



Directeur d'hôpital

Promotion : **2023-2024**

Date du Jury : **Octobre 2024**

**La mise en place d'une Fédération
médicale interhospitalière des services
de médecine d'urgence au GHT Somme
Littoral Sud : enjeux et perspectives.**

Mathieu STEVENIN

Remerciements

Je souhaite en premier lieu remercier Monsieur Didier RENAUT, Directeur Général du Centre hospitalier universitaire Amiens-Picardie, pour son accueil et la confiance accordée tout au long de mon stage de direction au sein de l'établissement.

Pour son accompagnement et sa bienveillance au cours de cette période d'apprentissage, je remercie tout particulièrement Madame Anne LANGELLIER, Directrice Générale adjointe du CHU Amiens-Picardie. Son soutien et ses conseils m'auront été d'une aide précieuse, tant dans le choix de ma thématique de mémoire, que pour mon avenir professionnel.

J'exprime aussi toute ma reconnaissance envers Monsieur Martial ROUCOUT, Directeur adjoint à la recherche et l'innovation et aux coopérations territoriales du CHU pour le partage de ses connaissances et sa contribution toute particulière à ce mémoire.

J'aimerais également remercier l'ensemble de l'équipe de direction du CHU Amiens-Picardie qui m'a intégrée dans son collectif tout au long des neuf mois de stage, et pour la confiance accordée au travers des différents dossiers confiés.

J'exprime enfin, ma sincère gratitude à l'ensemble des professionnels hospitaliers rencontrés pour la richesse de nos échanges, et la passion transmise, et plus particulièrement :

Au Professeur Daniel Aïham GHAZALI, adjoint au chef de pôle médecine d'urgence, médecine légale et sociale du CHU Amiens-Picardie, au Docteur Michel KFOURY, chef de pôle de médecine d'urgence du Centre Hospitalier d'Abbeville, et au Docteur Christophe BOYER, chef du pôle de médecine d'urgence, médecin légale et sociale du CHU Amiens-Picardie, qui m'ont aiguillé dans la rédaction du mémoire.

A la communauté hospitalière du CHU Amiens-Picardie et des établissements parties au GHT Somme Littoral Sud, avec laquelle j'ai pu échanger et me nourrir de son expérience, de ses idées et convictions pour enrichir mes analyses.

Pour finir, merci à mes proches pour leur soutien, et leur qualité de relecteurs.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie.....	5
1 Dans un contexte de tensions au sein des services d'urgence du GHT Somme Littoral Sud, la mise en place d'une FMIH est apparue comme le moyen privilégié de répondre à l'ensemble des enjeux existants.	7
1.1 Un contexte national de tensions couplé aux particularités locales contribuant à l'émergence d'une coopération formalisée afin de répondre à des enjeux multiples.	7
1.1.1 Des problématiques structurelles rencontrées au sein de l'ensemble des SU du territoire national.....	7
1.1.2 Le contexte spécifique des SU du territoire Somme Littoral Sud, marqué par des contraintes managériales et une fidélisation hétérogène selon les établissements.....	9
1.1.3 Dans un contexte de renouvellement de la gouvernance, l'émergence de la construction d'une FMIH pour répondre aux enjeux internes et territoriaux.	11
1.2 Le choix de construction d'une FMIH justifié par une étude des besoins de chaque établissement et porté par un cadre méthodologique fort.	13
1.2.1 Des barrières culturelles et de communication à lever afin de renforcer la crédibilité d'une FMIH Urgences au sein du territoire.	13
1.2.2 La construction d'une coopération portée dans un premier temps vers les avantages produits pour chaque établissement, structurée ensuite vers un bénéfice commun dans l'application.	14
1.2.3 Une levée d'obstacles internes pour favoriser une mise en place optimale de la FMIH Urgences.	16
1.3 Face à des difficultés diverses, la mise en place d'une FMIH Urgences est apparue comme un levier pour résoudre la crise des urgences sur le territoire, mais aussi un facteur d'attractivité et d'harmonisation.	17
1.3.1 La FMIH Urgences : une volonté de fidéliser sur le territoire Somme Littoral Sud.	18
1.3.2 La FMIH Urgences : une volonté de décentraliser l'excellence portée par le CHUAP.	20
1.3.3 La FMIH Urgences : une volonté d'harmonisation des prises en charge sur le territoire.	21
2 Plus largement, la mise en place d'une FMIH apparaît comme un véritable moyen de réduire les distances entre les établissements, équipes, et patients dans le cadre d'une prise en charge urgente. Pour quels bénéfices ?.....	25

2.1	La FMIH Urgences au service de la réduction des distances pour les patients par le biais de la territorialisation et l’harmonisation des pratiques.	25
2.1.1	La FMIH urgences, facteur de réduction des distances géographiques par l’optimisation des trajets du parcours patient.	25
2.1.2	La réduction de la distance fonctionnelle : harmoniser les protocoles et les processus de prise en charge.	28
2.1.3	Faciliter le développement de la qualité interhospitalière et des coopérations avec la ville : réduire les distances organisationnelles.	30
2.2	La FMIH Urgences, vecteur de l’allègement des distances entre les équipes au profit de l’attractivité et la fidélisation.	32
2.2.1	L’harmonisation des rémunérations couplée à l’exercice territorialisé des médecins urgentistes : vecteur d’attractivité.....	32
2.2.2	La FMIH au service de l’universitarisation du territoire : vers une excellence partagée et accessible.	34
2.2.3	Enrichir l’exercice des professionnels des urgences par la cohérence médicale : levier de rapprochement entre paramédicaux et médecins.	35
2.3	La diminution des distances institutionnelles entre établissements : la FMIH, véritable outil de structuration de l’offre de soins publique territoriale lorsque les obstacles sont levés.	36
2.3.1	La FMIH Urgences : outil de renforcement institutionnel du GHT par le développement d’une offre de soins harmonisée sur tout le territoire.....	37
2.3.2	La nécessaire abolition de la concurrence entre établissements publics : vers une équité tarifaire entre les établissements parties de la FMIH.	38
2.3.3	Assurer une réponse coordonnée de territoire aux exigences institutionnelles et règlementaires de l’ARS.	39
3	Un développement de la structuration des SU français en FMIH à l’échelle GHT à encourager, dont les limites ne constituent pas encore l’opportunité crédible de résoudre la crise des urgences.....	41
3.1	Un outil modulable, adapté aux spécificités des SU, mais trop restreint dans la dimension intégrative des professionnels pour représenter l’avenir des filières de territoire.....	41
3.1.1	La filière urgence : passerelle entre ville et hôpital, qui nécessite d’être structurée.....	41
3.1.2	Un outil d’avenir pour répondre en partie à l’évolution de la réglementation.	43

3.2	Un outil nécessitant une gouvernance de territoire solide et étendu au-delà du GHT. Les limites concrètes du modèle ?.....	44
3.2.1	Une construction à l'échelle du GHT pas toujours évidente.....	44
3.2.2	Fédérer les acteurs : obligation de réussite pour mettre fin aux dissensions entre établissements et les équipes d'urgentistes.....	45
3.3	Un outil qui manque de consistance intégrative et à perfectionner afin de développer des réflexes au sein des gouvernances hospitalières.....	46
3.3.1	Une dimension universitaire et qualité à systématiser pour s'ouvrir vers les établissements périphériques.....	47
3.3.2	Une évolution en fédération médico-soignante à rechercher malgré le vide réglementaire.	48
3.3.3	Le financement des coopérations : levier à mobiliser.	49
	Conclusion	51
	Bibliographie	53
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AAP : Appel A Projet
AMI : Appel à Manifestation d'Intérêt
ARS : Agence Régionale de Santé
AVC : Accident vasculaire Cérébral
CESU : Centre d'enseignement des Soins d'Urgence
CCAR : Comité Consultatif d'Allocation des Ressources
CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences
CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CH : Centre Hospitalier
CHAM : Centre Hospitalier de Montreuil-sur-Mer
CHIMR : Centre Hospitalier de Montdidier-Roye
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CHUAP : Centre Hospitalier Universitaire Amiens-Picardie
CME : Commission médicale d'Etablissement
CODIR : Comité de Direction
COFIL : Comité de Pilotage
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CS : Conseil de Surveillance
CSE : Comité Social d'Etablissement
CSP : Code de la Santé Publique
DAM : Direction des Affaires Médicales
DESC-MU : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires de Médecine d'Urgence
DG : Direction Générale
DGOS : Direction Générale de l'Offre de soins
DH : Directeur d'Hôpital
DMS : Durée Moyenne de séjour
DMU : Département Médico-Universitaire
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ECN : Epreuves Nationales Classantes
EPS : Etablissement Public de Santé
EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale
ETP : Equivalent Temps Plein
FEDORU : Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences
FHF : Fédération Hospitalière de France
FHU : Fédération hospitalo-universitaire

FMIH : Fédération Médicale Interhospitalière
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
HAS : Haute Autorité de Santé
HDF : Hauts-de-France
IOA : Infirmier Organisation de l'Accueil
ISNI : InterSyndicale Nationale des Internes
JO : Journal Officiel
LAS : Licence Accès Santé
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MMG : Maison Médicale de Garde
ORU : Observatoire Régional des Urgences
PASS : Parcours accès spécifique santé
PCME : Président de la Commission Médicale d'Etablissement
PHRIP : Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale
PIE : Pôle Inter-Etablissements
PIMM : Plateau d'Imagerie médicale Mutualisée
PMP : Projet Médical Partagé
PSMP : Projet Médico-Soignant partagé
PNM : Personnel Non Médical
QVCT : Qualité de Vie et des Conditions de Travail
RETEX : Retour d'Expérience
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RH : Ressources Humaines
RMM : Revue de Morbidité et de Mortalité
ROR : Référentiel Opérationnel des Ressources
RPU : Résumé de Passage aux Urgences
RTU : Réseau territorial des Urgences
SAE : Statistique Annuelle des Etablissements de santé
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SAS : Service d'Accès aux Soins
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SAUPA : Service d'Accueil des Urgences Polyvalentes Adultes
SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales
SFC : Société Française de Cardiologie
SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence
SLS : Somme Littoral Sud
SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SU : Service d'Urgence

UHP : Urgences Hospitalières Psychiatriques

Introduction

Les fédérations médicales interhospitalières (FMIH) ont été créées par la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, dans un contexte où l'établissement de santé devient l'élément pivot du système de santé, et dont le pilotage est lié à l'écriture de projets institutionnels.

