveau type de structure ouverte 7 jours sur 7 mais fermée en nuit profonde. L'autorisation de faire fonctionner une telle antenne sera « accordée à un établissement de santé que s'il a l'autorisation de faire fonctionner un SMUR sur un même site » et devront couvrir « une amplitude d'au moins 12 heures de service continu, tous les jours de l'année ». De plus l'établissement doit constituer ou participer « à une équipe commune avec un ou plusieurs établissements autorisés pour faire fonctionner une structure des urgences ». Dans ce cadre, une convention se chargera alors de décrire : les modalités d'orientation voire de transfert des patients en dehors des horaires d'ouverture de l'antenne ou lorsque sa prise en charge ne peut être assurée sur site « dans des délais compatibles avec leur état de santé », les protocoles de soins menés et les conditions d'organisation de l'équipe commune sur les différents sites.

Ensuite, le développement de cette coopération territoriale des SU s'inscrit dans un contexte de crise aiguë et fait l'objet d'un besoin urgent. Or, la crise Covid l'a parfaitement illustré, ce contexte de crise conjoncturelle donne de la souplesse aux acteurs, favorise l'expérimentation et accélère les nouvelles pratiques organisationnelles. La crise revalorise le rôle de proximité et engage les organisations vers une plus grande humanisation de la gestion et de nouvelles formes d'organisation du travail (Frimousse, Peretti, 2020). Dans ce cadre, les acteurs participant à la construction de cette coordination territoriale sont

soutenus par les pouvoirs publics et ont à leur disposition une grande marge de manœuvre pour innover et proposer une organisation. De plus, si cette crise des urgences diffère de celle liée à la Covid, il est possible de capitaliser sur les coopérations et les organisations créées pendant la pandémie. Lors de cet épisode, les acteurs ont pris conscience de l'importance de la vision collective « pour perdre moins d'énergie » et pour éviter la dispersion des moyens humains (Wintenberger, Vial, 2022). La collaboration territoriale au profit d'organisations plus structurées et rationalisées constituait déjà une piste de solution pour mieux travailler ensemble en mobilisant moins d'énergie et de ressources humaines. Un véritable élan de solidarité s'était développé, les acteurs étaient sortis de leur zone de confort pour aboutir à une collaboration.

Par ailleurs, la récente réforme du financement des urgences de 2021 s'inscrit également dans cette dynamique de territorialisation des soins d'urgence. Selon Arnaud Joan Groangé, pilote de la réforme du financement au ministère de la santé, lors d'un entretien donné au journal APM News, cette réforme vise à mettre « un peu moins d'activité et un peu plus de territorialité ». Elle valorise les caractéristiques territoriales en mettant en place une dotation populationnelle représentant plus de 50% du financement de ces structures. Cette dotation est répartie en enveloppe régionale en fonction de caractéristiques infra régionales tenant compte de l'état du besoin de soins d'urgence (données démographiques notamment). L'annexe 1 de l'arrêté du 6 avril 2021 énumère les critères à partir desquels les montants sont alloués. Cette enveloppe est ensuite répartie en enveloppes territoriales aux différents établissements ayant un SAU en fonction de critères décidés par le CARU régional. Les critères de répartition peuvent ainsi être liés à la charge en soins pour les services d'urgence (taux d'hospitalisation post urgences, distribution des passages jour/nuit/nuit profonde) comme cela a été décidé par le CARU d'Île de France. Cela permet ainsi de valoriser les SAU particulièrement actifs la nuit, le week-end et prenant en charge un nombre important de patients. L'objectif est d'inciter l'ensemble des SAU à participer de manière équitable à l'effort territorial et à la permanence des soins urgents. En outre, la révision des forfaits pour les actes et consultations externes crée différents forfaits socles et des suppléments dont certains varient en fonction de la complexité du patient et de sa prise en charge, selon la classification clinique des malades aux urgences (CCMU2+ ou CCMU 3 4 5) ou le mode d'arrivée du patient (les patients couchés étant plus complexes à prendre en charge).

Pour finir, si ces différents acteurs ont une culture et des besoins différents, ils ont un objectif partagé : améliorer l'accès et le fonctionnement de leurs services d'urgence afin de garantir la meilleure prise en charge au patient.

La crise brutale à laquelle sont actuellement confrontés les SU du territoire peut donc être considérée comme une « fenêtre d'opportunité » donnée aux acteurs pour leur permettre d'innover au niveau organisationnel.

2 Le développement d'une véritable coordination des SU du territoire : la nécessité d'une démarche intégrée

La mise en place d'une coordination des SU de Gironde est centrale dans les solutions trouvées par les acteurs du territoire pour passer la période estivale en dégradant le moins possible la qualité de leurs prises en charge. Toutefois la création d'une telle organisation est complexe et, pour s'assurer de son efficacité, doit s'appuyer sur différents éléments : la gradation au sein des SAU (2.1), une gouvernance territoriale structurée (2.2) et des outils de coordination (2.3).

2.1 Une coordination territoriale à organiser en tenant compte de la gradation des SAU

Les SAU qui maillent le territoire national sont nombreux et présentent des tailles et des caractéristiques variées. Ils peuvent faire l'objet d'une gradation basée sur des critères techniques (2.1.1) mais aussi conjoncturels (2.1.2).

2.1.1 Des critères techniques permettant de classer les SAU d'un territoire

Le code de la santé publique n'affirme pas clairement l'existence de niveaux de structures de soins d'urgence. Toutefois, les SAU peuvent être classifiés en fonction de leur capacité à fournir des soins médicaux spécialisés et en fonction des ressources disponibles. Différents éléments peuvent être pris en compte pour effectuer cette gradation :

- **Les caractéristiques du plateau technique** : En vertu de l'article R 6123-6 du CSP, pour obtenir une autorisation, un SAU doit disposer d'un accès à un plateau technique de chirurgie, d'imagerie et d'analyse de biologie médicale. Cependant les éléments présents au sein du plateau technique peuvent être plus importants ce qui élargit alors la palette de prise en charge du SAU. Ainsi les établissements les plus importants peuvent avoir accès à des technologies plus avancées (scanners plus performants et autres équipements de pointes). Par ailleurs, si un SAU doit disposer d'un accès à un service d'imagerie médicale, il n'est pas obligatoire que celui-ci se situe au sein de la structure. Par conséquent, les services d'urgence avec leur propre service de radiologie ou laboratoire obtiennent plus rapidement les résultats des examens, ce qui améliore la prise en charge des patients.
- **Les filières de spécialistes présentes en deuxième ligne au sein de la structure** : Les grands services d'urgence, en particulier ceux du CHU, peuvent offrir l'accès à un plus large éventail de spécialités médicales, une fois le diagnostic posé par l'urgentiste. Certains spécialistes peuvent même se rendre directement

sur le plateau technique des urgences pour réaliser des actes ou effectuer des consultations. Par ailleurs, ces services d'urgence sont également en lien étroit avec les unités de soins intensifs. L'existence de ces collaborations améliore grandement les possibilités et la qualité des prises en charge pour les profils complexes.

- **La présence ou non d'un SMUR accolé au SAU** : La complémentarité des compétences et des ressources de ces deux structures d'urgence permet de répondre plus efficacement aux urgences médicales. En effet, le SMUR est constitué d'une équipe médicale qui peut comprendre un médecin réanimateur et un infirmier anesthésiste. Cette expertise supplémentaire permet une prise en charge avancée des patients en situation critique et une optimisation des ressources. La présence d'un SMUR permet également le transfert médicalisé d'un patient vers un établissement de niveau supérieur.
- **La présence d'un service d'urgence spécialisé au sein de l'établissement** : pédiatrie, grands brûlés, main, ophtalmologie etc. La présence de ces unités spécialisées améliore nécessairement l'expertise et la qualité des prises en charge.

Finalement de nombreuses caractéristiques telles que la taille, les spécialités dominantes de l'hôpital ou son statut universitaire « influent largement sur l'activité du service des urgences » (Galichon, 2014). Il est donc possible d'établir une classification des SAU par niveau :

- **Les services d'urgence spécialisés** et très bien équipés généralement situés dans des établissements hospitaliers de référence (CHU) et souvent accolés à un SMUR et au SAMU du territoire. Ces services disposent d'une équipe médicale multidisciplinaire, d'équipements spécialisés et de capacités diagnostiques avancées. Ils peuvent traiter des problèmes de santé graves comme les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, les traumatismes graves etc.
- **Les services d'urgence généraux** qui offrent une prise en charge des urgences médicales et chirurgicales de moins haute complexité. Ils sont équipés pour gérer des situations d'urgences courantes.
- **Les services d'urgence de proximité** qui assurent principalement une prise en charge des urgences médicales de base et peuvent stabiliser un patient avant de le transférer vers des services de niveaux supérieurs.

2.1.2 Des critères conjoncturels permettant de classifier les SAU d'un territoire

Toutefois si ces critères structurels comptent, ils doivent être complétés par des indicateurs conjoncturels :

- **Le taux de charge du SAU** qui peut s'évaluer en fonction de différents indicateurs : le nombre de patients couchés/non couchés en attente, le nombre de vecteurs ambulances en attente, le nombre de patients orientés vers le SAU par le SAMU par tranche de 4h, le taux d'hospitalisation après passage aux urgences ;
- **L'état des effectifs médicaux et non médicaux**, en tenant compte notamment du nombre de lignes d'urgentistes opérationnelles au sein du SAU de jour et de nuit ;
- **La capacité d'accueil du SAU** en fonction du nombre de lits disponibles dans les différentes unités : UHCD, SAUV, box de consultation mais aussi lits disponibles en réanimation dans l'établissement et dans les autres services de médecine et de chirurgie ;
- **La fermeture ou la mise en tension des SAU** déclarées sur le ROR de Nouvelle-Aquitaine.

Cette classification et la connaissance de ces indicateurs permettent au SAMU d'organiser l'adressage des patients sur le territoire en fonction de la localisation et des caractéristiques du SAU. Néanmoins, dans le cas de présentations spontanées, cette gradation n'est pas connue du grand public et ne s'applique pas.

La coordination territoriale qui est en train de se développer en Gironde doit nécessairement tenir compte de cette gradation et des possibilités offertes par chaque SAU, notamment pour déterminer les services à préserver en priorité en cas de procédure dégradée.

2.1.3 Le développement de l'organisation de la période estivale 2023 dans une logique de gradation

Face au constat établi par l'ensemble des acteurs du territoire selon lequel il ne serait pas possible de passer l'été en maintenant les conditions et l'organisation actuelles, il a semblé indispensable de réfléchir aux spécificités des différents SAU et à leur gradation. Cette analyse a permis de mettre en avant le rôle unique et clef du SAMU 33 qu'il faut maintenir voire renforcer et le rôle spécifique et de recours du SAU de Pellegrin au CHU de Bordeaux. Au regard des difficultés en ressources humaines dans ces deux services, il est apparu nécessaire de limiter l'activité du SAU de Pellegrin à son activité spécifique de recours, permettant ainsi de diminuer les besoins médicaux nécessaires pour assurer son ouverture. Cela permet également de redéployer les effectifs initialement prévus au SAU vers le SAMU qui est lui aussi en difficulté. Par conséquent, 3 circuits sont maintenus au SAU de Pellegrin après orientation par la régulation : le déchocage, la SAUV et les consultations. Pour chacun de ces circuits, différents critères sont identifiés pour que le patient soit pris en charge au SAU de Pellegrin. Certaines filières de recours ont également été déportées et

prises en charge au SAU du GH Saint-André, qui va devoir absorber une part d'activité supplémentaire. Afin de mettre en place cette organisation, les conditions d'accès aux SAU et les capacités d'accueil ont été adaptées.

Par effet de vases communicants, les patients non pris en charge au SAU de Pellegrin seront orientés vers l'ensemble des autres SAU du territoire et la médecine de ville qui devront être solidaires et assumer cette charge supplémentaire. Le SAMU aura lui aussi une activité plus forte puisque tous les patients se rendant au SAU de Pellegrin seront régulés. Cependant d'autres éléments doivent être mis en place pour compléter et réussir cette organisation territoriale.

2.2 La création d'une gouvernance territoriale : élément indispensable d'une bonne coordination

S'il appartient aux SU de mettre en place cette coordination, ces derniers ont besoin d'être accompagné dans leurs initiatives. Pour cela, l'ARS cadre et facilite les démarches et propositions des acteurs du terrain. Mais instaurer ce management territorial est complexe (2.2.1). Si des outils existent déjà (2.2.2), la gouvernance sur ce sujet reste à structurer pour assurer une coordination territoriale efficace (2.2.3). L'organisation girondine estivale semble placer le SAMU au cœur de cette gouvernance (2.2.4).

2.2.1 Le management territorial en santé : une action complexe mais indispensable pour assurer la coordination des SU

Le management territorial en santé peut se définir comme une approche de gestion visant à coordonner les acteurs et les ressources sur un territoire donné dans le but d'améliorer l'organisation des services de santé et la qualité des prises en charges. L'ARS, chargée de la coordination et de la régulation du système de santé en région, participe grandement au management territorial en santé, mais la responsabilité est partagée entre les différents acteurs.