Créée concomitamment aux structures appelées « fédérations de service » (à l'article L.714-25 de la loi du 31 juillet 1991) dont le rôle est de favoriser les coopérations entre services ou départements (aujourd'hui pôle) au sein d'un hôpital, la FMIH a pour objet de transposer ces coopérations de services entre plusieurs établissements de santé publics. Régie depuis sa création par l'article L.6135-1 du Code de la santé publique (CSP) en ce qui concerne ses modalités de création et sa gouvernance, la FMIH bénéficie d'une absence de dispositions réglementaires d'application, lui ouvrant créativité et souplesse.

Plus précisément, une FMIH a vocation à permettre le rapprochement d'activités médicales entre plusieurs établissements d'un même territoire, le tout au travers de la définition de protocoles communs de prise en charge, et par une mutualisation de moyens techniques et humains.

Outil aujourd'hui connu de la communauté hospitalière, en témoigne la trame de convention disponible sur le site internet de la DGOS à la rubrique « Les coopérations territoriales : modalités d'accompagnement », la FMIH est devenue un véritable outil de coopération sanitaire, souvent confondu avec les notions de filière (dont l'objet principal est la gradation de l'offre de soin) et de réseau (spécifique aux urgences). Revers de la souplesse qu'elle octroie, la FMIH demeure pauvre dans sa littérature d'application et dans la diffusion de retours d'expérience (RETEX), qui permettraient d'accompagner les établissements souhaitant la mise en place de ce moyen de coopération.

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) travaille du reste, à une meilleure lisibilité des initiatives de coopération à l'échelle du territoire national, au travers de la Mission « Gouvernance des établissements de santé » établie au sein même de sa gouvernance et de la Sous-Direction de la prise en charge hospitalière et des parcours villes-hôpital. Cette mission a notamment pour objet de recenser à travers le territoire français, par le biais des Agences régionales de santé (ARS), les modalités de mise en œuvre des coopérations les plus connues : groupements hospitaliers de territoire (GHT, groupements de coopération sanitaire (GCS) et plateaux d'imagerie médicale mutualisée (PIMM). Nulle trace toutefois des FMIH, dont la création ne nécessite ni approbation de l'ARS, ni publication au journal officiel (JO).

Si les initiatives de création de FMIH concernent de nombreuses spécialités et sont éparpillées sur le territoire français, elles sont toutefois difficiles à répertorier.

Le CHU Amiens-Picardie (CHUAP) et les établissements publics de santé du GHT Somme Littoral Sud (SLS) maîtrisent l'outil, puisque quatre fédérations sont déployées depuis plusieurs années en pédiatrie et biologie, cardiologie, et médecine des détenus sur l'ensemble du territoire. Chacune des fédérations s'est développée afin de répondre à des enjeux bien spécifiques liées à l'activité de soin représentée, et à laquelle sont parties différents établissements du territoire, dont systématiquement le CHUAP. De façon générale, la création de ces FMIH répond également à des enjeux globaux : nécessité de structurer une offre de soin raréfiée au sein d'un territoire des Hauts-de-France rural d'une part, mutualisation de moyens techniques et humains et harmonisation des pratiques d'autre part.

Comme l'ensemble du territoire national, les services d'urgence (SU) des établissements parties au GHT Somme Littoral Sud, que ce soit au travers du service d'accueil des urgences (SAU), du service d'aide médicale urgente (SAMU) qui est responsable de la réception des appels d'urgence et de la coordination des interventions préhospitalières, et des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), spécialisés dans la prise en charge médicale des patients urgents, connaissent des difficultés d'accueil des patients, de fidélisation des professionnels, et de disponibilité de lits d'aval, pour ne citer qu'eux.

Ces problématiques sont principalement liées à l'augmentation continue des passages : près de 2 millions pour l'ensemble de la Région Hauts-de-France (HDF) en 2022, soit 8% de plus qu'en 2021 selon l'Observatoire régionale des urgences (ORU) Hauts-de-France. Pour le département de la Somme, il faut compter un peu plus de 191 000 passages en 2022, chiffre en augmentation de 4,8% par rapport à 2021 selon l'OR. Il convient néanmoins de noter que les SU de la Somme n'ont pas atteint le niveau d'activité de 2019. Toutefois, ce n'est pas le cas des SAU du GHT Somme Littoral Sud, dont l'activité de 2022 est bien supérieure à 2022 avec près de 189 000 passages (+ 7,3%).

Face à ce constat, d'autres enjeux émergent et sont spécifiques au sein du territoire du GHT SLS :

Ils se caractérisent premièrement par une crise des vocations, puisque la spécialité de médecine d'urgence est choisie en 38^{ème} position sur 44 possibles pour les épreuves classantes nationales (ECN) 2022 d'après la Société française de médecine d'urgence (SFMU). Des internes de médecine d'urgence interrogés dans le cadre de l'écriture du mémoire mettent en avant la pénibilité du métier, caractérisée par la quotité horaire et l'activité nocturne régulière, ainsi qu'une responsabilisation rapide et rude dans le processus de prise en charge des patients.

En second lieu, l'exercice professionnel et les perspectives de carrière des jeunes urgentistes peuvent radicalement différer selon la taille de l'établissement, ceux-ci privilégiant désormais un meilleur équilibre avec leur vie personnelle. Ces dernières années, le CHUAP a ainsi connu une fuite notable de praticiens urgentistes récemment diplômés au profit d'établissements du GHT.

La typologie du territoire peut également être mise en avant. Composé en majorité de communes rurales, et isolées de la Métropole amiénoise, une structuration claire du parcours patient est apparue fondamentale afin d'éviter les pertes de chance de survie lors d'une prise en charge urgente. Pour cela, l'ensemble de la communauté médicale doit pouvoir se former, et actualiser sa pratique. Si la nécessité de répondre à cet enjeu paraît évidente sur le papier, elle ne l'est pas toujours sur le terrain, et majoritairement dans les établissements de petite taille où l'universitarisation est moins présente.

Enfin, le CHU Amiens-Picardie accueille depuis février 2024, le nouveau service des Urgences Hospitalières Psychiatriques (UHP) de l'EPSM de la Somme en proximité immédiate des urgences adultes et pédiatriques, afin de faciliter la coordination des équipes pour établir des diagnostics différentiels. Cette inauguration représente l'opportunité de travailler à la fluidification du parcours patient au sein des services d'urgence, au moyen d'une collaboration des équipes, et de la gouvernance des établissements.

L'idée de développer la coopération des SU du GHT n'était pas neuve à date de l'initiative de création de la FMIH du territoire Somme Littoral Sud. Un réseau de prise en charge des urgences existait afin de coordonner l'activité de l'ensemble des SU de la Somme pour les patients polytraumatisés notamment. La réflexion s'est structurée au fil des années notamment par l'initiative des chefs de pôle urgences du CH d'Abbeville et du CHU Amiens-Picardie. Un état des lieux du fonctionnement des SAU du GHT fut dressé dans un premier temps, puis accompagné de propositions à la Gouvernance du GHT pour améliorer la structuration territoriale.

C'est dans ce contexte qu'une feuille de route et un comité de pilotage (COPIL) à l'échelle du territoire du GHT furent créés dès 2023, afin de discuter de la meilleure réponse à donner à ces problématiques. Le parti pris initial fut d'institutionnaliser la réflexion, tant au niveau de la gouvernance médicale et administrative, afin de définir la meilleure structure à adopter pour répondre aux enjeux définis.

Les différentes parties prenantes au projet ont défini un parcours de réflexion, en imposant de clarifier les besoins de chaque établissement, comprendre les attentes des acteurs qui souhaitent coopérer, et ensuite établir un diagnostic. La FMIH n'était par conséquent, pas une fin en soi. Elle l'est devenue, au fur et à mesure de la réflexion, une fois l'objet de la coopération cerné.

Dans ce cadre, et par le biais du suivi des échanges du COPIL visant à créer une structure juridique de coopération des services d'urgence du GHT SLS, d'une part, et l'analyse des différents entretiens menés avec la communauté hospitalière du territoire ensuite, l'objectif de ce mémoire est d'analyser en quoi la FMIH fut la structure privilégiée afin d'optimiser les moyens de coopérations des SU du GHT Somme Littoral Sud, ses avantages dans le contexte spécifique présenté, et d'établir des perspectives d'avenir, y compris à d'autres territoires.

Dès lors : **Dans quelle mesure la mise en place d'une FMIH Urgences est-elle apparue comme la réponse adéquate aux tensions touchant les services d'urgences du GHT Somme Littoral Sud, et en quoi ce modèle peut-il être diffusé si les obstacles identifiés sont franchis ?**

Dans un contexte d'implantation au sein d'un territoire aux enjeux spécifiques, également en proie aux tensions que connaissent l'ensemble des SU du territoire national, la FMIH est apparue comme le moyen privilégié de répondre à l'ensemble des problématiques identifiées (1).

Plus largement, la mise en place d'une FMIH constitue un véritable moyen de réduire les distances entre les établissements, équipes, et patients dans le cadre d'une prise en charge urgente (2), dont la généralisation à l'ensemble des SU français, si elle s'accompagne de leviers institutionnels, pourrait constituer une opportunité crédible de résolution de la crise des urgences sur le territoire national (3).

Méthodologie

Le choix de ce sujet de mémoire fut guidé par plusieurs raisons : en premier lieu, l'opportunité d'étudier concrètement la mise en œuvre d'une synergie médico-administrative au sein d'un territoire à la fois soumis à des problématiques nationales, mais aussi liées à l'historique des établissements. Ensuite, par la volonté de nourrir des perspectives d'exercice futur du métier de directeur d'hôpital (DH), au travers d'un outil à la portée institutionnelle forte.

Le cadre de l'étude se déploie au sein du GHT Somme Littoral Sud, et de l'ensemble de ses services d'urgence. Il s'étend plus largement, à l'ensemble du département de la Somme en dehors du centre hospitalier (CH) de Péronne (établissement partie du GHT Aisne Nord), et au littoral sud-ouest du Pas-de-Calais, puisque le Centre Hospitalier de Montreuil-sur-mer (CHAM) situé dans le 62, est partie au GHT SLS.

Le GHT SLS est ainsi constitué de 10 établissements, dont 6 disposent d'un SU :

- Le CHU Amiens-Picardie (disposant de l'ensemble des autorisations liées aux modalités d'exercice de l'activité d'urgence adultes, comme pédiatriques, et siège du SAMU),
- Le CH d'Abbeville,
- Le Centre Hospitalier de Montreuil sur mer (CHAM),
- Le CH de Doullens
- Le CH de Montdidier-Roye (CHIMR)

Chacun des établissements cités disposent d'un SMUR terrestre. L'établissement public de santé mentale de la Somme est quant à lui autorisé pour un service d'accueil des urgences psychiatriques. Depuis février 2024, ce service est désormais localisé au sein même des locaux du CHUAP, à proximité immédiate des urgences adultes et pédiatriques.

L'ensemble de l'offre de soins d'urgences du GHT est ainsi consultable en annexe 1 du mémoire.

Le CHUAP joue un rôle pivot pour un territoire plus vaste que celui du GHT, et s'étendant à l'ensemble du Sud des Hauts-de-France, constituant ainsi l'offre de recours pour le département de l'Oise, une grande partie de l'Aisne, ainsi que le Sud du Pas-de-Calais.

Le GHT enfin, couvre une population d'environ 630 000 habitants et implique 11 000 professionnels de santé.

L'étude de la mise en place de la FMIH Urgences au CHUAP, et plus avant, au sein du GHT SLS, entraînait de facto de nombreuses possibilités de problématiques. J'ai choisi de traiter le sujet sous un angle méthodologique, d'abord, au travers de la partie 1 qui précise ce qu'est une FMIH, et pourquoi choisir un tel outil en faveur du territoire Somme Littoral

Sud. Sous un angle métaphorique ensuite, par la question « en quoi la FMIH Urgences permet-elle de réduire les distances », tant le sujet du décloisonnement est d'actualité. Sous un angle prospectif enfin, pour mon exercice professionnel futur au sein de territoires aux enjeux nécessairement différents de celui du GHT SLS.

Il convient également de rappeler que le sujet de la FMIH urgences est traité dans ce mémoire, avant tout au travers de la synergie des services d'urgence du territoire pour la prise en charge des adultes. Les prises en charge pédiatrique et psychiatrique ne sont ainsi pas évoquées.

Cet écrit se base ensuite principalement sur le suivi des échanges institutionnels du COPIL « FMIH Urgences » mis en place au sein du GHT SLS, ainsi que par les entretiens individuels menés avec l'ensemble des acteurs de la réflexion jusqu'au déploiement : chefs d'établissement, directeur en chargeur des coopérations, en charge des affaires médicales, des affaires juridiques ainsi que médecins urgentistes et spécialistes, professionnels paramédicaux, et agents de l'ARS Hauts-de-France et Ile-de-France.

La liste des personnes interrogées est consultable en Annexe 2. Celle-ci est volontairement anonymisée, compte tenu du caractère sensible de certains témoignages fournis.

Des entretiens ont également été menés auprès de directeurs et professionnels d'établissements qui ne soient pas parties au GHT SLS, traitant de la mise en place de FMIH Urgences existantes sur le territoire national. Il s'agit avant tout d'un moyen de nourrir la partie prospective du mémoire, d'établir des parallèles, ainsi que des limites de l'analyse. Il ne s'agit donc en aucun cas d'un recueil exhaustif de données visant à établir un benchmark des structures équivalentes à celle étudiée tout au long de ces pages.

1 Dans un contexte de tensions au sein des services d'urgence du GHT Somme Littoral Sud, la mise en place d'une FMIH est apparue comme le moyen privilégié de répondre à l'ensemble des enjeux existants.

Les dernières années ont été marquées par la volonté gouvernementale de répondre à « *La crise des urgences* » (Braun, 2022). Tant l'actualité médiatique, que la littérature hospitalière ont largement couvert le sujet, aboutissant à diverses réformes relatives aux autorisations des structures d'urgences et de la tarification, sans parvenir à de réelles avancées dans le mode d'exercice des urgentistes. C'est dans ce contexte national, couplé à des enjeux spécifiques du territoire SLS, que la volonté de faire émerger une structure de coopération entre l'ensemble des SU du GHT a émergé (1.1). La FMIH est ensuite apparue comme l'outil pouvant répondre à l'ensemble des problématiques du territoire si les leviers nécessaires étaient actionnés (1.2), par la définition d'objectifs opérationnels précis (1.3).

1.1 Un contexte national de tensions couplé aux particularités locales contribuant à l'émergence d'une coopération formalisée afin de répondre à des enjeux multiples.

Les SU du GHT Somme Littoral Sud, en proie aux tensions similaires des SU nationaux (1.1.1), font également face à des difficultés liées à au contexte historique et à la typologie du territoire (1.1.2), pour lesquelles la FMIH est apparue comme une solution potentielle (1.1.3).

1.1.1 Des problématiques structurelles rencontrées au sein de l'ensemble des SU du territoire national.

Le sujet de la crise des urgences en France demeure d'actualité depuis plusieurs années, mobilisant les derniers gouvernements au travers d'initiatives tels que le Pacte de refondation des Urgences en 2019, ou plus récemment par le vote de la loi n°2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé.

Plus récemment, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), a présenté à l'occasion du Congrès Urgences 2024, les résultats de sa grande enquête nationale décennale au sein des services d'accueil des urgences de l'ensemble des établissements publics et privés français. Celle-ci révèle que 8% des 719 SAU répartis au sein de 612 établissements de santé (privés comme publics) ont totalement arrêté leur activité au moins une fois dans les trois mois précédant l'enquête. 23% ont décidé de mettre en place un accès régulé par l'obligation de contacter le SAMU afin de filtrer les venues.

Enfin, 19% des services ont admis connaître des difficultés à maintenir les plannings, et a fortiori, la permanence des soins en établissement de santé sur le territoire.

Des difficultés s'ajoutent selon la typologie des patients reçus. Alors que la part des plus de 75 ans aux urgences représente 14% du nombre de passages au niveau national d'après le panorama des observatoires régionaux des urgences de 2022, seuls 13% des SAU adultes ayant reçu au moins 120 patients au cours de la journée d'enquête réalisée par la DRESS compte au moins un gériatre.

Ensuite, les SAU du territoire français connaissent une augmentation constante et durable de leur activité : + 6,1% entre 2021 et 2022, pour les urgences adultes, et +15% pour les urgences pédiatriques. Cette pression est accrue par plusieurs facteurs : la reprise continue d'une activité « normale » après la Crise du Covid, d'une part, pendant laquelle la fréquence des passages a fortement baissé, et les difficultés à accéder à une offre de soins de ville dans de nombreux territoires en complément. Le phénomène est par ailleurs accentué dans de nombreux bassins de vie, « *aussi bien dans des milieux ruraux qu'en ville (ainsi l'Île de France est le 1er désert médical de France) pour lesquels le recours à une offre de soins primaire est soumis aux défis des délais d'accès* » (JAFFRE, 2021).

D'autre part, la montée en charge de la discipline de médecine d'urgence ces 20 dernières années, dont le point d'orgue constitue la création du Diplôme d'études spécialisées complémentaires de médecine d'urgence (DESC-MU) en 2004 sous l'impulsion du Professeur Bernard Nemitz, alors doyen de la faculté de médecine d'Amiens, n'a pas permis d'enrayer les difficultés de recrutement, et surtout de fidélisation au sein de la spécialité. La problématique ne touche pas que les médecins, mais l'ensemble de la communauté soignante exerçant aux urgences en raison de la pénibilité. La FHF précise par ailleurs dans une enquête d'avril-mai 2020 intitulée « Situation RH » que les urgences est un des six secteurs connaissant le plus de difficultés de recrutement, tout métier confondu, puisque 12% des établissements français sont concernés.

Les infrastructures et moyens techniques des SU sont également tributaires de la diminution des efforts d'investissement au sein des hôpitaux publics : le taux de vétusté des équipements des hôpitaux publics est en constante augmentation depuis 2010, comme en témoigne le graphique consultable en Annexe 3.

Jusqu'à 2020, le financement des SMUR et des SAMU était principalement garanti par des dotations qui n'avaient pas évolué depuis 2013, rendant difficile l'investissement structurel au sein des SU, et créant un biais d'attractivité en fonction du degré d'investissement choisi par l'établissement en faveur de cette activité.