Ce management territorial en santé doit créer un espace permettant cette coordination territoriale des SU. Cet espace doit être :

- **« Dialogique »** : Il doit favoriser la diffusion de l'information et permettre aux acteurs d'apprendre à se connaître (Dumez, Minvielle, 2020). Cela passe notamment par l'impulsion de « tables de concertation tactiques » et de « lieux d'échanges et de rencontres privilégiés » (Fratallone Kieffer, 2023) ;
- **Encadré** : Il faut que chaque acteur coordonne son action avec autrui. Cela passe par l'élaboration d'objectifs et de protocoles communs mais également par la mise en place d'un système de contrainte ;

- « **Serein** » : Les acteurs doivent être en confiance pour accepter de faire passer les enjeux collectifs avant leurs intérêts individuels. Pour cela, il faut transformer et limiter les comportements non coopératifs, prendre en compte de manière égalitaire les besoins et les réalités de l'ensemble des acteurs et assurer un climat de transparence (Dumez, Minvielle, 2020).

Ce management territorial doit également permettre de déterminer le rôle de chacun ainsi que ses missions (Frattallone Kieffer, 2023). Ainsi, la mise en place d'une gouvernance polycentrique permet de « coordonner des acteurs provenant d'institutions très diverses dans un but commun » (Lenesley, 2022). Si le cadre réglementaire offre déjà des lignes directrices quant au rôle de chacun, ce sont les acteurs animant le management territorial qui doivent préciser et organiser la répartition des missions pour assurer le bon fonctionnement d'une coordination entre les SU de Gironde.

Enfin, ce management doit assurer l'existence d'une véritable démarche collective permettant de responsabiliser chacun des acteurs porteurs du projet sur le fonctionnement de la démarche et sur le succès du projet.

2.2.2 Des outils de gouvernance déjà existants pouvant être mobilisés pour favoriser la structuration d'une organisation territoriale des SU

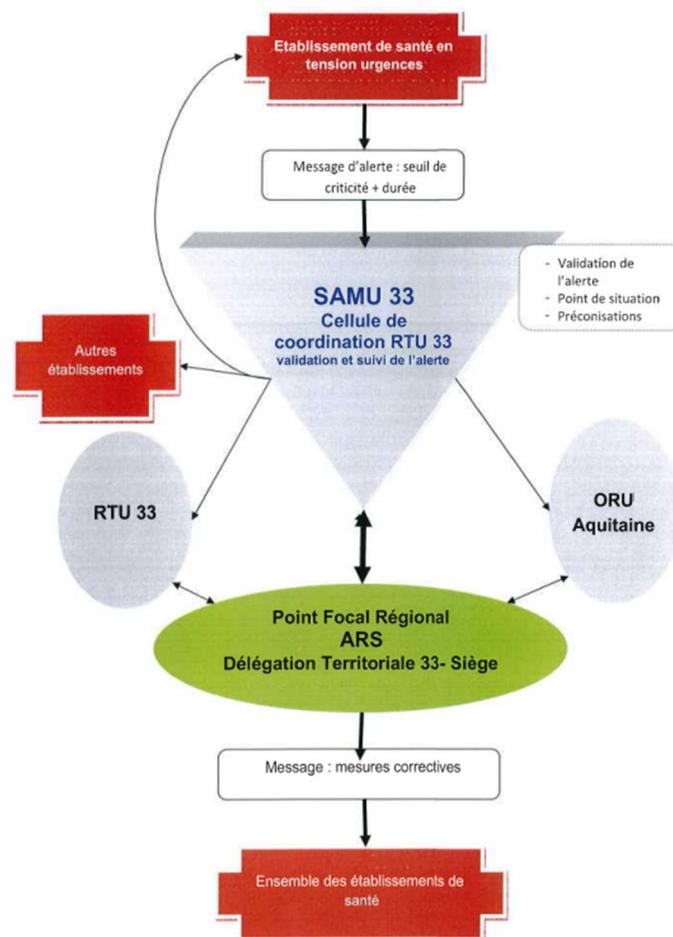
C'est le décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence qui vient encadrer pour la première fois la gestion territoriale des soins d'urgence. Il crée le réseau territorial des urgences. Ce RTU est « l'élément clef » de l'organisation territoriale des urgences. Il a été conçu comme un outil opérationnel au service des professionnels. L'article R 6123-26 du CSP énonce ainsi « le réseau contribue à la prise en charge des urgences et de leurs suites sur le territoire de santé (...) et coordonne leurs actions et leurs moyens ». S'inscrivant dans cette dynamique territoriale a été créée en 2013 la FEDORU, organisée autour des ORU. Ces ORU visent à améliorer la connaissance de l'activité de médecine d'urgence et des patients pris en charge par région. Les données émanent des services d'urgence et sont nécessaires aux établissements et aux pouvoirs publics. Cela leur permet d'avoir une vision territoriale des besoins et d'adapter l'offre de soins en fonction. Une des missions confiées aux ORU et donc à l'ORU NA est d'assurer la coordination des RTU au nombre de 12 en Nouvelle-Aquitaine, dont le RTU 33.

D'après sa convention constitutive, le RTU des urgences de Gironde, créé en 2014, a pour missions :

- **L'organisation des ressources de proximité** en articulation avec l'ensemble des acteurs impliqués (SAMU, établissements de santé, médecines ambulatoire etc)
- **L'organisation des recours aux plateaux techniques spécialisés et la coordination de l'orientation des patients** vers l'établissement adapté à leur prise en charge

La convention liste également les nombreux acteurs qui composent obligatoirement ce réseau : l'ORU, les établissements ayant un SAU, les médecins libéraux présents sur la plateforme de régulation, les représentants des médecins généralistes (URPS ML), le Conseil départemental de l'Ordre des médecins, ainsi que ceux pouvant y participer de manière facultative (SSR, EHPAD, HAD etc). Elle énonce enfin les différents engagements des membres du réseau dont le premier est d'ailleurs « ils s'engagent à collaborer pour améliorer l'organisation, l'accessibilité et la qualité des soins délivrés dans le contexte de l'urgences et des soins non programmés ». Si ces engagements sont intéressants, leur effectivité est limitée. En effet, les praticiens libéraux ne sont soumis à aucun pouvoir de contrainte et leur engagement est purement formel.

Figure 4 : Schéma de la gouvernance territoriale en cas de mise en tension d'un SU



Source : Convention constitutive 2014 RTU 33 ARS NA

Outre ce réseau, la convention crée également une cellule de coordination permanente située au SAMU Centre 15 qui assure le suivi de l'activité, la validation et la gestion des alertes lors des épisodes de saturation (Figure 4). Elle est composée de :

- 1 médecin régulateur du SAMU
- 1 médecin urgentiste du CHU
- 1 médecin urgentiste du secteur public
- 1 médecin urgentiste du secteur privé
- 1 représentant de l'ARS (DD33)
- 1 représentant des médecins libéraux participant à la régulation SAMU
- 1 directeur d'établissement de santé

Lors de ces réunions hebdomadaires, les acteurs établissent un bilan de la semaine passée et préparent la semaine suivante en essayant de répondre aux situations de tension et de difficulté.

Si ces structures de gouvernance créées en faveur de la structuration territoriale des soins d'urgence sont intéressantes en théorie, en pratique leur opérationnalité en Gironde est fortement critiquée par les différents acteurs interrogés sur le sujet. Ils évoquent notamment :

- **La composition trop large du RTU** (environ 100 personnes), ce qui ne permet pas d'en faire une véritable instance de travail ;
- **Des « ordres du jour déconnectés de la réalité »** qui, selon les acteurs, évoquent des sujets non urgents dans le contexte actuel de crise estivale ;
- **Un manque d'animation de ces réunions**, un manque de « méthodologie managériale », l'une des personnes interrogées parle même de « foire où chacun défend ses intérêts et expose ses difficultés sans que des solutions soient trouvées en fin de réunion ». Et un « **manque de leadership managérial** » du SAMU dans le cadre de la cellule de coordination permanente ;
- **Une instance dédiée à la filière médicale** qui omet les autres acteurs participant aux soins urgents notamment le personnel paramédical.

2.2.3 Un désaccord des acteurs sur leur rôle et la répartition de leurs missions rendant difficile la mise en place d'une coordination territoriale efficace

Si ces outils de gouvernance, bien que critiqués, permettent de structurer cette coordination des structures d'urgence, la gouvernance territoriale passe aussi par une répartition claire des rôles. Or, aujourd'hui c'est un véritable sujet de tension entre les différents acteurs de Gironde. Ce conflit est essentiellement centré sur la répartition des rôles entre l'ARS et le SAMU.

Le code de la santé publique définit pourtant les missions du SAMU et de l'ARS :

- En vertu de l'article L 1431-1, l'ARS met en œuvre la politique de santé au niveau régional. A ce titre, elle exerce différentes missions notamment la régulation, l'orientation, et l'organisation de l'offre de services de santé afin de répondre aux besoins sur le territoire ;
- En vertu de l'article R 6311-1 et -2 le SAMU a pour mission de répondre aux situations d'urgence en assurant une écoute médicale permanente, en déterminant et déclenchant dans un délai rapide la réponse adaptée à la nature des appels, de s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, d'organiser si besoin le transport et de veiller à l'admission du patient.

Ces articles permettent de distinguer les rôles de chacun, même si ces 2 organisations restent complémentaires. Alors que l'ARS est une structure administrative régionale qui organise la gestion globale du système de santé, le SAMU assure une mission technique plus ciblée de prise en charge rapide et spécialisée des urgences médicales.

Le projet de décret relatif aux conditions d'implantation de l'activité autorisée de soins de médecine d'urgence va bientôt élargir le rôle du SAMU et compliquer son articulation avec celui de l'ARS. Le SAMU n'aura plus seulement pour mission de « répondre par des moyens exclusivement médicaux » mais plus largement « d'assurer une réponse médicale et sanitaire ».

De plus, lors de mes différents entretiens, j'ai réalisé que malgré cet encadrement réglementaire, sur le territoire, les attentes et les représentations quant aux rôles de l'ARS et du SAMU, divergent selon les acteurs interrogés.

S'agissant de l'ARS, les professionnels considèrent qu'elle doit avoir un rôle :

- **D'organisateur** : En effet l'ARS doit assurer la gestion globale du système de santé en optimisant les ressources, en coordonnant les acteurs pour garantir la meilleure offre de soins aux usagers. Un Directeur général d'ARS interrogé m'a ainsi expliqué qu'un des rôles de l'ARS est son rôle de « tiers », c'est-à-dire faire en sorte que face à un « antagonisme naturel », des acteurs différents puissent collaborer. L'ARS a également un rôle « d'outillage », elle doit partager et recueillir l'information pour permettre la structuration d'une organisation efficace.
- **De facilitateur** : Pour certains acteurs interrogés, elle doit encourager la concertation et la collaboration entre les acteurs, elle doit accompagner et soutenir les initiatives et les projets en santé dans la région en apportant parfois un appui (technique, financier etc).
- **De décideur, « d'arbitre »** : En tant qu'autorité administrative régionale, l'ARS doit réguler l'offre de soins du territoire en délivrant et en retirant des autorisations

d'activités aux établissements, en évaluant et en inspectant l'exercice des acteurs. Elle a également un rôle d'arbitre dans les situations de crise et doit prendre les décisions pour assurer la meilleure réponse possible, malgré une situation dégradée, aux besoins de la population. Concernant cette mission mon interlocutrice à l'ARS m'a indiqué qu'ils étaient en train de développer ce rôle régalien en élargissant les sanctions financières et ordinales à mobiliser. Ainsi, l'ARS souhaite sanctionner individuellement les médecins qui refuseraient un patient de manière injustifiée, en déférant la situation au CNOM. Elle souhaite également sanctionner financièrement les établissements qui auraient refusé des patients sans justification valable en réfléchissant à la mise en place d'un avenant à leurs CPOM.

S'agissant du SAMU, les professionnels ne sont pas d'accord sur l'étendue des compétences dévolues à ce dernier. Si le SAMU lui-même et les SU considèrent que celui-ci a un rôle « d'expertise médicale », qu'il doit participer à la prise de décision en rendant un « avis technique », l'ARS considère qu'il doit assurer la coordination des SU sur le territoire, qu'il est « pilote », « chef d'orchestre ». Or, ce rôle est actuellement difficile à assumer pour le SAMU pour différentes raisons :

- **Manque de légitimité** : Pour une responsable du SAMU 33 interrogée, se présenter en pilote de l'organisation territoriale risque d'être vu comme une « trahison » par les collègues urgentistes travaillant dans les SU du territoire. Cette vision est partagée par les acteurs des SU interrogés. Ainsi, lors d'une RTU, alors que l'ARS rappelait que les décisions du SAMU étaient souveraines et que les choix d'orientation s'imposaient aux services, certains représentants de SAU ont contesté cette position, notamment parce que « le SAMU ne connaît pas la situation immédiate de chaque SAU ».
- **Manque de moyens humains** : Le SAMU connaît actuellement des difficultés RH rendant impossible la réalisation d'une telle mission. Cela a notamment été rappelé par les responsables du SAMU 33 interrogés qui évoquent la « difficulté à combler les plages » sur la période estivale, la nécessité de faire monter un médecin posté au SAU de Pellegrin à la régulation et l'augmentation du nombre d'appel qui met déjà l'effectif au complet en difficulté. Par ailleurs, l'activité étant soutenue pour l'ensemble des régulateurs, ces derniers n'ont pas le temps de se coordonner. Cette situation d'isolement pendant laquelle « chacun est pendant des heures avec un casque sur la tête » empêche de contrôler les dynamiques d'orientation et les conduit parfois à « orienter en même temps 4 ambulances au même moment, au même endroit ».

- **Manque de neutralité** : L'ARS argue le fait que le SAMU a une « neutralité » et une connaissance globale de l'information de la situation des urgences sur le territoire (connaissance de la situation H24 et connaissance des circuits) lui permettant d'être un coordonnateur territorial efficace. Mais, l'une des critiques régulièrement formulées au SAMU notamment par un directeur de clinique interrogé, est que le SAMU n'est « pas neutre » et « favorise le CHU et le SAU de Pellegrin par rapport aux autres SAU » du territoire. Cette sensation s'explique par la localisation du SAMU sur le site du GH de Pellegrin au CHU et par la composition de l'équipe des médecins régulateurs. En effet, cette équipe d'urgentistes est mutualisée avec celle du SAU de Pellegrin et, nombreux sont les praticiens qui exercent à la fois au SAU et sur la plateforme de régulation.

Ces difficultés à déterminer clairement le rôle et la complémentarité entre l'ARS et le SAMU montre que la frontière entre leurs missions est fine. C'est principalement ce point qui a rendu difficile la mise en place d'une structure de coordination territoriale des SU pour l'été 2023.

2.2.4 Une organisation de la période 2023 plaçant le SAMU au cœur du dispositif de coordination territoriale

Afin de respecter la volonté de l'ARS et placer le centre de régulation comme « pilote » de la coordination territoriale des SU, les responsables du SAMU ont décidé de créer un poste de coordonnateur territorial. Ce nouvel acteur sera chargé de :

- **Récolter, traiter et coordonner l'information des SAU de tout le territoire** pour améliorer l'orientation effectuée par les régulateurs du SAMU. En effet aujourd'hui, il existe une asymétrie d'information entre le SAMU et les SAU. Afin de lutter contre les risques avérés de mésinformation, le coordonnateur aura accès à des éléments d'informations objectivés et corroborés par les directions d'établissement (notamment le directeur de garde). Il pourra ainsi contrôler la véracité des propos des différents SAU ;
- **Accompagner et soutenir la décision du médecin régulateur** dans un contexte de déclaration des tensions quotidiennes de nombreux SAU ;
- **Orienter et améliorer la régulation des flux effectuée par les médecins régulateurs du SAMU** en fonction de la situation de chaque SAU.

Ce poste de coordination de flux des services d'urgence au SAMU, sera confié à un ARM, un IDE ou un AS ayant une très grande connaissance du centre de régulation.

Pour assurer ses missions, il aura une visibilité sur différents indicateurs de pilotage urgences/SAMU de disponibilité en lits et en effecteurs, de gestion des flux patients.

Ce nouvel acteur permettra d'améliorer l'orientation effectuée par la régulation et de développer la légitimité du SAMU comme « chef d'orchestre » de la coordination territoriale des SU sur le territoire, grâce à sa vision globale, sa connaissance de la situation de chacune des structures et ses liens avec l'ensemble d'entre elles.

2.3 Le nécessaire déploiement d'outils de coordination

Outre les réflexions indispensables sur la gouvernance, il est également important de développer des outils au service de cette nouvelle organisation. Si certains existent déjà (2.3.1), il semble intéressant de réfléchir à l'opportunité de déployer de nouveaux dispositifs au service d'une coordination renforcée (2.3.2).

2.3.1 Des outils déjà développés au service de cette organisation territoriale

Pour assurer cette coordination territoriale, les outils doivent tout d'abord servir à établir le diagnostic territorial. Ce dernier doit alors faire un état des lieux de l'existant mais surtout en « tirer les enjeux » permettant d'établir « un plan d'action, coconstruit avec les parties prenantes, abordant le territoire comme une grille de lecture » (Frattallone Kieffer, 2023). Pour cela, les outils doivent pouvoir présenter la situation de chaque SAU (moyens humains, matériel etc).

Le RTU s'appuie sur différents outils lui permettant de faire un état des lieux régulier des besoins et de la situation des structures des urgences afin de nourrir ses échanges :

- **Le répertoire opérationnel des ressources (ROR)** dont l'objectif est de rendre accessibles à tous les membres du RTU, les ressources disponibles et mobilisables de la région. Chaque établissement participant au RTU de la Gironde s'engage à transmettre et à mettre à jour les informations demandées dans le cadre de la mise en place du ROR ;
- **Des outils de veille et d'alerte** qui recensent le niveau d'activité des structures des urgences et les disponibilités en lits.

Toutefois, si ces outils ont le mérite d'exister, les différentes personnes interrogées m'ont présenté différentes limites et en particulier la fiabilité des données présentes sur le ROR et leur utilité. Ces dernières dépendent de la qualité, de la fiabilité et de la sincérité des informations transmises par les établissements, qui peuvent se déclarer en tension librement et qui n'ont pas de référentiel officiel et homogénéisé pour se considérer en difficulté.

Ensuite, des outils de communication doivent être mis en place pour instaurer un système de transmission rapide de l'information afin que la prise de décision soit immédiate et à la

hauteur de l'urgence. La MSS, le DMP et les interfaçages entre les différents SIH des établissements du territoire permettent de faciliter ce partage d'informations. La télémédecine permet également aux professionnels d'obtenir un avis médical spécialisé à distance dans le cadre de filières spécifiques (AVC notamment). Cependant d'après un neurologue du CHU ayant développé la filière AVC sur le territoire, l'efficacité de cet outil se heurte au bon vouloir de certaines structures qui refusent de se doter de ces modalités d'intervention à distance notamment pour pouvoir refuser certains patients dits lourds.

Ces outils servent également au centre de régulation, responsable de la coordination entre les acteurs en temps réel, pour la gestion des ressources, des transports et l'orientation efficace des patients. Or, aujourd'hui les acteurs du SAMU 33 interrogés déplorent un manque d'indicateurs et d'informations à leur disposition, leur permettant de prendre des décisions éclairées. Si des outils existent, en réalité de nombreux acteurs interrogés m'ont expliqué que ce sont les groupes WhatsApp créés spontanément par les professionnels pour pallier les insuffisances des outils institutionnels, qui permettent réellement aux SU de communiquer entre eux.

La coordination implique aussi un système de soins préhospitaliers effectif et efficace. C'est l'enjeu principal des SAU périphériques sur le territoire, qui couvrent des zones généralement très étendues. Si les problèmes de carences ambulancières ont provoqué la multiplication des acteurs en charge de cette mission, le problème majeur aujourd'hui est la pénurie de médecins urgentistes au sein des transports médicalisés. Cela a conduit les professionnels de l'urgence à définir un niveau de soins d'urgence relevant de la compétence infirmière. Différents outils ont été déployés ces dernières années, issus d'expérimentations locales et encadrés réglementairement (mesures Braun été 2022) :

- **Le déploiement de véhicules légers infirmiers (VLI) sapeurs pompier** priorisés en zone blanche SMUR, susceptibles d'intervenir dans la prise en charge préhospitalière sur demande du SAMU ;
- **La création d'équipes paramédicales de médecine d'urgences (EPMU)** (Figure 5) : Dans ce cas, l'équipe d'intervention qui ne comprend pas de médecin urgentiste, seulement un ambulancier et un IDE, est envoyée en amont d'une intervention SMUR pour limiter le délai de prise en charge. Cette équipe est tout de même supervisée à distance par le médecin régulateur ;
- **La création d'unité mobile hospitalière paramédicalisée (UMH-P)** : Mobilisée lorsque le médecin régulateur estime que le tableau clinique et le contexte ne requièrent pas obligatoirement l'intervention d'un médecin urgentiste. A la différence d'une EPMU, un SMUR médicalisé n'est pas engagée dans un 2nd temps.

Afin de coordonner l'action de cette grande variété d'acteurs aux caractéristiques différentes, des protocoles de soins infirmiers spécifiques ont été créés pour ne pas mettre

en danger la sécurité des patients mais également pour que cette organisation complexe soit la plus efficace possible.

Figure 5 : Critères de déclenchement de l'EPMU



Source : Rapport Braun 2022

Cependant, si ces outils récemment déployés en Gironde sont intéressants, la multiplication des moyens de transports complexifie la coordination, et force est de constater, d'après un médecin régulateur interrogé, que leur fonctionnement n'est pas encore optimal sur l'ensemble du territoire. En outre, ces transports paramédicalisés demeurent des modes dégradés créés comme palliatif.

Par ailleurs, il est nécessaire de développer des outils visant à cadrer et à favoriser le déploiement de partenariats entre les SAU et en leur sein, entre les professionnels. Pour cela, différents protocoles et guides de coordination ont été mis en place, notamment celui relatif à la sectorisation. Malheureusement ces protocoles restent encore trop peu nombreux. Ils sont également insuffisants pour permettre la mise en place d'une véritable coordination territoriale. Ainsi, les patients hors sectorisation envoyés par le SAMU peuvent être refusés par certains SAU. Par ailleurs, l'ARS avait tenté de mettre en place en 2022 un outil digital appelé « Hublo » organisant le prêt d'urgentiste en cas de difficulté d'un des SU, sur la base du tarif réglementaire de la PST. Malheureusement, peut-être du fait de la pénurie généralisée, ce système a été très peu utilisé. Pour finir, le CHU a tenté de favoriser le partenariat public/privé en proposant à plusieurs cliniques privées avec SAU de conclure une convention afin de mettre en place des postes partagés d'urgentistes. Toutefois, ce conventionnement, qui aurait permis de limiter la pénibilité de l'activité et d'augmenter l'attractivité de la rémunération, a été refusé par les cliniques sollicitées.

Pour finir, l'ARS dispose de différents outils pour influencer voire contraindre les acteurs à se conformer aux orientations stratégiques nationales déclinées au niveau régional. L'ARS conclut pour 5 ans un CPOM avec chacune des structures de santé sur le territoire. Cet outil majeur de régulation encadre l'activité des établissements en octroyant et en retirant les autorisations d'exercice. En effet ces agréments peuvent être soumis à des conditions spécifiques et être révoqués en cas de non-respect des règles établies. Le CPOM détermine également les financements octroyés pour les établissements publics. Il peut aussi comprendre d'autres contrats et accords : de performance, de bon usage du médicament ou encore de retour à l'équilibre. Enfin, l'ARS peut réaliser des contrôles et des inspections dans les établissements pour s'assurer du respect de leurs obligations. Ces moyens de contraintes sont cependant peu utilisés. En effet, les différents acteurs membres d'une ARS interrogés m'ont tous expliqué que ces outils étaient très peu mobilisés car cela provoquait des blocages. L'ARS préfère prioriser le compromis, pour une plus grande efficacité. En outre, un CPOM n'est pas conclu avec tous les établissements privés, seulement avec ceux participant au service public hospitalier, ce qui limite là aussi l'utilité de ce contrat, certains SAU étant rattachés à des établissements non soumis à un CPOM. D'autres modes de sanctions plus individualisés sont en train d'être développés par l'Agence, notamment les sanctions ordinales pour les praticiens mais cela n'est pas encore effectif.

Face aux limites des outils actuellement disponibles, il semble important de s'intéresser à l'opportunité du développement de nouveaux dispositifs.

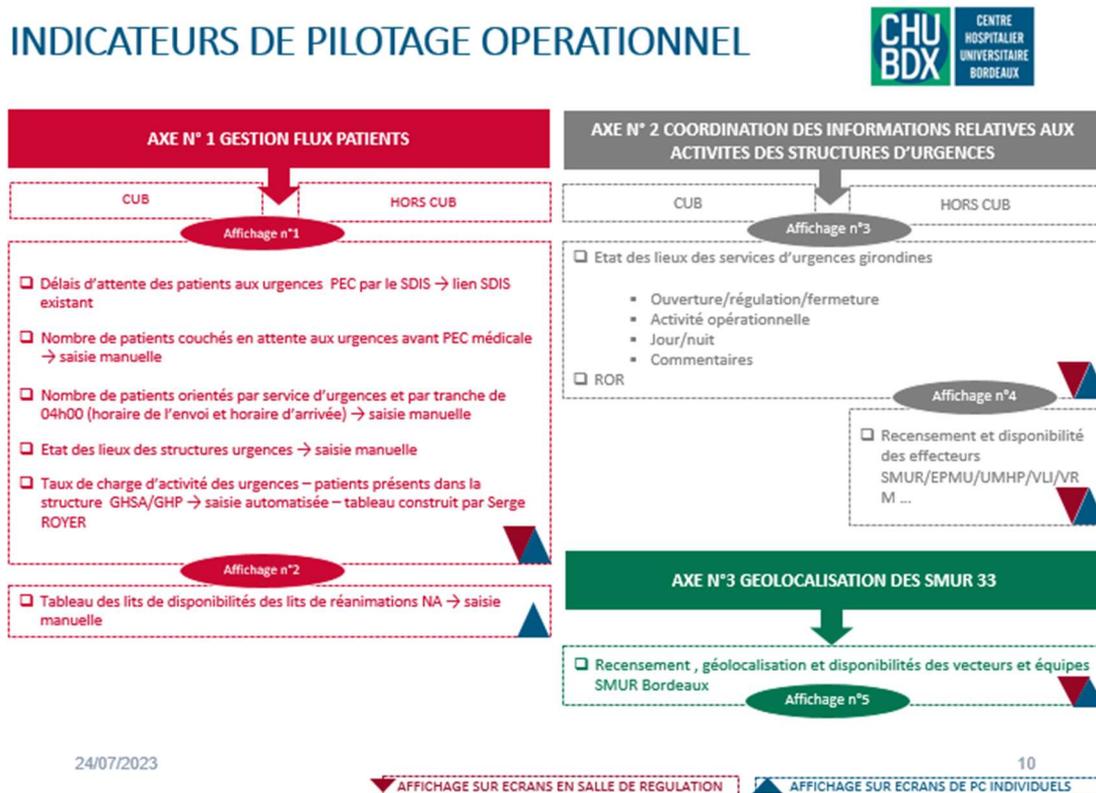
2.3.2 L'opportunité de déployer pour la période estivale de 2023 de nouveaux outils au service d'une coordination renforcée

Suite à l'entrée en vigueur de la loi Rist le 26 avril 2021 et le renforcement des difficultés RH des établissements, les acteurs ont mis en place un système de planning partagé de l'ensemble des SU du territoire. Ce planning partagé comprend les lignes d'urgentistes disponibles dans chaque SAU/SMUR et au SAMU en théorie, puis pour chaque jour de la période estivale le nombre effectif de praticiens engagés sur chaque plage de jour et de nuit (annexe 4). Ce planning permet d'anticiper d'éventuelles fermetures afin de les répartir sur l'ensemble de la période, d'organiser le report d'activité sur d'autres SAU, d'éventuellement mettre en place des modes dégradés (déploiement d'EPMU à la place d'un SMUR, SAU régulé etc).