Enfin, la coordination des protocoles de prise en charge urgente constitue le dernier défi majeur. Bien que le législateur ait accentué le phénomène de structuration territoriale, notamment par le biais de la création du service d'accès aux soins (SAS) en 2019, l'optimisation du parcours urgent demeure encore inégale au sein du territoire national.

Ces difficultés sont aujourd'hui connues, de tous, que ce soit la communauté hospitalière, les patients, comme les élus. Les SU du GHT SLS ne sont pas épargnés par celles-ci, à des degrés différents, des établissements de la région, ou du reste de la France. Le CHUAP a ainsi connu des difficultés à pourvoir l'ensemble de ces lignes de permanence des soins, faisant appel à des professionnels non-urgentistes. Le CH de Doullens, isolé géographiquement entre Amiens et Arras, a connu lui, des difficultés de recrutement pendant plusieurs années. L'idée de porter une réflexion sur la structuration des SAU du territoire fut un moyen de répondre à ces enjeux nationaux, auxquels des problématiques historiques internes aux établissements du GHT viennent s'ajouter.

1.1.2 Le contexte spécifique des SU du territoire Somme Littoral Sud, marqué par des contraintes managériales et une fidélisation hétérogène selon les établissements.

L'organisation des SU des établissements du GHT SLS a connu ces dernières années, des difficultés amenant à porter une réflexion sur la mise en place d'une coopération territoriale plus poussée qu'un réseau territorial des urgences (RTU).

Au sein des urgences du CHU Amiens-Picardie, a pu exister par intermittence, des difficultés à pourvoir les lignes de garde au service d'accueil des urgences polyvalentes adultes (SAUPA). La Direction des Affaires Médicales devait donc recourir, en coopération avec les autres pôles de l'établissement, au recrutement de praticiens non-urgentistes afin de garantir la bonne effectivité de ces lignes de permanence des soins (PDS). Le renfort de praticiens urgentistes des établissements parties au GHT était également déjà d'actualité. Ce phénomène s'est accentué durant la crise du COVID, accompagnée donc, d'une pérennisation fortuite d'une ligne de garde aux urgences comblée par des médecins des autres services cliniques du CHU.

Une deuxième difficulté historique compliquait la fidélisation des internes d'urgence au sein même du CHU. Celle-ci ne reposait pas sur l'enjeu de conserver ces professionnels au sein du territoire du GHT ou même du Sud des Hauts-de-France, mais bien au sein même du CHU. Des internes ainsi que des praticiens urgentistes interrogés dans le cadre de ce mémoire, provenant d'établissements hors région HDF témoignent d'une ancienne organisation des urgences à l'échelle du CHUAP peu satisfaisante, que ce soit pour

disposer de perspectives de carrières solides, et d'intégration l'une équipe en place, renouvelée quasi exclusivement par le séraïl depuis les années 80. Ainsi la possibilité pour ces jeunes professionnels de tourner au sein des 3 modalités d'exercice des SU que sont le SAUPA, la régulation, et du SMUR était quasi inexistante quelques années en arrière. Compte tenu des difficultés de fidélisation, ce modèle managérial s'est mué plus positivement avec le temps, ne permettant toute de fois pas de rompre avec la dynamique de fuite.

Le tableau ci-dessous (Figure 1) détaille pour juillet 2024, le récapitulatif des équivalents temps pleins (ETP) médecins urgentistes au sein du SAU du CHU Amiens-Picardie. Le cadre de fonctionnement de la PDES des urgences du CHU est consultable en Annexe 4, démontrant ainsi un besoin en ressources humaines constant.

Figure 1 : Les ETP médecins urgentistes au CHU Amiens-Picardie

Somme de ETP Activité moyen sur la période		
Type	Libellé statut2	Total
Séniors	PUPH	0,50
	CCA -AHU	1,00
	Praticien Hospitalier	14,55
	Intervenant par convention	1,41
	Praticien Contractuel	3,25
Total Séniors		20,72
Juniors	Interne	17,50
	Docteur Junior	7,80
	Externes	12,91
Total Juniors		38,21
Total général		58,92

Source : Direction des affaires médicales – CHU Amiens-Picardie, 2024

Parallèlement, des établissements du GHT ont mis en place une organisation faisant part belle aux nouveaux arrivants. Ainsi, un chef de pôle d'un établissement du GHT interrogé, possédant également la casquette de président de commission d'établissement, précise qu'il « *reçoit chaque nouvel arrivant souhaitant s'installer dans la région afin de lui fournir des perspectives* ». Il travaille également en collaboration avec la Mairie en poussant les élus locaux à bâtir une politique de financement des internats auprès de l'ARS. Il estime garder au sein de l'établissement, 8 internes sur 10 de cette façon.

D'autre part, il précise que « *la charge de travail se révèle différente entre le CHUAP et les établissements du GHT* ». L'activité est plus intense au CHU d'une part, et plus technique en raison de l'accès à un plateau plus fourni. L'argument principal des praticiens justifiant leur fuite vers des établissements périphériques ces dernières années, réside

principalement dans le degré d'activité du SAUPA corrélé aux effectifs présents. Sans perspective de pouvoir accéder à la régulation au CHU, une partie des effectifs s'est tournée vers le CH de Doullens ou d'Abbeville, où l'activité est moins intense, et au sein desquels ils peuvent participer régulièrement à l'ensemble des modalités d'exercice de la médecine d'urgence. Cette dynamique, si elle a donc permis à des établissements bénéficiant d'ordinaire de peu d'attractivité clinique de fidéliser, a conjointement privé une partie des urgences du CHU de ses jeunes médecins.

C'est dans ce contexte, que l'enjeu d'attractivité et de fidélisation s'est construit autour de la réflexion de structurer la filière urgences du GHT, non seulement au travers du management, mais également d'une harmonisation des pratiques, afin d'éviter toute dissension.

1.1.3 Dans un contexte de renouvellement de la gouvernance, l'émergence de la construction d'une FMIH pour répondre aux enjeux internes et territoriaux.

Pour diverses raisons historiques, la réflexion sur la structuration d'une véritable coopération entre les SU du territoire n'est demeurée qu'au stade embryonnaire jusqu'à 2023. C'est dans un contexte de renouvellement de la gouvernance du CHU Amiens-Picardie, puis des chefferies de pôle, que la création d'une FMIH fut envisagée et ensuite étudiée.

En premier lieu, le renouvellement de la gouvernance du CHUAP, a permis d'amorcer un véritable élan fédératif au sein du territoire, prônant l'idée que chaque établissement, quels que soit sa taille et ses moyens, participe à la coopération inter-établissements.

Diverses initiatives ont pu être étudiées :

- Le pôle inter établissement (PIE), qui se traduit comme une déclinaison organisationnelle du projet médico-soignant partagé (PMSP) du GHT, est un des outils créés par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Il demande toutefois de prévoir une organisation fonctionnelle de prise en charge des patients par une équipe médicale commune au sein de chacun des établissements, basé sur un projet de pôle inter-établissement. Il laisse juridiquement, moins de marge de manœuvre qu'une FMIH, au travers d'une structure plus « lourde » à construire.
- Le groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens, qui est « *l'outil juridique le plus développé au sein des coopérations sanitaires en France* » (JAFFRE, 2021). Une nouvelle fois, l'élaboration d'une telle convention constitutive requiert une forme juridique élaborée, dont l'assise ne sied pas aux enjeux d'une coopération médicale de filière.

Il convenait donc de trouver une structure juridique alliant la gouvernance administrative des futurs établissements parties, tout en laissant une marge de manœuvre importante aux équipes médicales pour répondre aux enjeux des SU du territoire.

Le projet s'est ainsi institutionnalisé, à un niveau GHT d'abord, puisque l'initiative de créer un comité de pilotage territorial s'est décidé en comité stratégique (COSTRAT) de GHT. A un niveau service ensuite, avec l'intégration à la réflexion des différents chefs de pôle, chefs de services, cadres supérieurs de santé (CSS) ou cadres de santé des différents SU, ainsi qu'un représentant de la direction qualité et des usagers. La FMIH s'est ensuite imposée comme la solution la plus pérenne pour « *assurer la cohérence de l'organisation de la médecine d'urgence public au service de la population sur le territoire Somme Littoral Sud* » selon son coordonnateur médical.

La FMIH n'était pas une fin en soi. Elle était la structure la plus à même de répondre à la fois :

- À l'enjeu de pérenniser la permanence des soins au travers de la mise en place de prestations médicales croisées,
- D'assurer une animation du réseau des SAU des établissements membres par la désignation d'un coordonnateur médical,
- Et de favoriser l'harmonisation des organisations et la gestion des moyens instaurant des normes territoriales ainsi que des actions de formation commune, notamment.

L'outil bénéficie pour cela d'une véritable souplesse : durée de vie libre, possibilité d'élargir son champ d'action par rapport à la filière du PMSP, absence de processus réglementaire d'approbation par l'ARS. Le soutien de cette dernière demeure toutefois un élément de réussite non négligeable par la suite. Dans le cas précis des SU du GHT SLS, l'ARS fut d'ailleurs en partie à l'initiative du choix de la création d'une FMIH.

Le choix d'une FMIH a ainsi pu jouer un rôle pivot dans l'élan fédérateur décrit, puisque la gouvernance repose sur un modèle participatif de l'ensemble de la communauté médicale des services d'urgences des établissements parties.

Enfin, contrairement au pôle inter-établissement, la réglementation relative à la constitution des FMIH ne fait pas peser sur l'établissement support de GHT, l'obligation de formaliser opérationnellement la structure. La FMIH est donc véritablement un outil fédératif, permettant à l'ensemble des services de coopérer sur un pied d'égalité.

Ce choix fut donc, stratégique, afin d'octroyer une nouvelle dimension à la filière urgence du territoire du GHT, mais également dans la volonté de renforcer, comme souhaitée par la gouvernance du CHU Amiens-Picardie, « *la logique de groupe public* ».

1.2 Le choix de construction d'une FMIH justifié par une étude des besoins de chaque établissement et porté par un cadre méthodologique fort.

L'élan collectif de construction de la FMIH au sein du GHT SLS consiste en premier lieu à lever les obstacles culturels qui limitent sa diffusion aux équipes médicales (1.2.1), puis à identifier les avantages bénéficiant d'une part, à chaque établissement, puis au développement du groupe public (1.2.2), et enfin, à suivre un cadre méthodologique institutionnel fort pour éviter les écueils (1.2.3).

1.2.1 Des barrières culturelles et de communication à lever afin de renforcer la crédibilité d'une FMIH Urgences au sein du territoire.

Premièrement, la réflexion visant à construire une structure juridique territoriale des urgences au sein du territoire du GHT SLS s'est développée en interrogeant le fonctionnement des FMIH déjà en place sur le territoire au profit d'autres filières.

Une difficulté émergea notamment : comme précisé dans l'introduction du mémoire, aucun moyen de recensement n'est à ce jour utilisable ni exploitable de façon fiable afin d'étudier les FMIH existantes sur le territoire national.

Celle-ci aurait pu s'atténuer par le biais de la législation : l'article R.6123-9 du CSP introduit par le décret du 26 juillet 2005, dispose qu' « un établissement de santé dont l'activité de médecine d'urgence est inférieure à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé de la santé, peut être autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1, à condition qu'il constitue une équipe commune, notamment dans le cadre d'une participation à une fédération médicale interhospitalière, ou d'un groupement de coopération sanitaire avec des établissements autorisés pour la même activité et ayant une plus forte activité. L'équipe commune mentionnée au présent article ainsi qu'à l'article R. 6123-6-1 mutualise les ressources, notamment les ressources médicales. »

Un an plus tard, l'arrêté du 12 juillet 2006 fixant lui, le seuil d'activité de médecine d'urgence mentionné à l'article R.6123-9 du CSP imposant un minimum de 8000 passages par an.

Ainsi, il y a près de 20 ans, le législateur introduisait l'obligation pour un établissement de santé dont l'activité de médecine d'urgence est inférieure à un seuil de 8 000 passages par an, de participer à une FMIH ou à un GCS afin de constituer une équipe commune avec des établissements réalisant une activité d'urgences plus importante, comme condition pour être autorisé à exercer ladite activité.

Le docteur Jean-Yves GRALL, alors conseiller général des établissements de santé au Ministère de la Santé et des Solidarités, avait d'ailleurs fourni en janvier 2007, un rapport d'évaluation du plan urgences 2004-2008 au sein duquel étaient recensés les structures potentiellement concernées par l'obligation de mutualisation de l'article R. 6123-9 du CSP. La littérature ne semble pas depuis lors, s'être adonnée à produire une liste exhaustive de l'ensemble des FMIH urgences, créées spontanément, ou du fait des obligations légales.

Cette absence de littérature est principalement dû au caractère hybride de la FMIH : un outil juridico-administratif sur la forme, et médico-administratif par essence et dans son application. Les gouvernances hospitalières peuvent ainsi ne pas se sentir suffisamment outillées pour aborder les défis de la mise en place d'une telle structure, en particulier lorsque le dialogue social est tendu, ou que la bipolarité chef d'établissement/président de la commission médicale d'établissement (PCME) connaît des remous.

La diffusion de l'outil peut également être limitée au sein du territoire national du fait de l'inertie de certains établissements. C'est d'ailleurs un argument repris par une partie des chefs de services des SU de certains établissements parties au GHT SLS lors des premiers échanges : si le fonctionnement interne d'un CHU repose sur une structure médico-administrative semblable sur la forme, celui-ci s'avère souvent bien plus lourd qu'un CH d'une taille de 300 lits. Les praticiens des établissements plus petits que le CHUAP ont ainsi nourri une crainte légitime que le CHUAP ne « *suive pas le calendrier contraint des plus petits, qui jouent parfois la survie de leur activité de soin d'urgences* ».

Enfin, les différents chefs d'établissement du GHT SLS interrogés, hors CHUAP, abordent également l'aspect de perte d'autonomie. La mise en place d'une FMIH Urgences a fait craindre la perte d'un dialogue institutionnel avec les médecins et l'ARS d'une part, ainsi qu'une perte de la maîtrise l'activité réalisée par les praticiens de l'établissement et ceux provenant du GHT au travers des tableaux de garde partagées. Ces différents obstacles culturels peuvent tout à fait être contournés, par une communication institutionnelle forte, et une méthodologie établie en amont, aspects abordés dans les deux prochaines sous-parties.

1.2.2 La construction d'une coopération portée dans un premier temps vers les avantages produits pour chaque établissement, structurée ensuite vers un bénéfice commun dans l'application.

Le choix de la mise en place d'une FMIH au sein du GHT SLS fut facilité en ce que le cadre méthodologique fourni par le COPIL relatif à la structuration d'une coopération territoriale des SU du territoire fut bien défini en amont. Le recensement des besoins de chacun, sans

distinction de statut et de taille entre établissement ou de facteur attractivité, fut réalisé, garantissant une adhésion de tous malgré des contraintes inégales.

La cartographie des besoins des SU du territoire du GHT SLS peut être synthétisée de cette façon :

- Au CHU Amiens-Picardie, l'enjeu principal se définit avant tout en termes de moyens humains. Il s'agit de fidéliser au sein même de l'établissement les jeunes praticiens, par l'instauration d'une organisation de travail plus harmonieuse et équitable. En second lieu, de systématiser la coopération lorsque les lignes de garde du SU de l'établissement ne sont pas pourvues.
- Au CH d'Abbeville, l'enjeu principal est de structurer et fluidifier le parcours patient, ainsi que de favoriser l'universitarisation des équipes médicales en leur facilitant l'accès à l'enseignement et la recherche.
- Au CHAM, l'enjeu principal est de pérenniser le service d'accueil des urgences, vital à la fois pour une partie de la population du Ponthieu et du Montreuillois tout au long de l'année, et en faveur des nombreux vacanciers lors de la saison estivale.
- La situation est relativement similaire au CHIMR et à Doullens, situés à environ 45 minutes d'Amiens, et seules offres de première recours 24/24 pour une population rurale en partie privée de transports en commun. Les établissements souhaitent pérenniser leur SU afin de réduire les inégalités d'accès aux soins, mais souffrent d'une importante perte d'activité, tant clinique que géographique.

D'emblée, les échanges ont mis en lumière l'impossibilité de solutionner la problématique de démographie médicale du territoire SLS, qui s'étend à l'ensemble de la France. La FMIH est toutefois apparue comme un moyen de créer une somme des enjeux de chacun au profit véritable projet de territoire, non seulement en faveur des patients, mais aussi de la communauté hospitalière.

L'objectif principal défini afin de créer un cadre applicatif commun, fut d'étendre la réflexion de coopération aux professionnels paramédicaux travaillant aux urgences. Un nouveau besoin fut ainsi identifié, commun à tous : l'inclusion d'une organisation paramédicale, doublée du déploiement de la pratique avancée. Le suivi des échanges lors de ce choix démontre par ailleurs une source de réflexion s'étendant au Canada, où la prise en charge urgente est graduée selon une catégorisation des services. En l'espèce, il s'agissait pour les membres du COPIL, d'inclure de façon optimale, l'ensemble des professionnels de l'urgence malgré le caractère médical de la fédération.

Cette dimension permettra par ailleurs, de répondre plus facilement aux exigences de formalisation de la convention constitutive dont l'adoption est soumise aux avis des différentes instances sociales de l'établissement.

Enfin, parmi les avantages communs à souligner, figurent l'harmonisation de la rémunération de l'ensemble des professionnels urgentistes, dans une logique de pied d'égalité entre établissement, ainsi que la possibilité de constituer un réseau de professionnels, afin d'absorber selon les besoins, le flux des patients lors de crises éventuelles.

1.2.3 Une levée d'obstacles internes pour favoriser une mise en place optimale de la FMIH Urgences.

La mise en place d'une FMIH Urgences au sein du CHU Amiens-Picardie et des établissements du GHT SLS, nécessitait une levée d'obstacles pour un fonctionnement optimal.

Sur l'aspect pédagogique et méthodologique d'abord : la FMIH se crée sur la base du volontariat, de l'établissement support de GHT d'abord, et de la gouvernance territoriale ensuite. Le directeur adjoint en charge du projet a ainsi porté une vraie foi en l'outil et le cadre méthodologique, afin de convaincre le DG de l'établissement support, en l'occurrence le CHU, du bienfondé du projet. Ce dernier prend des risques : il doit emporter l'adhésion du PCME, de la communauté médicale, des organisations syndicales, et de l'ARS.

D'autre part, la filière urgences constitue un élément substantiel du PMSP, validé par l'ARS. Par conséquent, son soutien actif à une telle restructuration joue un rôle clé dans une future allocation de ressources, et l'intégration de la structure à la stratégie régionale de santé.

En l'espèce, le directeur porteur du projet eut principalement pour rôle de fédérer la gouvernance de territoire au travers du COSTRAT GHT, ainsi que les organisations syndicales en comité social d'établissement (CSE), qui ne sont pas toujours favorables à la multiplication des coopérations visant à mutualiser les moyens. Cet aspect ne fut pas une difficulté, le projet s'inscrivant dans le renouvellement de la gouvernance au CHUAP, et de l'élan fédérateur prôné depuis plusieurs mois.