Ensuite, afin d'objectiver la situation des SAU et de perfectionner la régulation effectuée par le SAMU, le nouveau coordinateur territorial des flux d'urgences posté à la régulation

aura de nouveaux indicateurs de suivis à sa disposition (Figure 6). L'objectif est qu'il puisse centraliser l'ensemble de l'information puis conseiller les médecins régulateurs sur l'envoi de patients en fonction de la situation de chaque SAU (effectifs RH, effectivité des moyens matériels, état de la tension au sein du SAU, disponibilité des lits d'aval etc).

Figure 6 : Indicateurs de pilotage opérationnel à la disposition du coordinateur territorial des flux



Source : Support de présentation de l'organisation du pôle urgences SAMU SMUR CHU été 2023

Objectiver la situation des SAU signifie également tenir compte de leur capacité d'hospitalisation des patients vus aux urgences une fois le diagnostic posé. Pour cela l'indicateur du besoin journalier minimal en lit (BJML) a été déployé au niveau national. Cet indicateur permet d'anticiper le nombre de lits d'aval nécessaires *a minima* chaque semaine dans les établissements avec SAU, en analysant de manière rétrospective les résumés de passages aux urgences. Toutefois, la fiabilité et l'efficacité de cet indicateur est critiquée aujourd'hui. Le directeur référent et le chef du pôle des urgences du CHU de Bordeaux évoquaient eux plutôt un BJML territorial permettant de tenir compte de la destination des patients hospitalisés (par filière) et répartissant la charge de l'hospitalisation entre les différents SAU. Pour cela le directeur référent du pôle proposait par exemple d'intégrer dans le calcul de cet indicateur, un objectif de taux d'hospitalisation en pourcentage équivalent à 30% pour tous les SAU. Cet indicateur est en cours de développement par l'ARS mais permettra de faciliter la répartition des patients entre SAU et ira dans le sens d'une meilleure

répartition des patients lourds nécessitant une hospitalisation, aujourd'hui concentrés dans un petit nombre de SAU du territoire.

Pour finir, durant le parcours patient, de sa demande de soins d'urgence jusqu'à sa sortie après prise en charge, de nombreux acteurs peuvent intervenir (SAMU, transporteurs, urgentistes, spécialistes). Lors d'un EIG, il est important de comprendre ce qui s'est passé, non pas pour identifier le fautif, mais pour comprendre quel dysfonctionnement dans la chaîne du parcours a conduit au défaut de prise en charge. Une plateforme nationale des EIG est disponible et permet à tout acteur confronté à l'un d'entre eux de faire remonter la situation. L'ARS est ensuite informée et peut mener une inspection ou une enquête. Mais bien souvent ces EIG ne sont pas remontés. Par conséquent, il faut réfléchir à un moyen de sensibiliser les acteurs à cette pratique. En outre, certaines situations ne sont pas qualifiées d'EIG mais peuvent nuire à la qualité de la prise en charge, notamment les erreurs d'orientation de patients. Par conséquent, le SAMU est en train de déployer un dispositif d'analyse des DRM afin d'étudier les difficultés avec un retour au demandeur dans les 24h. Ce nouveau processus, accessible à l'ensemble des SAU du territoire, leur permettra de faire remonter l'ensemble des défauts d'orientation relevés. L'objectif est ensuite de développer une véritable démarche qualité permettant aux acteurs de se parler, de réfléchir à leur pratique et de mettre en place des organisations communes permettant d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Pour cela, il est important de s'appuyer sur des chiffres et sur des éléments tracés.

3 Une réalisation territoriale expérimentale mais susceptible de devenir une évolution structurelle du système de soins d'urgence en Gironde

Les SU de Gironde ont institué leur mode de coordination, mais d'autres territoires ont pu choisir des modalités de territorialisation des soins d'urgence plus adaptées à leurs spécificités (3.1). Si cette démarche de coordination des SU comporte certaines limites qu'il convient de garder à l'esprit avant de se lancer (3.2), elle comporte également de nombreux bénéfices qu'il s'agira de perfectionner pour que cette nouvelle organisation devienne une véritable solution à la crise des urgences (3.3).

3.1 D'autres exemples inspirants de coordination des SU illustrant l'importance des spécificités territoriales

De nombreux territoires se sont également engagés dans le développement d'une coordination territoriale des SU. Certains d'entre eux sont allés plus loin dans cette coordination et ont décidé de créer une équipe territoriale d'urgentistes ou une fédération inter-hospitalière d'urgences (FMIH). Il semble intéressant d'analyser ces nouvelles organisations et leurs bienfaits sur la qualité des soins et l'attractivité pour les praticiens.

3.1.1 L'exemple de la FMIH du département de la Vendée

Le département de la Vendée comprend 7 sites d'urgences dont un privé. Depuis 2003, les établissements de La Roche sur Yon, de Luçon et de Montaigu ont fusionné au sein du Centre Hospitalier Départemental (CHD) de Vendée, il y a donc 3 portes d'entrées pour un même SAU. De plus, l'ensemble des établissements publics du département sont en direction commune. Ce sont les problèmes d'effectifs médicaux dans les SAU de petites tailles (Challans, les Sables d'Olonne) qui ont conduit les services d'urgence du territoire, sauf celui de Fontenay le Comte, à se réunir en FMIH. Cette Fédération Inter-Hospitalière des Urgences de Vendée (FMIH Urgences 85) a été créée en 2017 et regroupe le CHD de Vendée, le Centre Hospitalier Côte de Lumière (les Sables d'Olonne) et le Centre Hospitalier Loire Vendée Océan (Challans).

Lors de notre échange, le président de la CMG du GHT Vendée, chef du service des urgences SAMU SMUR du CHD et chef du projet FMIH Vendée a pu m'exposer, les outils et facteurs de réussite d'un tel projet (a), les freins et les solutions trouvées (b) et les avantages de la création d'une telle structure (c).

a. Les facteurs de réussite du projet

Pour créer cette fédération, les acteurs se sont appuyés sur la structure de gouvernance territoriale en place : le GHT et la Direction commune. D'après le président de CMG, cette structure a joué un rôle important notamment parce qu' « un directeur commun se sent responsable de tous les établissements, de tous les SAU » et prend donc en compte l'ensemble des réalités et contraintes. Cette organisation a permis aux établissements de dialoguer et d'exposer leurs difficultés concernant leurs effectifs médicaux et la pérennité de leurs services d'urgence. Le CHD, établissement support du GHT, a alors proposé au CH Loire Vendée Océan une aide puis la création d'une FMIH entre les 2 établissements, avant d'être rejoints par le CH des Sables d'Olonne.

Afin de pérenniser et d'organiser efficacement cette nouvelle entité, un comité de pilotage de la FMIH a été institué et un coordinateur de la FMIH a été nommé.

- **Le comité** établit les objectifs, les priorités de la fédération et détermine les plans stratégiques de long-terme. Il se réunit régulièrement pour traiter de la gestion globale de la FMIH et arbitrer sur différentes décisions. Il est composé du coordinateur de la FMIH, des PCME, du Directeur Général et du Directeur des soins de la direction commune. Cette composition restreinte due en partie à l'existence de la Direction commune facilite l'efficacité et la rapidité des prises de décision.
- **Le coordinateur de la FMIH** est lui chargé d'organiser le fonctionnement quotidien de cette FMIH. Il coordonne et assure une répartition équitable des ressources médicales et matérielles entre les SAU membres, il élabore des plans d'urgences et des protocoles notamment en cas de situations de fonctionnement dégradé, il facilite la communication entre les SAU en animant des réunions régulières et en diffusant régulièrement des informations essentielles. Pour finir, il représente la fédération auprès des organismes externes : ARS, ministères ou CPTS.

Des outils ont ensuite été créés pour faciliter l'exercice des praticiens au sein de cette FMIH. Lors de leur recrutement, les urgentistes se voient automatiquement proposer un poste à temps partagé sur au moins 2 établissements de la FMIH. Si cette pratique n'est pas obligatoire, elle est largement encouragée par le versement d'une avantageuse prime inter-établissement. Par ailleurs, l'exercice partagé permet de limiter la pénibilité puisque la typologie de malades et l'activité nocturne n'est pas la même selon les SAU.

Au niveau matériel, il est apparu nécessaire de créer un environnement commun à tous les SAU afin de faciliter l'adaptation des urgentistes à l'un ou l'autre service. Par conséquent, un logiciel « urgences » commun à tous les SAU a été mis en place. L'espace de travail est également harmonisé : ordinateurs, système de gestion plein-vide, fonctionnement de la filière courte, du circuit chirurgie, de la SAUV ou fonctionnement et organisation des SMUR.

b. Les freins et leurs modes de résolution

Malgré la réussite de ce projet, sa mise en place a été progressive et compliquée. Le porteur du projet, également PCMG du GHT, évoque en particulier les freins humains et la réticence des urgentistes. Selon lui, il est indispensable de comprendre et de respecter ces craintes en agissant par étape sans vouloir généraliser immédiatement le système. Pour cela, il peut être pertinent de commencer par un fonctionnement bilatéral, puis se servir du premier retour d'expérience pour « emporter » l'adhésion des autres établissements et les convaincre d'intégrer la FMIH. Il est également important de s'appuyer sur un encadrement convaincu et légitime (PCME et chef de service et de pôle des urgences).

c. Les avantages de la création d'une telle structure

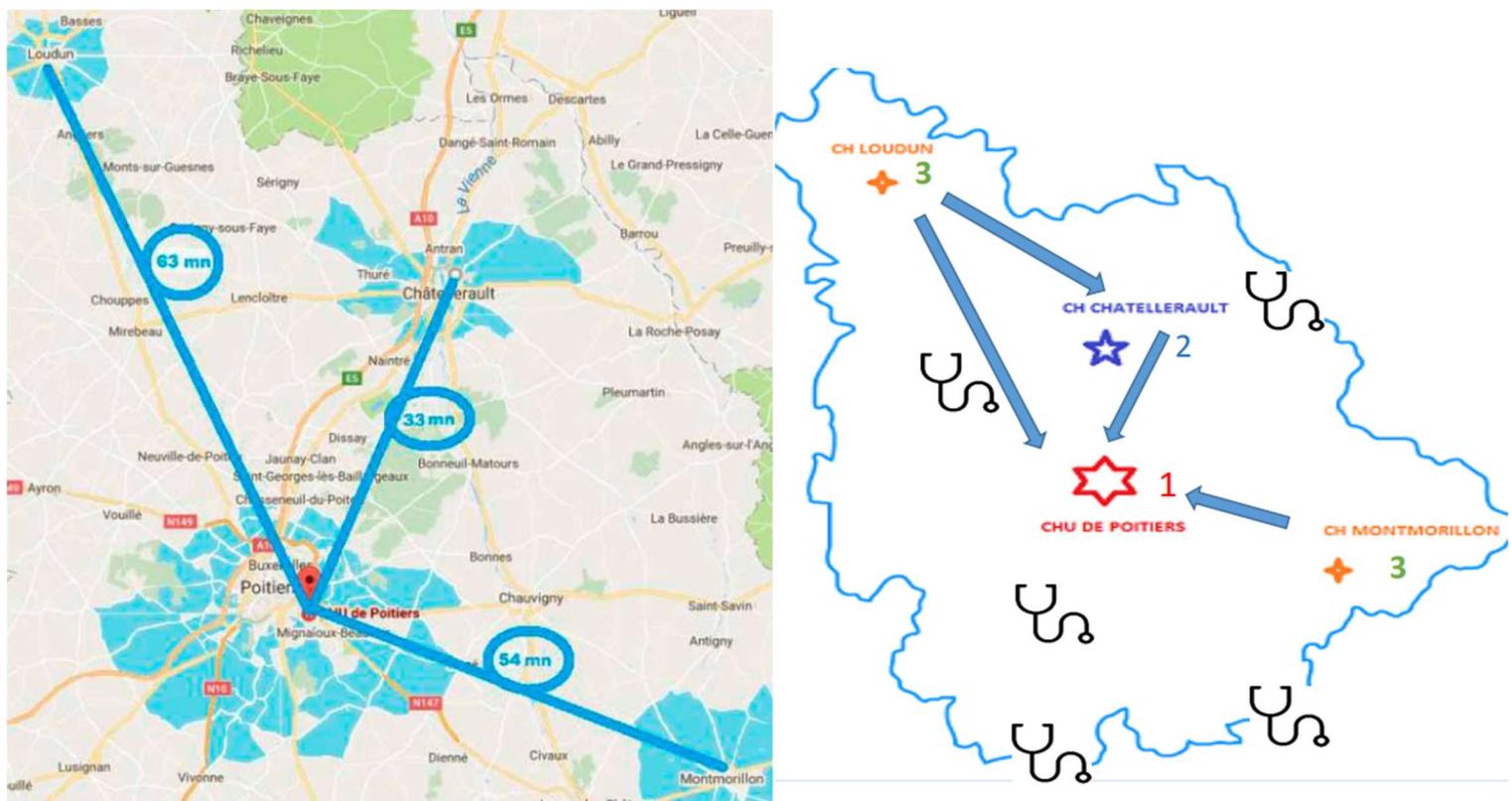
Pour finir, le porteur du projet de FMIH a pu m'exposer les nombreux avantages de cette structuration fédératrice. En premier lieu, cette FMIH facilite la répartition équitable des ressources médicales en fonction des besoins et des capacités de chaque établissement. Elle permet également l'amélioration et l'harmonisation de la formation et des compétences des personnels. La collaboration et la présence d'urgentistes au sein de plusieurs SAU favorise le développement de nouvelles pratiques, l'échange sur d'éventuelles difficultés et les moyens de les éviter ou de les résoudre. En plus d'améliorer les compétences des équipes, cela favorise l'interconnaissance et la création d'un esprit de solidarité entre l'ensemble des membres de la FMIH au service d'une meilleure coordination et donc d'une meilleure prise en charge du patient. La FMIH facilite également la gestion des situations de difficultés. Ainsi lors de la mise en place de procédures adaptées, notamment au moment de la période estivale, le coordinateur peut plus facilement réorganiser les moyens en décidant, en fonction de la taille, des capacités, du taux charge des services d'urgence, de maintenir en fonctionnement normal, de réguler, de fermer sur certaines plages. Ainsi en Vendée, c'est le SAU de Montaigu qui a été fermé sur différentes périodes puis la nuit car ce dernier avait un taux de passage plus faible que les autres.