Sur l'aspect formalisation, ensuite : la FMIH est, comme la plupart des outils juridiques de coopération sanitaire, soumis à l'écriture d'une convention. La relative liberté permise par le Code de la santé publique dans son écriture constitue un obstacle de taille pour le directeur pilote du projet. C'est à son tour de fédérer la communauté médicale autour d'objectifs communs à rédiger, qui ne soient pas vides de sens, et qui appellent à l'écriture

d'un plan d'action concret. En ce sens, il doit bien veiller à écouter les besoins de chacun, et à trouver les meilleurs compromis, à la fois pour l'institution au travers de la nature des objectifs poursuivis, mais aussi pour la communauté hospitalière dans son ensemble en mesurant la portée et les conséquences des actions qui seront menées.

Ensuite, il ne doit pas tomber dans le piège de la seule concertation, comme le rappelle le tribunal administratif de Pau dans une décision du 20 avril 2023 : « *la convention [...] regroupant l'activité de médecine nucléaire en une FMIH est un acte décisoire réglementaire susceptible de recours eu égard au contenu de la convention qui a pour objet de définir l'organisation et le fonctionnement du service* ». Il convient ainsi de rappeler la nécessité de consulter l'ensemble des instances suivantes des futurs établissements parties à la convention : directoire, commission médicale d'établissement, commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, comité social d'établissement, conseil de surveillance, et enfin, comité stratégique du GHT.

Enfin, l'aspect d'universalité. La FMIH est un projet inter-établissements, qui impactera l'ensemble de la communauté hospitalière du GHT, soit 11 000 professionnels, et près de 630 000 habitants. Il a ainsi été choisi la mise en place d'une gouvernance multidisciplinaire et représentative des usagers au sein du Conseil de fédération. D'autre part, la FMIH doit pouvoir perdurer dans le temps, et son succès reposera en partie sur la capacité des différents acteurs clés à démontrer la valeur ajoutée au territoire d'un tel outil. Le pilote s'est ainsi assuré de développer avec la communauté médicale en amont de la mise en place, des outils de mesure de la performance, et de définir des indicateurs de qualité des soins, afin de démontrer que la FMIH constitue un véritable levier d'amélioration de la prise en charge urgente au sein du territoire Somme Littoral Sud.

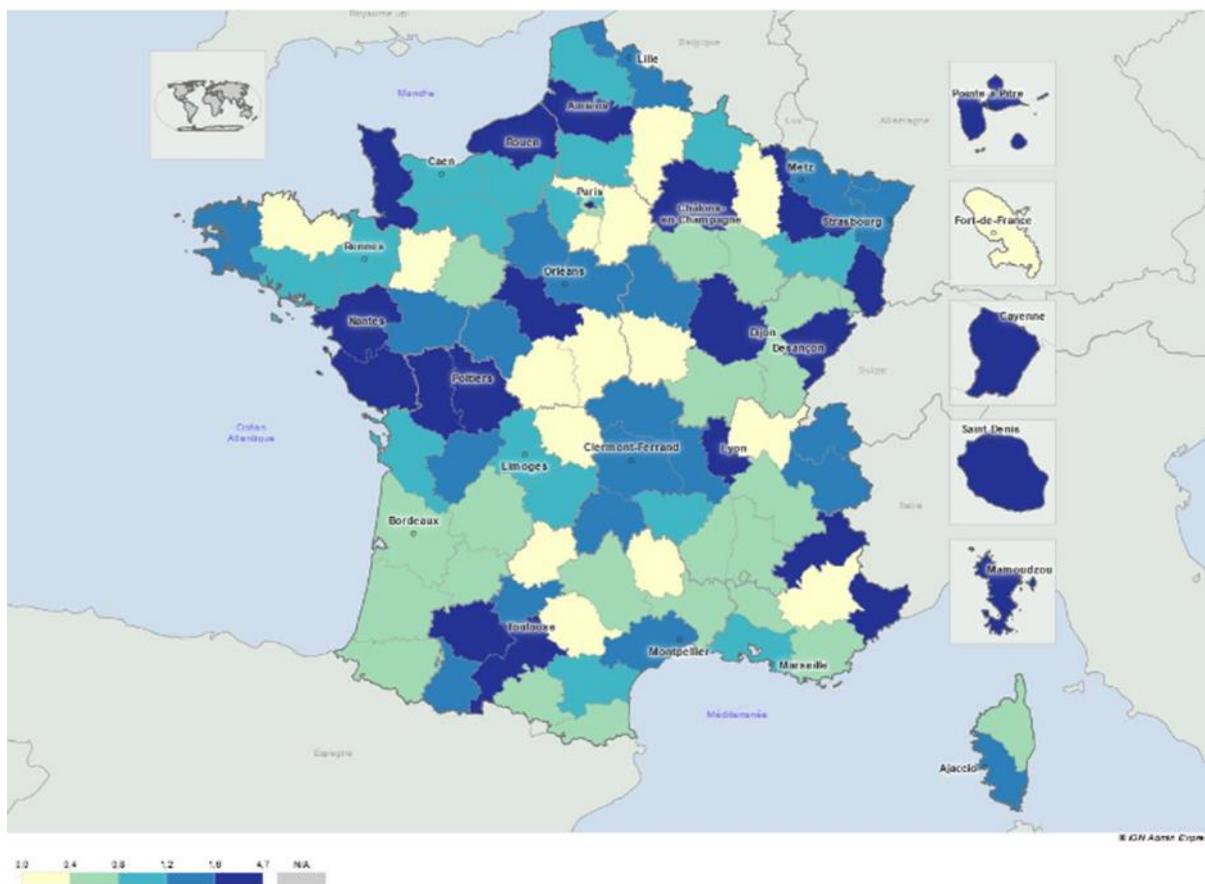
1.3 Face à des difficultés diverses, la mise en place d'une FMIH Urgences est apparue comme un levier pour résoudre la crise des urgences sur le territoire, mais aussi un facteur d'attractivité et d'harmonisation.

Au-delà des enjeux institutionnels, de stratégie, et de méthodologie, le choix de créer une FMIH afin de porter la coordination territoriale des SU du GHT SLS est mué par la volonté des acteurs de fidéliser sur l'ensemble du territoire (1.3.1), de décentraliser l'excellence (1.3.2), et d'harmoniser la prise en charge des patients (1.3.3).

1.3.1 La FMIH Urgences : une volonté de fidéliser sur le territoire Somme Littoral Sud.

La densité de praticiens en médecine d'urgence pour 100 000 habitants dans le département de la Somme est meilleure que la moyenne de l'ensemble du territoire métropolitain (Figure 2).

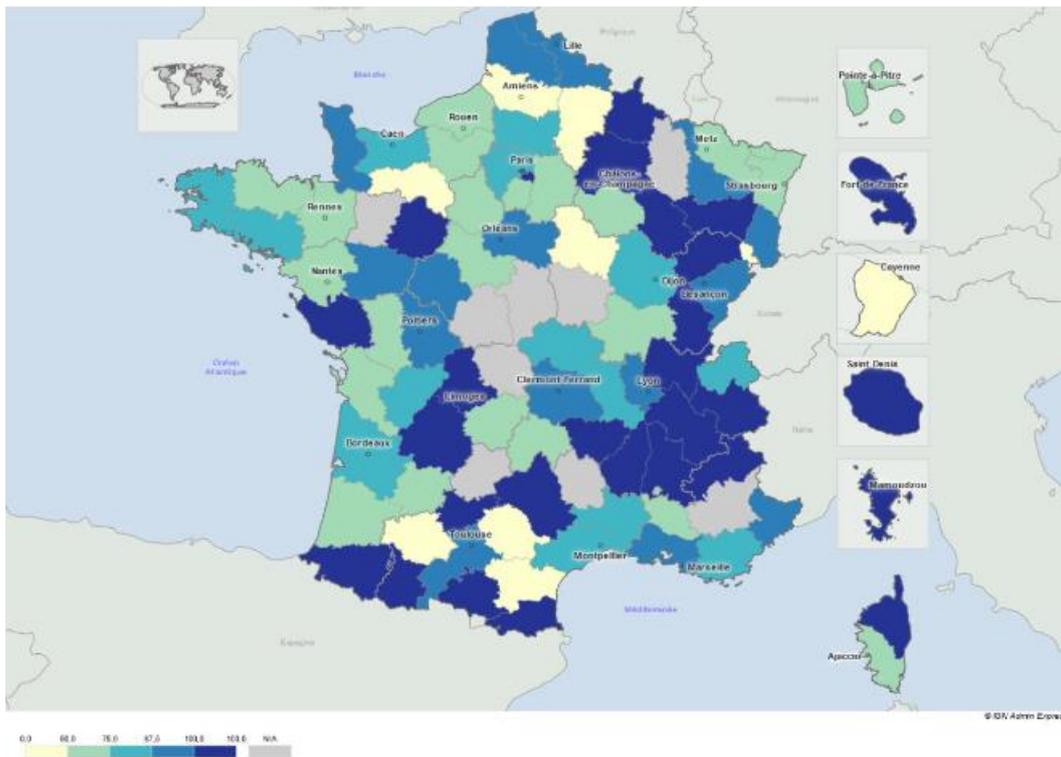
Figure 2 : Densité moyenne de praticiens urgentistes pour 100 000 habitants en France



Source : Atlas du Conseil National de l'Ordre des médecins, 2023

Pour autant, il convient d'analyser plus finement cette démographie afin de trouver la source de la problématique au sein du territoire du GHT SLS: si le département de la Somme semble à première vue, bien pourvu en praticiens, il se situe toutefois parmi les 8 départements français les moins denses en praticiens urgentistes de moins de 40 ans (Figure 3).

Figure 3 : Densité moyenne de praticiens urgentistes de -40 ans pour 100 000 habitants en France



Source : Atlas du Conseil National de l'Ordre des médecins, 2023

D'autre part, des échanges menés avec de jeunes praticiens et internes urgentistes du CHUAP mettent en avant la rupture entre le mode de vie de leurs confrères plus âgés, et leur volonté d'accorder une place à la qualité de vie de façon plus importante. C'est d'ailleurs une des revendications du rapport annuel des jeunes médecins de 2022, sous l'intitulé « *Accompagner la transformation du travail et des métiers dans le secteur hospitalier* ».

La FMIH doit permettre d'améliorer ce cadre, et surtout, de l'harmoniser. Ainsi, un jeune urgentiste au CHIMR réalise deux gardes de 24h par semaine maximum, avec une activité modérée. Avant le projet de FMIH, un jeune urgentiste au CHU était quasiment systématiquement placé sur une ligne de garde du SAUPA, ou en salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) où l'activité est forte chaque nuit. Dans un contexte d'effectifs contraints (17,5 ETP internes et 7,8 ETP docteurs juniors), avec 2 lignes de garde au SAUPA et 1 au SAUV, les jeunes urgentistes du CHU sont ainsi bien plus sollicités.

Les jeunes favorisent également un exercice mixte dans la pratique médicale : prendre du temps pour le patient (notamment par une activité plus modérée, ou par de la régulation), tout en gardant l'excellence académique pourvue par le CHU. La FMIH a ainsi pour objet

de favoriser la fidélisation des internes et docteurs juniors en leur permettant d'exercer, s'ils le souhaitent dans un centre hospitalier plus petit, tout en gardant les avantages du CHU. C'est finalement le modèle monocentrique qui est remis en cause, et que vient chambouler la FMIH du GHT SLS : le CHU se territorialise et se décentralise.

La FMIH a dès lors pour objectif d'offrir un cadre organisationnel et institutionnel territorial permettant d'améliorer les conditions de travail de la communauté des praticiens urgentistes, par une meilleure répartition des effectifs, et offrant surtout des perspectives d'échanges et d'évolution. Elle jouera nécessairement un rôle clé dans la marque employeur des établissements du GHT en offrant un cadre de travail attractif pour les professionnels formés dans l'institution, mais aussi afin d'attirer les talents au sein du groupe hospitalier public.

Un bilan à chaud peut d'ailleurs être tiré en juillet 2024 : les jeunes praticiens urgentistes interrogés quelques jours après la formalisation officielle de la FMIH témoignent de l'engouement en répondant que 6 des 13 docteurs juniors urgentistes du GHT souhaitent rester sur le territoire, contre 0 avant-projet. Au sein de la promotion suivante, c'est 10 docteurs juniors qui souhaitent rester ancrés au sein du territoire SLS.

1.3.2 La FMIH Urgences : une volonté de décentraliser l'excellence portée par le CHUAP.

Qu'est-ce que l'excellence ? Excellence dans le travail, excellence académique ou excellence opérationnelle ? Le Dictionnaire Larousse la définit comme « *quelque chose qualifiée d'un degré éminent de qualité* ».

Si la sociologue canadienne Michelle Lamont tente de définir l'excellence au prisme du système américain dans son ouvrage « *How Professors think. Inside the curious World of Academic Judgment* », elle en conclue surtout que chaque état ou culture, dispose de son modèle d'excellence.

Dans le cas de la FMIH Urgences du SLS, l'excellence hospitalière est portée par les 3 missions primaires d'un CHU : soins, enseignement et recherche. Ce triptyque permet ainsi de garantir la qualité de la formation des professionnels hospitaliers, leur capacité à maîtriser l'art du soin, et la possibilité d'innover.

Le modèle hospitalier français repose ainsi avant tout sur une excellence patient. Celle-ci a vocation à « *regrouper l'ensemble des procédures et outils qui visent à obtenir des gains de qualité pour le patient en impliquant les équipes* » (Henry, 2016).

La création d'une FMIH urgences s'inscrit ainsi dans une volonté institutionnelle de décentraliser le bénéfice des missions du CHU, qui représente l'excellence hospitalière, et garantir ainsi une meilleure équité dans l'accès à des soins de qualité.

Cette volonté concorde également avec la volonté de fidéliser les jeunes praticiens sur le territoire. Les vingt dernières années ont poussé les gouvernements à réduire quantitativement l'offre hospitalière des territoires, afin de garantir sa qualité au sein de véritables campus hospitaliers. Les établissements de taille plus modestes ont ainsi connu des difficultés d'attractivité clinique, peinant à attirer une communauté médicale cherchant constamment à se perfectionner et à demeurer en contact avec leurs confrères hospitalo-universitaires.

Enfin, décentraliser porte l'objectif de faciliter l'accès aux équipements de pointe pour l'ensemble des établissements du GHT, améliorant ainsi l'exercice des praticiens urgentistes au sein des sites périphériques, et garantissant aux patients une expertise et un gain de temps s'il doit être transféré au CHUAP. La FMIH permet dès lors de structurer la réponse urgente sur le territoire, en maximisant les chances de survie du patient par le biais d'un dialogue entre la FMIH, et les autres services cliniques disposant d'un matériel adéquat pour la suite du parcours.

1.3.3 La FMIH Urgences : une volonté d'harmonisation des prises en charge sur le territoire.

La mise en place de la FMIH Urgences au sein du GHT SLS s'inscrit également dans une démarche globale d'harmonisation de la prise en charge des patients sur l'ensemble du territoire. Cette volonté d'harmonisation répond à un double objectif d'améliorer la qualité des soins en garantissant à tous une équité de traitement, et un accès à une offre de soins de pointe selon la logique de décentralisation de l'excellence. Cette volonté répond à plusieurs enjeux :

En premier lieu, rapprocher les soignants et médicaux avec un axe qualité et sécurité des soins, important pour le bon fonctionnement des urgences et de la prise en charge en aval.

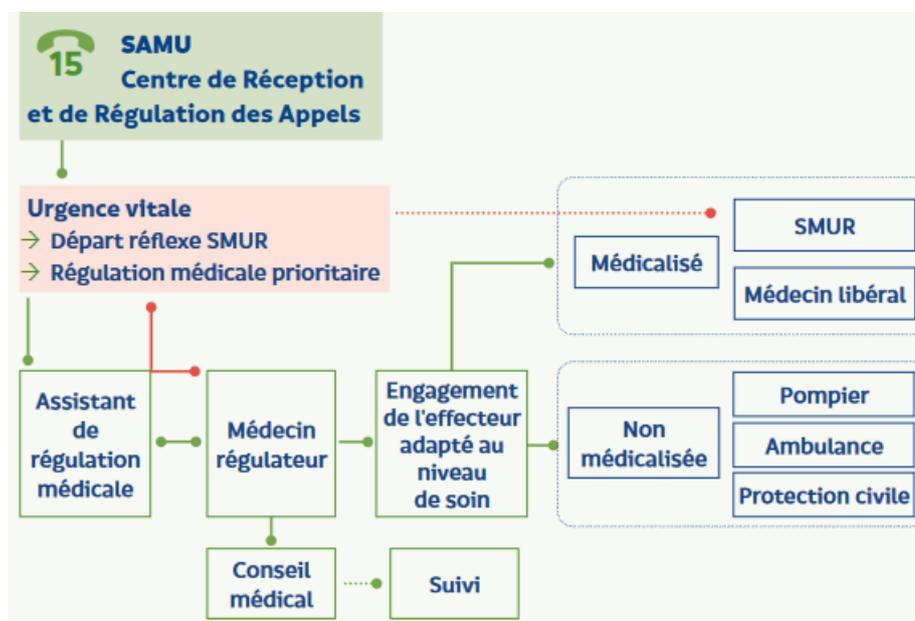
La FMIH permettra ainsi d'organiser territorialement :

- L'admission directe en urgence dans les unités spécialisées,
- La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (SSE),
- La gestion des lits d'hospitalisation en aval des urgences.

D'autre part, les actions mises en place au travers de la FMIH vont permettre de travailler à sécuriser la régulation médicale des appels à travers l'ensemble du GHT SLS , comme

le préconise ci-dessous le référentiel de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) relatif à l'évaluation de la prise en charge des urgences SAMU, SMUR et soins critiques (Figure 4) :

Figure 4 : La sécurisation de la régulation médicale des appels



Source : Référentiel de certification, HAS, 2020

Cette harmonisation sera accompagnée par le renforcement de la formation continue non seulement des médecins, mais des professionnels paramédicaux travaillant aux urgences, en vue de mettre en place des pratiques standardisées.

Ensuite, la volonté d'harmonisation vise à garantir l'équité d'accès et de traitement des patients, en contribuant à améliorer la fluidité des parcours et réduire les risques. Au sein du territoire du GHT SLS, un patient pris en charge au CHAM sera transféré en 55 minutes par voie routière jusqu'au CHUAP, 30 minutes par voie aérienne. La FMIH a vocation à structurer une gradation des lieux de prise en charge et éviter ainsi des transferts en favorisant les admissions directes sur le lieu adéquat.

Elle contribuera également à harmoniser les pratiques professionnels, et les protocoles en facilitant les temps de RETEX, et la partage des revues de morbidité et mortalité (RMM). Chaque équipe au sein de chaque établissement a pu développer, en fonction de leurs ressources et des contextes locaux, des pratiques spécifiques. Un praticien exerçant au CHIMR témoigne ainsi d'une « *dimension sociale exacerbée au sein du SU de l'établissement en comparaison de celui d'Amiens, en raison de la venue de patients du Santerre, territoire au taux de pauvreté plus important que dans le reste de la Somme* ».