3.1.2 L'exemple de l'équipe territoriale d'urgentistes du département de la Vienne

Le département de la Vienne comprend 3 SAU et 1 centre de soins non programmés 24h/24. Depuis le 1^{er} janvier 2017 et la création d'une équipe médicale d'urgentistes sur la Vienne, les médecins urgentistes du département interviennent dans les 4 SAU du territoire : le CHU de Poitiers, les CH de Châtelleraut, de Montmorillon et de Loudun. D'autres urgentistes exercent pour la polyclinique privée Elsan située à Poitiers.

Dans ce département, ce sont à nouveau les difficultés de recrutement médical qui ont conduit les SAU à regrouper leurs praticiens en équipe territoriale. Le Centre Médical de Soins Immédiat (CMSI) a été créé en 2021 suite aux difficultés rencontrées par l'ancien service d'urgence de Loudun. Ce CMSI 86 s'inscrit dans la dynamique territoriale de gradation et de structuration de l'offre de soins d'urgence en accueillant les patients ayant besoin de soins médicaux urgents non vitaux, en s'appuyant sur une collaboration public/privé. L'objectif est de recentrer les autres services d'urgence sur leur expertise et leur cœur de métier : l'urgence vitale.

Figure 7 : Carte présentant le temps de transport routier entre les CH et le CHU et la gradation entre SAU



Temps de transport routier entre les 3 CH parties au GHT et le CHU de Poitiers

Source : document power point « Le GHT Urgences de la Vienne » présenté lors de la journée des urgences du GHT 86

Mon échange avec le Directeur des affaires médicales du CHU de Poitiers, m'a permis d'identifier les facteurs de réussite (a), les freins (b) mais également les avantages (c) de la création de cette équipe territoriale.

a. Les facteurs de réussite du projet

Pour créer cette nouvelle structure, les acteurs se sont appuyés sur le GHT, la fusion du CHU de Poitiers et du CH de Montmorillon ainsi que celle du CH de Châtelleraut et du CH de Loudun. Ces fenêtres d'opportunité ont diminué le nombre d'acteurs devant adhérer au projet et ont facilité la mise en place de cette équipe. En outre, la création de la direction commune entre les 2 établissements en 2018 puis leur fusion en 2021 n'ont fait que renforcer la pérennité et l'efficacité de cette équipe territorialisée. Par ailleurs, la polyclinique Elsan, seule clinique du territoire à disposer d'un SAU, a une activité beaucoup plus faible que les SAU publics et n'est donc pas « une concurrence », ce qui a nécessairement facilité le développement de cette équipe.

Ces urgentistes sont dirigés par un seul chef de service localisé au CHU de Poitiers, relayé par des responsables de services sur les sites périphériques. Le caractère unique de ce chef facilite la coordination, la gestion des ressources, la planification et la visibilité de l'équipe. Ce chef de service s'appuie également sur un coordonnateur d'équipe, le directeur des affaires médicales et le directeur adjoint aux coopérations du territoire.

Afin de garantir l'efficacité de cette équipe, différents outils ont été institués. Il a été décidé un fonctionnement commun sur l'ensemble des sites : planning médical unique, matériels et véhicules identiques, protocoles de prise en charges communs, pratiques harmonisées, filières de soins intra et inter hospitalières similaires. Il existe encore 2 logiciels urgences différents mais leur convergence est en cours. Une organisation de la répartition médicale a été établie afin de garantir la qualité des soins et de la formation. Chaque urgentiste n'exerce que sur 2 sites maximum, avec une activité minimale de 70% sur le CHU ou le CH de Châtelleraut afin d'assurer le maintien des compétences. Des staffs, des revues de morbi-mortalité et des CREX communs sont régulièrement organisés.

Pour finir, une gradation des SAU a été décidée afin d'améliorer l'organisation du flux patients et faire évoluer la répartition des moyens (Figure 7).

b. Les freins et les modes de résolution

Le frein principal selon le Directeur des affaires médicales du CHU est le manque d'attractivité des SAU périphériques pour les urgentistes. Toutefois, le CHU de Poitiers ayant un poids important au sein du département et n'ayant que très peu de concurrence, le « rapport de force » est en sa faveur. Il peut donc utiliser son attractivité pour convaincre les nouveaux arrivants d'exercer en partie dans un SAU périphérique en contrepartie d'un poste au CHU avec d'éventuelles perspectives d'évolution de carrière, notamment le

passage au statut de PH. De plus, le CHU utilise également les mécanismes réglementaires incitatifs tels que la PET et la PST pour décider les praticiens à exercer une activité partagée.

c. Les avantages de cette nouvelle organisation

D'après le DAM du CHU de Poitiers, la mise en place d'une équipe territoriale d'urgentistes est bénéfique. Elle apporte une véritable dynamique de territoire, elle maintient une offre de soins d'urgence de qualité et identique sur tout le territoire. Cette organisation « permet d'avoir les mêmes prises en charge de l'urgence quel que soit l'endroit où l'on se trouve ». Cette territorialisation des urgentistes favorise également l'attractivité grâce à la diversification de l'exercice médical : régulation, héliSMUR, SAUV, déchocage, gardes périphériques, et aux conditions de travail moins pénibles dans les SAU périphériques du CHU.

Toutefois, si cette organisation est possible dans certains départements, les caractéristiques géographiques, l'existence ou non d'une direction commune, la proportion de SAU privés au sein du territoire, peuvent compliquer sa mise en place. La Gironde est le département le plus étendu de métropole (SAU très espacés), il comporte 6 établissements publics de santé avec SAU et 7 SAU privés. L'ensemble de ces éléments rend complexe la mise en place d'une équipe territoriale et met en avant la difficulté à dupliquer une organisation territoriale spécifique. Il semble tout de même important de s'interroger à l'avenir, sur l'opportunité d'une telle organisation.

3.2 Une démarche comportant certaines limites

Cette volonté de coordonner les SU sur un territoire comporte différents freins qu'il est important de relever.

3.2.1 Une nouvelle démarche difficile à rendre acceptable

Quinze jours après la mise en place de la régulation au SAU de Pellegrin, l'activité et l'organisation territoriale des soins urgents ont évolué. Les bulletins quotidiens de l'ORU présentent une baisse significative de l'activité du SAU de Pellegrin. Le système de régulation mis en place fonctionne et permet au service de Pellegrin de se concentrer sur son activité de recours. Le profil des patients accueillis a changé. Ils sont essentiellement lourds, gravement polytraumatisés ou polypathologiques. En effet, 45% des ambulances de la métropole sont accueillies sur les 2 SAU du CHU, environ 50% de l'activité complexe est donc réalisée par 2 SAU sur 7. Excepté durant les premiers jours, la mise en place de

la régulation n'a pas produit un report significatif de l'activité sur les autres services. Les chiffres relatifs aux passages et à l'accueil de vecteurs ambulances sont dans les bornes habituelles. Pour l'une des responsables du SAMU, cette nouvelle organisation est donc l'opportunité de « réorienter les patients non pas vers un SAU mais vers les effecteurs de ville lorsque le patient ne requiert pas de soins dits urgents », c'est donc « l'ébauche d'une coordination territoriale plus globale ». De la même manière, si l'activité à la régulation reste élevée pour s'établir à 2000/2500 appels par jour, il n'y a pas eu d'augmentation significative.

Cependant, lors des dernières RTU, les SU du territoire ont évoqué leur mécontentement quant à cette nouvelle organisation. Selon certains, le nombre de patients pris en charge et la charge en soins a augmenté alors même que l'ensemble des SAU rencontrent des difficultés d'accueil en aval durant cette période estivale. D'autres évoquent également le « traitement de faveur » dont bénéficie le service de Pellegrin alors que l'ensemble des SAU sont en difficultés. D'autres enfin, sont inquiets face à cette forte activité et les difficultés d'hospitalisation en aval et craignent un départ de leurs praticiens : « je ne veux pas perdre mon équipe », « tout le monde pleurerait en sortant de garde ce matin ».

Si des réajustements ont eu lieu à la suite de ces discussions pour apaiser les différents SU, notamment l'augmentation du nombre des patients accueillis par jour au SAU de Pellegrin, il semble indispensable de travailler à l'acceptabilité de ce nouveau système. Il faut garantir une logique et une équité dans la répartition des flux de patients en tenant compte de différents paramètres déjà relevés : effectifs médicaux par SAU, capacité d'hospitalisation, taux de charge. Ces indicateurs doivent servir de base à toute réflexion sur l'orientation et la répartition des patients. Ce n'est qu'en mettant en place un véritable système de répartition s'appuyant sur des chiffres objectifs que le territoire pourra « restaurer le dialogue » et arriver à un « nouveau compromis de territoire ».

3.2.2 Une démarche à élargir à l'ensemble des partenaires contribuant à la gestion des soins urgents

Si la gestion des soins urgents sur un territoire concerne en premier lieu les services d'urgence, de nombreux autres partenaires sont impliqués. Comme l'affirme le Professeur Carli : « Une réforme durable et pertinente des urgences (...) ne peut que s'inscrire dans un dispositif plus large impliquant non seulement l'AMU mais aussi la médecine libérale, les autres spécialités hospitalières et les patients » (Carli, 2022). Or aujourd'hui la gouvernance en place et les réflexions territoriales sont principalement menées entre SU.

Ce sont tout d'abord, les autres secours d'urgences qui jouent un rôle crucial. Le service départemental d'incendie et de secours (SDIS), service public chargé d'assurer la protection des personnes, des biens et de l'environnement, intervient dans différentes situations d'urgences : incendies, accidents de la route, catastrophes naturelles et tout autre évènement nécessitant une action rapide et efficace. Ce sont souvent les premiers intervenants sur les lieux d'une urgence médicale. Ils prodiguent les premiers soins de base aux victimes en attendant l'arrivée du SMUR. En Gironde, ils participent pleinement au transport de patients vers les SAU en coordination avec les SMUR et les ambulances privées. Si cet acteur est un vrai soutien face aux carences ambulancières, des dysfonctionnements existent lors du transport de patients vers les SAU. En effet, lorsqu'un camion du SDIS conduit un patient dans un SAU, le patient reste sous la surveillance de l'équipage tant qu'il n'a pas été vu par l'équipe soignante. Or, du fait de l'engorgement actuel des services d'urgence, bien souvent les équipages attendent plusieurs heures devant le SAU avec le patient. Au-delà du mécontentement exprimé par le SDIS, cette pratique bloque toute une partie de la réponse à l'urgence car, en stationnant, les équipages ne peuvent pas aller prodiguer des soins ni transporter d'autres patients. La cadre supérieure du pôle des urgences m'indiquait d'ailleurs que dans d'autres établissements dans lesquels elle avait exercé, le patient était pris en charge dès son arrivée, ce qui permettait à l'équipage de repartir rapidement. Ici d'après elle, « vous pouvez même voir des pompiers amener un patient aux sanitaires ». Cette pratique et l'implication du SDIS face aux difficultés des SAU est donc à questionner au risque de les voir se désolidariser de la mission de prise en charge des soins urgents.

Les établissements de santé qui ne disposent pas d'un SAU ont également un rôle important à jouer dans cette gestion des soins urgents et doivent être intégrés dans une organisation territoriale plus large. Bien qu'ils ne soient pas spécifiquement dédiés à l'accueil des urgences médicales, ils assurent la continuité des soins, une fois le patient vu aux urgences. En effet, une fois le patient évalué et stabilisé, les établissements sans SAU doivent participer à l'accueil des patients en provenance des urgences, faciliter leur transfert et les traiter de manière appropriée. Or aujourd'hui, ce sont principalement les établissements avec SAU qui rencontrent des difficultés d'hospitalisation des patients en aval des urgences du fait de la file active se présentant devant leur porte. Les autres établissements doivent donc être solidaires et s'intégrer dans la démarche de prise en charge de ces patients, d'autant plus lorsque ces patients relèvent de leur file de patients habituelle. Par exemple, à Bordeaux, de nombreux patients se présentant au SAU de Pellegrin sont suivis par l'institut Bergonié. L'institut refuse parfois de les prendre en charge ou met plusieurs jours à les accueillir dans un service d'hospitalisation, ce qui oblige le CHU à les héberger dans ses lits. Ces établissements doivent également participer à l'effort de

déprogrammation des opérations afin de réserver des lits aux patients des urgences. Il serait pertinent de penser les filières de recours en incluant ces structures en fonction de leurs champs de compétences. La clinique du sport pourrait accueillir des patients d'orthopédie par exemple.

Ensuite, ce sont les patients qui ont un rôle important à jouer dans la gestion des soins urgents sur le territoire. Leur sensibilisation et leur participation active à l'effort contribuent à une utilisation plus efficace des ressources de santé et à l'amélioration de la prise en charge des patients qui en ont vraiment besoin. Pour cela, l'ARS et les établissements doivent travailler leur communication à destination du grand public pour développer le réflexe d'appel au 15 (annexe 6), rappeler la nécessité de trouver un effecteur en ville en cas de besoins de soins non urgents et respecter les consignes d'orientation des secours, de la médecine libérale ou du SAMU. Dans cette optique, la « cohérence territoriale des SAU permet à la population de s'y retrouver » d'après Karim Tazaourte ex président de la SFMU, interrogé par le journal APM news. Aujourd'hui cette communication n'est pas optimale puisque, suite à la régulation du SAU de Pellegrin, de nombreux usagers continuent de se présenter de façon spontanée devant les portes (environ 40 par jour), alors que leur réorientation est chronophage et limite l'efficacité du système.

La médecine de ville a aussi un rôle à jouer dans l'organisation des soins urgents sur le territoire. Leur rôle de proximité en fait le premier accès rapide aux soins de santé. Théoriquement accessibles dans les quartiers et les zones rurales, les médecins libéraux doivent permettre aux patients de consulter rapidement en cas de besoins de soins urgents. Ils fournissent alors les soins de première ligne, peuvent évaluer l'état du patient et décider s'il est nécessaire de l'envoyer ou non vers un SAU.

Pour finir, les urgences spécialisées mènent également des actions essentielles. Ces structures disposent du personnel formé pour prendre en charge des situations d'urgences et des pathologies spécifiques telles que l'urgence cardiovasculaire, les urgences pédiatriques, les urgences psychiatriques etc. Il est essentiel de les inclure à la démarche territoriale de gestion des soins urgents. Cela passe notamment par leur présence à la régulation afin de participer à l'orientation des patients dans les différentes structures. Des dentistes, des pédiatres, des psychiatres commencent à s'impliquer sur la plateforme de régulation mais la démarche doit encore être développée : protocoles de transfert, système de communication et d'échange d'informations, participation aux RTU etc.

Pour une réforme durable et pertinente des urgences, cette coordination territoriale des SU doit s'intégrer à une collaboration plus large incluant l'ensemble des autres acteurs du territoire. La difficulté est de réussir à faire collaborer l'ensemble de ces interlocuteurs aux cultures différentes.

3.2.3 Une démarche tributaire de l'implication de l'ensemble des SU et des urgentistes

Si cette démarche de coordination des SU comporte de nombreux avantages et permet de limiter les difficultés rencontrées, elle est limitée par le degré d'implication des SU eux-mêmes notamment privés et des médecins urgentistes du territoire.

Ce sont les SAU privés qui, du fait de l'absence de contraintes de l'ARS, sont libres de respecter ou non l'organisation territoriale décidée. Ainsi depuis la mise en place de la régulation du SAU de Pellegrin le 18 juillet dernier, certains SAU privés refusent des patients envoyés par le SAMU et refusent de reconnaître le caractère souverain des décisions prises par la régulation, notamment pour des patients relevant du secteur du SAU de Pellegrin ou en cas de saturation de leur service. Or, accueillir un surplus de patient en cas de difficulté d'un autre SAU est l'un des principes de solidarité territoriale. Cette dynamique met en évidence la difficulté rencontrée par les SU en Gironde, qui peinent à créer une coordination voire une véritable coopération entre services.

De plus, depuis quelques mois, de nombreux centres de soins non programmés, tenus par des urgentistes en ville, se développent. Il existe notamment des centres médicaux de soins immédiats qui traitent les pathologies médicales et la traumatologie ou des centres de traumatologie spécialisés. Ces structures ouvertes de jour mais pas le week-end sont attractives pour les urgentistes mais « ce n'est pas ce pour quoi ils ont été formés ». Selon le Directeur Général de l'ARS Normandie : « il faut que la pénibilité propre au métier d'urgentiste soit répartie sur l'ensemble des urgentistes d'un territoire ». Si ces structures intermédiaires entre cabinet de médecine générale et SAU répondent à un besoin de soins, c'est « une fausse bonne réponse » aux difficultés rencontrées par les SU et les urgentistes selon le porteur du projet de la FMIH Urgences 85. En effet, ces nouvelles organisations sont si attractives qu'elles « siphonnent » les urgentistes et accentuent la lourdeur des conditions de travail des urgentistes en SU. C'est un cercle vicieux et il est indispensable que l'ARS régule ces installations au risque de contribuer à favoriser les difficultés rencontrées par les SU.

3.3 Une démarche à perfectionner pour devenir une véritable solution à la crise des urgences

La coordination des SU a été, en Gironde, la solution trouvée par les acteurs pour assurer la continuité des soins urgents durant la période estivale sur l'ensemble du territoire. Mais cette organisation développée en urgence semble également être une réponse à la crise structurelle des urgences qui existe depuis plusieurs années. Toutefois pour que cette coordination territoriale porte ses fruits sur le long terme, il faut que le système se

perfectionne, au risque de voir, comme après la Covid, les innovations organisationnelles disparaître au profit d'un retour aux fonctionnements antérieurs.

3.3.1 Assurer le développement itératif et la pérennisation de ce nouveau système de coordination des SU

En période de changement, il est impossible d'aboutir immédiatement à une nouvelle organisation optimale. Si la réorganisation opérée au CHU et au niveau territorial a été menée en urgence pour passer la période estivale 2023, « la conduite de projet ne saurait être de l'ordre de l'urgence » (Boutinet, 2014) et le processus de réflexion doit amener souplesse et adaptabilité. Une démarche itérative semble être pertinente dans ce cadre. Cette approche permet d'enrichir et d'affiner de manière progressive les différents aspects d'un projet. Elle vise à améliorer continuellement un concept grâce à des cycles d'ajustement répétés. Ainsi, dans un contexte de projet innovant créé dans l'urgence, une réflexion itérative permet de distinguer deux temporalités : la réponse dans l'urgence face à la crise estivale et la réflexion de long terme qui doit suivre afin de retravailler ces innovations rapides pour les protocoliser, les faire évoluer et les pérenniser.

Pour cela, il semble indispensable de demander des retours précoces puis réguliers aux différents acteurs concernés par le projet. Cela permet de corriger et d'adapter rapidement afin de minimiser le risque d'échec global. Dans ce cadre, différents acteurs et notamment l'ARS souhaitent que soient perfectionnées les procédures de RETEX. Un processus itératif va également permettre l'amélioration continue d'un projet, en analysant et en capitalisant sur l'expérience de 2023 pour faire évoluer et perfectionner le dispositif. Il existe donc un enjeu majeur de traçabilité des mesures et actions décidées, des points de crispations et des points d'arbitrages trouvés. Par ailleurs, des itérations régulières montrent les progrès du projet, ce qui peut être important pour maintenir la motivation des protagonistes. En effet, les acteurs évoquent souvent avec regrets « les innovations mises en place pendant la période Covid » puis « le retour à la normale », le « retour aux difficultés chroniques » ayant eu lieu ensuite. Pour finir, une démarche itérative permet de sacraliser un temps de prise de recul. Cet aspect est particulièrement important dans le cadre de ce projet regroupant des SU et des urgentistes surchargés, assurant une mission quotidienne de gestion de crise et n'ayant que peu de temps pour envisager des projets de long terme. Or, ces temps de réflexion et de planification permettent aux acteurs de sortir de leur quotidien pour anticiper les défis futurs, encourager leur créativité, le développement d'idées et d'innovations. C'est un manque de temps que regrettent d'ailleurs de nombreux acteurs du pôle des urgences du CHU : « on a une pression constante et aucun moment pour se poser et réfléchir ».

3.3.2 L'opportunité de généraliser la régulation en amont à l'ensemble des SAU du territoire girondin

Dans le cadre de la réflexion autour de la coordination territoriale des SU et face aux difficultés pérennes rencontrées par les services, certains acteurs ont commencé à s'interroger sur la pertinence de l'accès direct aux urgences. Ces derniers évoquent notamment l'exemple des pays nordiques. En Norvège, ce sont les médecins généralistes qui orientent la population vers les services d'urgence et il n'est pas possible d'être pris en charge aux urgences sans cette consultation préalable (Acker, 2020), excepté les urgences vitales pour lesquelles « un numéro de secours et une plateforme de régulation existent » sur le même modèle qu'en France (Bubien et al, 2022).

Pour un DG d'ARS interrogé, conditionner l'accès aux urgences à une consultation préalable ou à une régulation par le SAMU est « la seule manière d'ordonner le système ». Cela permet de structurer efficacement le flux de patients vers les différentes solutions de prise en charge. Dans ce cas, la plateforme de régulation, considérée comme une « tour de contrôle », reçoit des appels des SAU, des médecins généralistes et des patients et oriente en « veillant à la gradation et à la surcharge des structures ». Si cette démarche n'est pas active en France, les procédures dégradées mises en place pour la période estivale 2023, notamment en Gironde, s'en rapprochent. Les différents acteurs du territoire semblent d'ailleurs tous favorables à une régulation totale du SAMU et à la suppression de l'accès direct aux SAU hors urgence vitale. Ainsi, au-delà de constituer une réflexion repensant le rôle du SAMU, c'est un projet fédérateur qui participerait à la coordination territoriale des SU grâce à un intermédiaire, la régulation. Les urgentistes du territoire pourraient d'ailleurs s'engager à participer à l'activité du SAMU en contrepartie d'une régulation de leur SAU. En plus de répartir la pénibilité liée à l'activité de régulation, cela permettrait de développer une intercompréhension, une culture commune autour de la régulation et ses contraintes, de nature à développer sa légitimité et l'acceptabilité de ses décisions.

Si cette organisation voit le jour sur un territoire ou en France, elle sera constituée autour des plateformes de régulation. Or celles-ci sont aujourd'hui confrontées à de grandes difficultés de recrutement et ne pourront pas assumer seules le poids de cette nouvelle régulation. Par conséquent, les acteurs s'interrogent désormais sur la faisabilité d'un tel système et notamment sur la pertinence d'un numéro unique dans le cadre de la mise en place du SAS. Le CNOM a ainsi sondé ces conseils départementaux et 44% d'entre eux sont favorables à la mise en place d'un numéro spécifique d'accès à la PDSA afin de réserver le 15 pour les urgences vitales et « éviter d'emboliser les appels au SAMU ». Les

départements défavorables quant à eux craignent que la multiplicité des numéros « génère de la confusion auprès des patients » (CNOM, 2022). Les acteurs réfléchissent également à la possibilité de réorienter une partie des patients directement au niveau des SAU sans passer par le 15, notamment grâce à des logiciels de réorientation tel que Logibec. Développée au Québec, cette solution soutient le processus de réorientation effectué par le MAO et l'IOA en facilitant le processus décisionnel, en aidant à identifier de façon sécuritaire les patients avec des motifs de consultations non urgents grâce à un algorithme médical. A Bordeaux cette solution est envisagée.

3.3.3 Repenser le management territorial pour créer une culture commune au service d'une véritable solidarité territoriale

Si le management territorial des services d'urgence est en train de se développer en Gironde, il reste balbutiant et doit évoluer afin de passer « d'un travail collectif à un collectif de travail capable d'une coopération efficiente, d'un soutien mutuel, d'un partage de valeurs, voire même d'une préservation de la santé de chacun » (Caroly, Bonneterre, 2022).

Il faut avant tout approfondir le travail d'acculturation des différents acteurs, leur permettre de se connaître et se comprendre afin de créer une communauté permettant à ses membres de travailler ensemble. Les récents évènements et échanges faisant suite à la régulation du SAU de Pellegrin en juillet 2023 montrent qu'une intercompréhension entre acteurs est encore inexistante. Cette acculturation pourrait être favorisée par le développement d'une réflexion commune centrée sur la qualité des soins prodigués au patient, objectif majeur et rassembleur car partagé par l'ensemble des acteurs. Pour cela, le cadre supérieur du pôle urgences du CHU proposait la mise en place de sessions de réflexions collectives sur la base d'EIG se produisant dans les SAU du territoire. Les acteurs réunis en groupes pluriprofessionnels et pluri-services analyseraient les dysfonctionnements et construiraient collectivement un plan d'action. L'article 10 de la convention constitutive du RTU indique d'ailleurs que les membres du RTU « s'engagent à échanger régulièrement sur leurs pratiques professionnelles et à diffuser les recommandations de la HAS ». Cette acculturation pourrait aussi se développer grâce à la mise en place de formations obligatoires, régulières et inter-établissements.

Il faut également prendre en compte le rôle particulier du CHU et éviter le déploiement d'une « organisation CHU centrée ». S'il est indispensable de reconnaître les missions particulières d'un CHU en lui garantissant une place particulière au sein d'une organisation territoriale notamment concernant les soins d'urgence, il ne faut pas que cette spécificité

nuise à la constitution d'un collectif de travail. Une grande partie des acteurs avec lesquels j'ai pu échanger ont insisté sur l'attitude d'un CHU sur le territoire. Pour eux, il doit faire preuve de « modestie » et montrer aux autres structures qu'il ne les « oublie pas ». Ainsi pour tout projet ayant une incidence sur les autres établissements/acteurs du territoire, ce dernier doit veiller à les impliquer dans le projet. Dans le cadre de l'organisation estivale 2023 des SAU du CHU de Bordeaux, le niveau de concertation et d'informations délivrées aux établissements partenaires alors même que cette réorganisation impactait les autres SAU, a provoqué de vives tensions et a compliqué la mise en place de cette nouvelle organisation territoriale. Le manque de transparence et de collaboration du CHU, selon les autres SU, a limité l'acceptabilité du projet et son efficacité.

Pour finir, la communication et l'animation de réunions sont également les facteurs clés d'un collectif de travail. Or aujourd'hui le RTU, censé organiser la communication entre SU du territoire, est dysfonctionnel. Les réunions menées par l'ARS pâtissent du manque d'éléments chiffrés présentés en réunion. Or, ces données permettraient de cadrer les échanges et d'éviter les « jeux de ping-pong » et les « règlements de compte » qui régissent aujourd'hui les discussions entre SU, selon de nombreux acteurs.

Conclusion

L'hôpital, en tant qu'acteur majeur du système de santé, doit adapter ses organisations pour favoriser l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité du service rendu aux patients. Le développement progressif de la territorialisation des soins y contribue et s'illustre notamment à travers la coordination territoriale des services d'urgence. Pour surmonter la crise généralisée et structurelle des urgences et « dépasser l'image de l'urgentiste épuisé, accablé de travail et de violences » (Galichon, 2014), les SU, notamment en Gironde, ont décidé de collaborer afin d'assurer la continuité des soins grâce à un maillage territorial efficient et une optimisation des ressources. Mais une telle démarche comporte un haut degré de complexité et toute évolution est nécessairement lente et difficile à organiser. En outre, le cadre réglementaire strict, les différentes cultures d'établissements, les ressources limitées compliquent un peu plus la mise en place de cette démarche novatrice. Face à ces difficultés, ce n'est qu'en créant les conditions d'une véritable solidarité territoriale passant par l'interconnaissance, la mise en place d'une gouvernance claire et des outils adaptés, qu'une coordination territoriale est possible.

Les conclusions issues du cas d'étude sont pour le moment destinées à rester des hypothèses car elles se basent principalement sur le territoire girondin et se limitent à l'analyse d'une partie de la démarche. Cependant, d'autres exemples plus avancés montrent que la mise en place de ce type de coordination semble aider les services d'urgence à surmonter leurs difficultés notamment RH. Cette démarche permet de maintenir une offre de soins urgents de qualité sur l'ensemble d'un territoire malgré les difficultés rencontrés individuellement par les SU. Les différents retours d'expérience évoquent également les bienfaits sur l'attractivité notamment médicale grâce aux possibilités de diversification de l'activité inter-établissement et inter-service. Enfin les acteurs des territoires interrogés affirment que le bénéfice le plus important est la structuration d'une communauté dans une logique de décloisonnement et de solidarité en faveur d'une prise en charge équitable et de qualité en tout lieu. De plus, la dynamique de territorialisation des services d'urgence, amorcée notamment en Gironde, semble être une démarche ayant retenu l'attention des pouvoirs publics et les prochains décrets réglementaires encadrant le nouveau régime d'autorisation en médecine d'urgences s'orientent vers une réorganisation territorialisée de la réponse aux soins urgents. Ainsi, Karim Tazaourte, médecin urgentiste ex président de la SFMU affirme que « plus que jamais le régime d'autorisation va devoir imposer des fonctionnements territoriaux avec des équipes territoriales médicales et paramédicales et de la subsidiarité ».

Par conséquent, démarche chronophage et complexe, le développement d'une coordination territoriale entre SU est une innovation organisationnelle en cours de généralisation, susceptible de répondre durablement à la crise des urgences qui risque de se prolonger ces prochaines années.

Bibliographie

- Articles scientifiques

- Acker, D., 2020, « L'organisation des soins primaires dans les pays nordiques », Revue française des affaires sociales, 1, p. 313-323.
- Carli, P., 2022, « La médecine d'urgence de la création aux perspectives », Journal Européen des Urgences et de Réanimation, 34(2), p. 54-63.
- Carli, P., & Telion, C., 2021, « 20 mois de COVID-19 et après ? » Journal Européen Des Urgences et de Réanimation, 33(4), p. 194-197.
- Caroly, S., & Bonneterre, V., 2022, « La coopération entre l'hôpital et les acteurs de santé sur un territoire transformée par la gestion de la crise COVID », Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 83(4), p. 380.
- Frattallone Kieffer, M., 2023, « Management territorial et coordination gérontologique : Apports de la théorie des conventions et effets du diagnostic de territoire », Projectics / Proyética / Projectique, Hors Série (HS1), p. 149-173.
- Frimousse, S., & Peretti, J.-M., 2020, « Les changements organisationnels induits par la crise de la Covid-19 », Question(s) de management, 29(3), p. 105-149.
- Galichon, B., 2014, « Le service des Urgences aujourd'hui », *Laennec*, 62(1), p. 25.
- Lenesley, P., 2022, « Coordination dans un système complexe et concept de polycentricité : Quelles perspectives ? Étude du cas des secours d'urgences pré-hospitaliers », Gestion et management public, 10 / 4(4), p. 77-92
- Wintenberger, C., Vial, S et al., 2022, « Quelle place pour les Services d'Accueil des Urgences dans l'offre de soins non programmés : Comment capitaliser sur l'expérience de la gestion de l'épidémie de COVID-19 dans la crise actuelle ? » Journal de gestion et d'économie de la santé, 4(4), p. 215-249.

- Articles de presses

Actualités de l'Urgence - APM / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU., 2021, janvier 27, « Arnaud Jean Groangé, nouveau pilote des réformes du financement de la psychiatrie et des urgences », APM News.

Actualités de l'Urgence – APM / Société Française de Médecine d'Urgence – SFMU., 2023, juillet 28, « Trois temps pour la mission SFMU/SUDF sur la paramédicalisation et l'organisation des urgences », APM News.

BUBIEN, Y., RIFFET-VIDAL, N., & SADRAN, F., 2022, « Le système de santé norvégien », Gestions hospitalières, 619, p. 466.

Deroche, C., 2023, « Sortir l'hôpital public des urgences demandera du temps et de la volonté politique », Les Tribunes de la santé, 76(2), p. 43-51.

Hospimedia, 2023, août 4, « Deux projets de décret actent la création imminente des antennes de médecine d'urgence », Hospimedia.

Pateron, D., 2023, « La crise des urgences », Les Tribunes de la santé, 76(2), p. 67-75.

- **Chapitres d'ouvrages**

Boutinet, J.-P., 2014, « Chapitre III - Les deux temps des conduites à projet et leurs composantes itératives », dans Grammaires des conduites à projet, Humensis, p. 65-85.

Paillé, P., & Mucchielli, A., 2012, « Chapitre 1 - Choisir une approche d'analyse qualitative », dans L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales, Armand Colin, p. 13-32.

- **Rapports administratifs ou de recherche**

BRAUN, F., TAZAOURTE, K., et al., 2022. Mission flash sur les urgences et soins non programmés [en ligne]. [Consulté le 24 août 2023]. Disponible à l'adresse : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_du_docteur_braun_-_mission_flash_sur_les_urgences_et_soins_non_programmes.pdf

Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale., 2015. Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur l'organisation de la permanence des soins [en

ligne]. [Consulté le 24 août 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i2837.pdf>

Conseil national de l'Ordre des médecins., 2022. Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2022 [en ligne]. [Consulté le 24 août 2023]. Disponible à l'adresse : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/ryu87q/cnom_rapport_pdsa_2022.pdf

Dumez, H., & Minvielle, E., 2020. Le système hospitalier français dans la crise Covid -19 - Une contribution des sciences de gestion [en ligne]. [Consulté le 24 août 2023]. Disponible à l'adresse : <https://i3.cnrs.fr/wp-content/uploads/2020/07/Le-syste%CC%80me-hospitalier-franc%CC%A7ais-dans-la-crise.pdf>

Fillion, S., Gardel, D. C., et a., (IGAS) 2022. Evaluation des mesures dérogatoires portant sur les soins urgents et non programmés pour l'été 2022 [en ligne]. [Consulté le 24 août 2023]. Disponible à l'adresse : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/evaluation_des_mesures_urgences_ete_rapport_definitif_mise_en_ligne.pdf

FEDORU., 2023. Activité des services d'urgence—Chiffres clés 2022 [en ligne]. [Consulté le 24 août 2023]. Disponible à l'adresse : <https://fedoru.fr/chiffres-cles-urgences-2022/>

Grall, J.-Y., 2015. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences [en ligne]. [Consulté le 24 août 2023]. Disponible à l'adresse : https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/154000491.pdf

Mesnier, T., & Carli, P., 2019. Pacte de refondation des urgences [en ligne]. [Consulté le 24 août 2023]. Disponible à l'adresse : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/urgences_dp_septembre_2019.pdf

Pittet, D., Boone, L., Moulin, A.-M., et al., 2021. Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques [en ligne]. [Consulté le 24 août 2023]. Disponible à l'adresse : https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/279851.pdf

Repère n°1 – Girondescopie., 2021. Gironde : Démographie et dynamique de population [en ligne]. [Consulté le 24 août 2023]. Disponible à l'adresse : https://www.gironde.fr/sites/default/files/2023-01/REPERE_1_d%C3%A9mographieVF.pdf

- **Textes législatifs ou réglementaires**

Article R6123-1 Code de la santé publique

Article R6123-26 Code de la santé publique

LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé. Journal officiel, n°0116 du 19 mai 2023

Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique. Journal officiel, n°119 du 23 mai 2006

Décret n° 2021-216 du 25 février 2021 relatif à la réforme du financement des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation et portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé. Journal officiel, n°0049 du 26 février 2021

Arrêté du 15 décembre 2021 relatif à la prime de solidarité territoriale des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques. Journal officiel, n° 0292 du 16 décembre 2021

- **Travaux d'étudiants**

CREPIN, A., 2021, Le projet de déploiement d'un service d'accès aux soins (SAS) expérimental : Une approche de la coopération ville-hôpital dans un territoire rural en tension médicale, Rennes, Mémoire, Directeur d'hôpital (DH), EHESP, 77p.

Evain, A., 2018, La territorialisation des urgences comme réponse à la concentration des plateaux techniques, Rennes, Mémoire, Directeur d'hôpital (DH), EHESP, 72p.

GUERNER, L., 2021, Les urgences en crise : Restructuration locale d'un service en voie de réforme nationale, Rennes, Mémoire, Directeur d'hôpital (DH), EHESP, 74p.

- **Sites web**

Atlansanté [en ligne]. [Consulté le 24 août 2023]. Disponible à l'adresse :

<https://www.atlasante.fr/accueil>

Logibec | Logibec Réorientation. [en ligne]. [Consulté le 24 août 2023]. Disponible à l'adresse :

<https://www.logibec.com/fr/logibec-reorientation>

Liste des annexes

- Annexe 1 : Liste des personnes interrogées
- Annexe 2 : Grilles d'entretien
- Annexe 3 : Documents supports de la sectorisation des SU au sein du département
- Annexe 4 : Extrait du planning partagé des SU présentant les plages médicales de jour et de nuit pour la période estivale
- Annexe 5 : Extrait du bilan d'activité SAMU/SMUR au CHU pour l'année 2022
- Annexe 6 : Extrait de la communication effectuée par le CHU de Bordeaux à la population sur la régulation du SAU de Pellegrin pour la période estivale 2023

Annexe 1 : Liste des personnes interrogées

Professionnels travaillant au CHU de Bordeaux :

- Directeur de crise et référent du pôle urgences SAMU/SMUR
- Vice-président de CME, président de la CMG du GHT Alliance de Gironde et porteur du projet filière AVC sur le territoire
- Chef du pôle des urgences de Bordeaux
- Médecin urgentiste co-responsable du SAMU
- Médecin urgentiste au SAU de Pellegrin
- Cadre supérieure de santé du pôle des urgences

Professionnels extérieurs au CHU de Bordeaux :

- Directeur Général de l'ARS Normandie
- Directrice départementale de la Gironde à l'ARS Nouvelle-Aquitaine
- Directeur d'un établissement de santé privé avec SAU au sein de la métropole bordelaise
- Directeur des affaires médicales du CHU de Poitiers
- Président de la CME du CHD Vendée, président de la CMG du GHT Vendée, chef de service des urgences du CHD et porteur du projet FMIH Urgences 85
- Vice-présidente de CME au CHU de Toulouse et praticien hospitalier responsable de la réanimation polyvalente et présidente de la commission d'hospitalisation du CHU

Annexe 2 : Grilles d'entretien

Pour les professionnels du département de la Gironde :

1. Les enjeux territoriaux concernant l'accueil des urgences

- Quels sont selon vous les enjeux concernant les services d'urgence aujourd'hui ?
- Pour vous, sur quels enjeux l'organisation territoriale des services d'urgence peut-elle apporter des réponses ?
- Quels sont selon vous les caractéristiques girondines concernant les urgences ? Points forts et faibles ?
- Les CHU sont centre de recours sur un territoire. Quelles sont les incidences pour l'organisation des soins urgents ?

2. L'organisation territoriale des services d'urgence : une coopération à favoriser et à pérenniser

- Les leviers sur lesquels s'appuyer : Quels sont les éléments sur lesquels s'appuyer pour construire un projet territorial de coopération des services d'urgence ?
- Les freins existants sur lesquels il faut travailler : Quels sont les éléments bloquants pour une véritable coopération territoriale des services d'urgence sur le territoire selon vous ?
- Bénéfices de cette coopération : Quel sont les bénéfices de cette coopération territoriale ?

3. Les organisations territoriales déjà en place

- Quels sont les outils existants au niveau territorial pour organiser la prise en charge des soins urgents ?
- Quel est pour vous le rôle du SAMU 33 dans cette organisation territoriale ?
- Quel est pour vous le rôle du GHT Alliance de Gironde ?
- Quel rôle joue l'ARS dans cette organisation territoriale ?
- Quel rôle doit jouer l'ARS dans l'organisation des services d'urgence au niveau du territoire ?

4. Préconisations/perspectives concernant l'organisation territoriale des soins d'urgence

- Quelles sont les limites de l'organisation territoriale des SU selon vous ?
- Comment peuvent être pérennisées des réflexions menées en urgence pour la période estivale ?
- Avez-vous des attentes en matière de coopération territoriale des services d'urgence sur le territoire ? Si oui lesquelles ? A quelle échelle ?
- Quelles perspectives à court/moyen terme pour cette organisation territoriale des services d'urgence dans le département de la Gironde ?
- Pensez-vous qu'il faille pousser le dispositif et créer une filière médicale inter-établissement ? Comment cela pourrait-il s'organiser ?
- Selon vous quel rôle le SAMU va-t-il être amené à endosser dans ce cadre au cours des prochaines années ?
- Même question pour l'ARS
- Quelle articulation doit être mise en place avec la médecine de ville et les projets de coopération ville/hôpital ?

Pour les professionnels extérieurs au département de la Gironde :

1. Les enjeux territoriaux concernant l'accueil des urgences

- Quels sont selon vous les enjeux concernant les services d'urgence aujourd'hui ?
- Pour vous, sur quels enjeux l'organisation territoriale des services d'urgence peut-elle apporter des réponses ?
- Pouvez-vous présenter les caractéristiques de votre territoire, l'organisation des SU et les éventuelles difficultés rencontrées aujourd'hui ?
- Les CHU sont centre de recours sur un territoire. Quelles sont les incidences pour l'organisation des soins urgents ?

2. L'organisation territoriale des services d'urgence : une coopération à favoriser et à pérenniser

- Les leviers sur lesquels s'appuyer : Quels sont les éléments sur lesquels s'appuyer pour construire un projet territorial de coopération des services d'urgence ?
- Les freins existants sur lesquels il faut travailler : Quels sont les éléments bloquants pour une véritable coopération territoriale des services d'urgence sur le territoire selon vous ?
- Bénéfices de cette coopération : Quel sont les bénéfices de cette coopération territoriale ?
-

3. Les organisations territoriales déjà en place

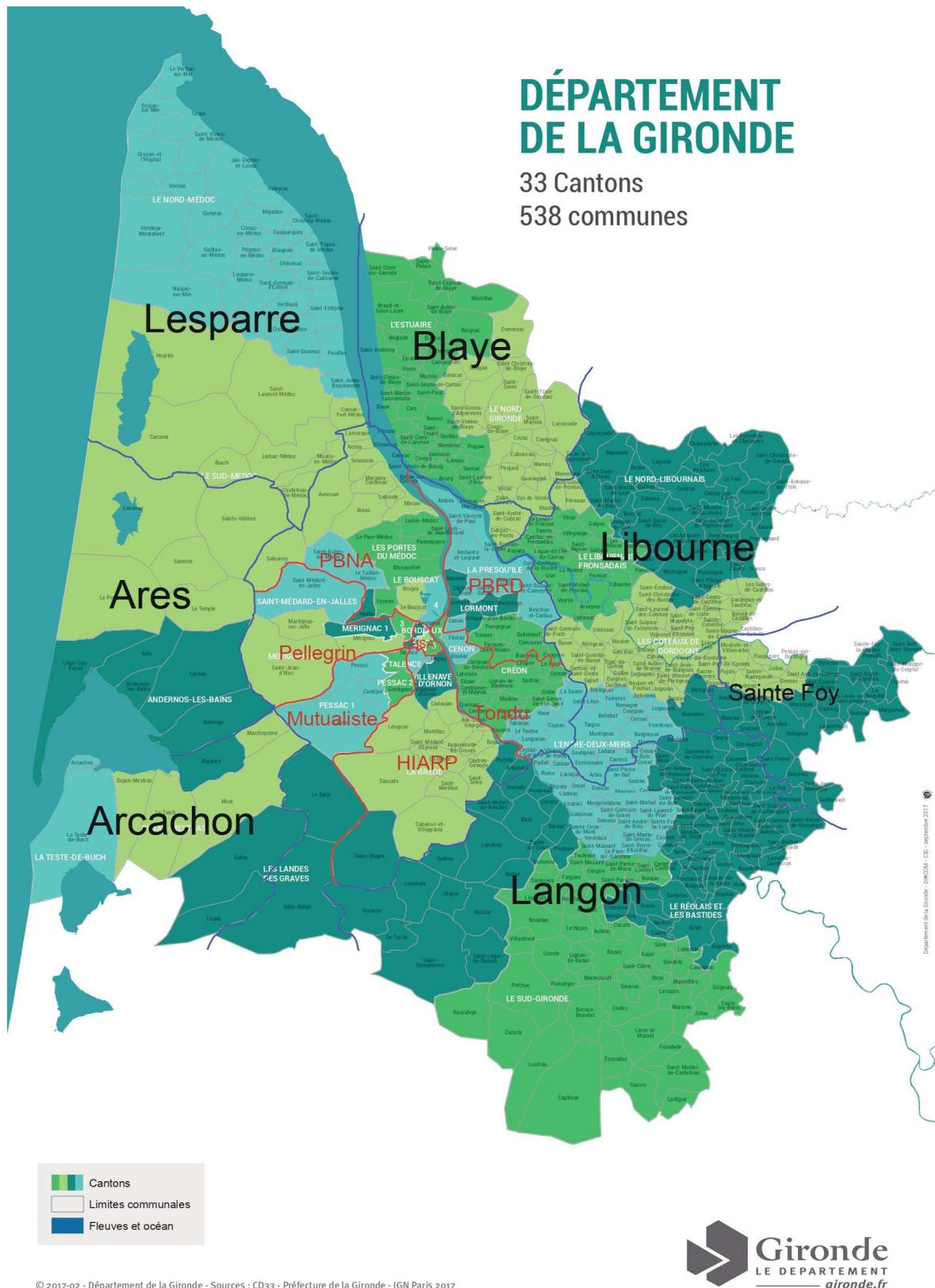
- Quels sont les outils déjà existants au sein de votre territoire pour organiser la coordination des SU ? (filiales, sectorisation)
- Quel est pour vous le rôle du SAMU dans cette organisation territoriale ?
- Quel est pour vous le rôle du GHT ?
- Quel rôle joue l'ARS dans cette organisation territoriale ?
- Quel rôle doit jouer l'ARS dans l'organisation des services d'urgence au niveau du territoire ?

4. Préconisations/perspectives concernant l'organisation territoriale des soins d'urgence

- Quelles sont les limites de l'organisation territoriale des SU selon vous ?
- Comment peuvent être pérennisées des réflexions menées en urgence pour la période estivale ?
- Avez-vous des attentes supplémentaires en matière de coopération territoriale des services d'urgence sur le territoire ? Si oui lesquelles ? A quelle échelle ?
- Selon vous quel rôle le SAMU va-t-il être amené à endosser dans ce cadre au cours des prochaines années ?
- Même question pour l'ARS
- Quelle articulation doit être mise en place avec la médecine de ville et les projets de coopération ville/hôpital ?

Annexe 3 : Documents supports de la sectorisation des SAU au sein du département

Délimitation des secteurs de prise en charge pour l'ensemble des SAU de la Gironde



Charte des urgentistes de Bordeaux Métropole

Les urgentistes de Bordeaux Métropole s'engagent à :

- Assurer la prise en charge de la population correspondant à leur territoire tel que sur la carte établie.
- Ne pas réorienter les patients faute de place
- Prendre en charge les patients suivis pour une pathologie dans un hôpital, présentant un problème aigu en lien avec cette même pathologie (problème post opératoire par ex) quelque soit son secteur initial
- Prévenir la régulation de la tension dans les urgences sans pour autant refuser les patients correspondant à ce même secteur.
- Ne pas réorienter les présentations spontanées vers d'autres structures d'urgences.
- La réorientation vers le CHU se fait selon les critères établis en dernière page après appel du MAO de Pellegrin puis de la régulation
- La MAO de Pellegrin ne peut refuser la prise en charge d'un patient correspondant aux critères établis.

- Nous demandons en contrepartie à la régulation de nous prévenir de tout adressage d'un patient ne provenant pas du secteur correspondant.

Source : base de données pôle urgences CHU Bordeaux

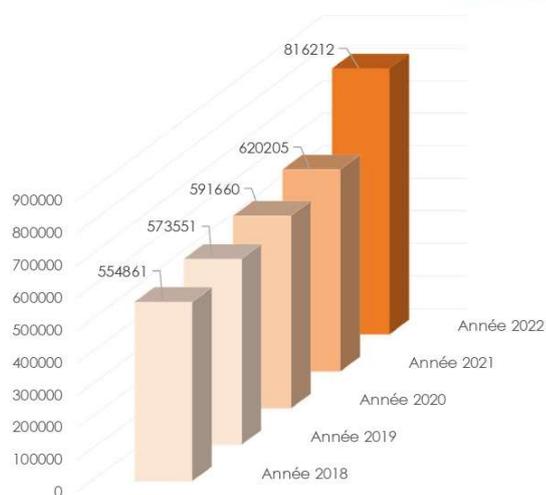
Annexe 5 : Extrait du bilan de l'activité SAMU/SMUR au CHU pour 2022



CENTRE
HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE
BORDEAUX

3

Évolution des appels entrants au cours des 5 dernières années



	De 2018 à 2019	De 2019 à 2020	De 2020 à 2021	De 2021 à 2022
Nombre d'appels entrants	+3%	+3%	+5%	+32%

2022

Source : base de données pôle urgences CHU Bordeaux

Annexe 6 : Extrait de la communication effectuée par le CHU de Bordeaux à la population sur la régulation du SAU de Pellegrin pour la période estivale 2023



Source : Compte twitter du CHU



Source : Photo prise devant le SAU de Pellegrin

DANIEL

Erell

Octobre 2023

Directeur d'Hôpital

Promotion 2022-2023

Vers la coordination territoriale des services d'urgence L'exemple du département de la Gironde

Résumé :

Pour surmonter la crise généralisée et structurelle des urgences, le développement d'une organisation territorialisée des SU est l'une des solutions trouvées par les acteurs en proximité. Ainsi, pour la période estivale 2023, le fonctionnement des SU de Gironde repose sur un mécanisme de coordination dont le SAMU est l'acteur central.

Le développement de cette démarche a nécessité une réflexion préalable sur les caractéristiques du territoire et des SU permettant d'établir un diagnostic territorial et un état des lieux de l'existant. Afin d'encadrer cette nouvelle organisation et de garantir son efficacité, les acteurs ont également dû établir une gouvernance territoriale et utiliser, consolider et développer des outils au service de cette coordination.

Le suivi de ce projet a permis d'illustrer le caractère complexe et chronophage d'une telle démarche, la nécessité d'une méthode de réalisation intégrée et a mis en avant la difficulté à faire collaborer des acteurs aux cultures et réalités différentes.

Si ce projet, encore expérimental, comporte certaines limites qu'il faut garder à l'esprit, il démontre les intérêts qu'ont les établissements avec SU à développer cette démarche dans leurs territoires. Des exemples plus avancés (Vendée, Vienne), mettent aussi en évidence les bénéfices pour la qualité de la prise en charge des patients et pour les conditions de travail des professionnels. D'ailleurs, les pouvoirs publics portent un intérêt grandissant à cette territorialisation des soins d'urgence et les évolutions réglementaires à venir semblent vouloir favoriser le déploiement de cette transformation de l'offre de soins urgents et non programmés. Toutefois, cette nouvelle coordination ne pourra se faire sans un management territorial fort, incluant l'ensemble des acteurs concernés.

Mots clés :

services d'urgence – coordination – permanence des soins – SAMU – services d'accueil des urgences – territorialisation – gradation des soins – management territorial – crise des urgences – innovation en santé – solidarité – équipe territoriale

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.