Un autre aspect de l'harmonisation des pratiques passe par la standardisation des outils numériques, en facilitant la gestion des dossiers patients, et l'interopérabilité des systèmes d'information médicaux.

Enfin, la volonté d'harmoniser les prises en charge permettra de prolonger la notion de filière au travers de la FMIH, en identifiant des pathologies spécifiques : fonctionnement de la filière AVC, de la filière traumatisés sévères, ou encore de la filière risques de thrombectomies, au sein même de la Fédération.

2 Plus largement, la mise en place d'une FMIH apparaît comme un véritable moyen de réduire les distances entre les établissements, équipes, et patients dans le cadre d'une prise en charge urgente. Pour quels bénéfices ?

L'élaboration de la convention de la FMIH Urgences du GHT SLS a permis d'identifier neuf axes de coopération dont l'analyse permet de tirer des enseignements : la structuration de la filière Urgences du territoire en FMIH est un facteur de réduction de distances dans le cadre de la prise en charge des patients (2.1). Par le biais de sa gouvernance, la Fédération constitue un véritable levier de réduction des distances entre les équipes médicales, mais aussi soignantes aux urgences (2.2). Enfin, son caractère fédérateur assure de pouvoir renforcer le groupe public de territoire et réduire ainsi les distances entre établissements liées aux enjeux de pouvoir (2.3).

2.1 La FMIH Urgences au service de la réduction des distances pour les patients par le biais de la territorialisation et l'harmonisation des pratiques.

Au travers de diverses actions de coopération détaillées ci-dessous, la FMIH Urgences devient un facteur de réduction de la distance géographique en faveur des patients (2.1.1), favorise l'harmonisation des modalités de prise en charge sur le territoire (2.1.2), alimentant ainsi la qualité des soins dans les premières 24 heures au sein du GHT SLS (2.1.3).

2.1.1 La FMIH urgences, facteur de réduction des distances géographiques par l'optimisation des trajets du parcours patient.

Le territoire du GHT SLS est marqué par sa ruralité et parcouru par un réseau de transports moins dense que dans le Nord de la Région HDF. Cette typologie de territoire engendre des défis liés à la distance géographique, qui peuvent allonger les délais d'intervention en cas d'urgence. Cette situation est d'autant plus critique lorsqu'elle concerne les pathologies de l'urgence tels que infarctus, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), ou les traumatismes graves. Ainsi, le risque de perte de chance d'un patient de bénéficier d'un niveau de soins équivalent à la population résidant à proximité d'un établissement de santé disposant d'un plateau technique suffisant, est synonyme d'inégalité dans l'accès aux soins.

Une forte hétérogénéité est présente dans le GHT d'un point de vue du profil des patients, mais aussi de l'activité des urgences enregistrée. L'âge moyen des patients accueillis au sein des SU du GHT SLS est ainsi le plus élevé (40,3 ans) de la région selon l'ORU. De même, la part des + de 75 ans accueillie dans ces services est la plus importante, à hauteur de 15,7% de l'ensemble des passages pour 2022, contre une moyenne régionale à 12%.

Ensuite, la part d'arrivée avec un moyen personnel se situe à 66% au sein du GHT. L'enjeu est clair : un nombre important de personnes âgées se rendent aux urgences sur le territoire par leur propre moyen de transport, augmentant ainsi les risques en amont de leur prise en charge. L'enjeu est donc de déterminer rapidement ce lieu de prise en charge, augmenter au maximum les chances d'une prise en charge adéquate des patients, et réduire le taux de transfert.

Le graphique ci-dessous (Figure 5) illustre bien la problématique du territoire SLS : l'activité du SAMU départemental de la Somme implique des interventions nécessitant un transport par hélicoptère ou inter-hospitalier plus important que les autres départements de la région Hauts-de-France.

Figure 5 : Activité des SAMU de la région Hauts-de-France

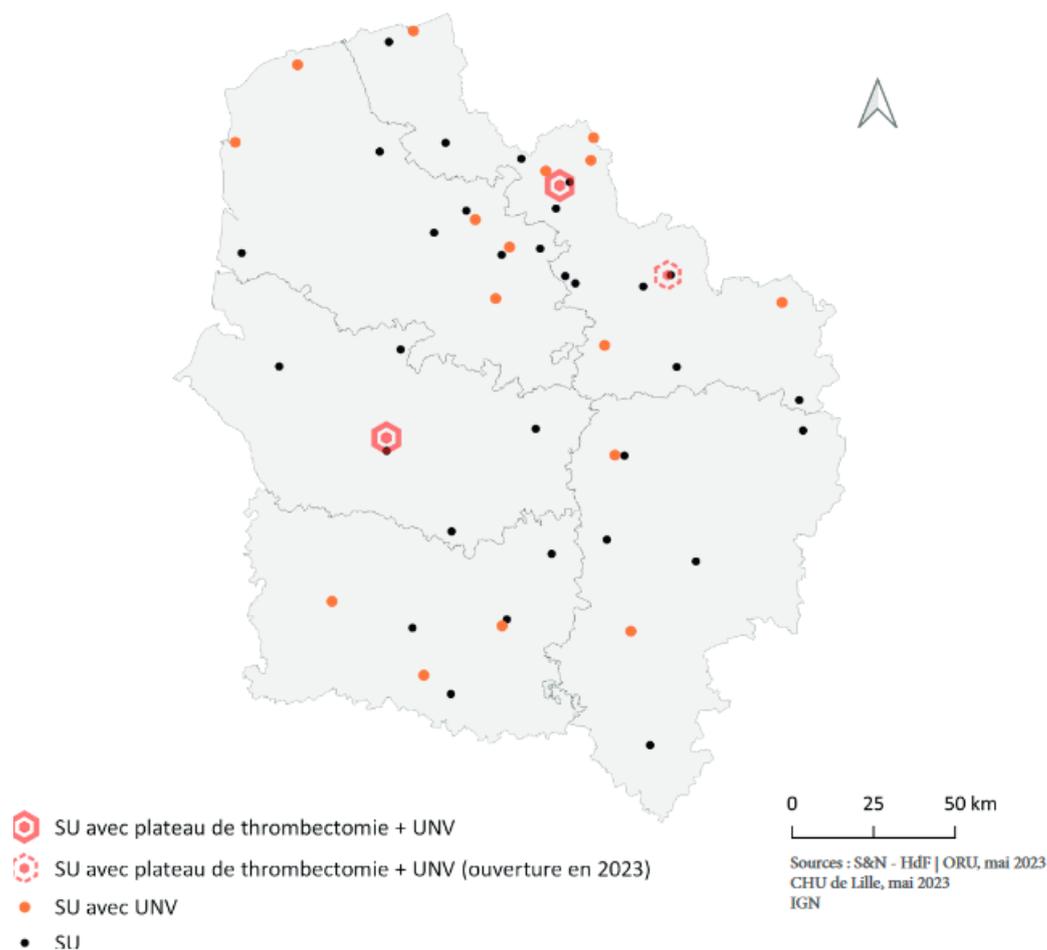
	AISNE	NORD	OISE	PdC	SOMME
PRIMAIRE	4 357	22 646	9 412	15 599	7 374
DONT PRIMAIRE HELI ¹	75	113	Données indisponibles	116	353
SECONDAIRE	1 260	7 544	1 686	4 454	3 704
DONT SECONDAIRE HELI ¹	335	538	Données indisponibles	455	1 077
DONT TIIH ²	333	Données indisponibles	677	1 566	1 663
TOTAL	5 617	30 190	11 098	20 053	11 078

Données transmises par les SAMU de la région
¹ HELI : Transport par hélicoptère | ² TIIH : Transport infirmier interhospitalier

Source : Panorama de l'activité des structures d'urgence, ORU HDF, 2022

La FMIH Urgences visera ainsi à structurer et graduer fonctionnement les prises en charge, par exemple pour la prise en charge neuro-vasculaire. L'ensemble des SU du GHT SLS sont situés à environ 50 km du CHU Amiens-Picardie, hormis le CHAM (95km). Seul le CHU dispose d'une unité neuro-vasculaire et d'un plateau de thrombectomie (Figure 6).

Figure 6 : Cartographie des ES des HDF disposant d'unités neuro-vasculaires et d'un SU



Source : Panorama de l'activité des structures d'urgence, ORU HDF, 2022

La FMIH permettra la rédaction d'un protocole de prise en charge harmonisé à l'échelle du territoire, précisant l'importance de bien orienter le patient dès le premier appel. Cette prise en charge par les secours est cruciale puisqu'un passage au sein d'un SU autre que celui du CHUAP constituera peut-être une perte de chance dans le cadre d'un AVC. La FMIH vise dès lors à bien orienter et réduire des temps d'attente, ou des distances dès le diagnostic. Des parcours existaient déjà sous forme de filières, créés de façon naturelle avec la pratique : une victime d'infarctus dans le rayon du CHIMR ne transite plus par l'établissement et se rend directement au CHUAP.

Enfin, la FMIH permettra de travailler à une meilleure répartition des lignes de permanence des soins sur l'ensemble du territoire, par l'élaboration d'un seuil de déclenchement des plages additionnelles de PDS, y compris dans les établissements les plus éloignés.

La FMIH Urgences du GHT SLS dispose dès lors de véritables moyens visant à réduire les inégalités d'accès aux soins, et d'optimiser le parcours patient dans une logique de réduction de la distance géographique.

2.1.2 La réduction de la distance fonctionnelle : harmoniser les protocoles et les processus de prise en charge.

Les SU, premières lignes du soin hospitalier, doivent faire face au à un enjeu de transformation des hôpitaux selon leur taille : un décloisonnement des activités fortement encouragé au sein des établissements de taille moyenne, face à un fonctionnement pyramidal et une surspécialisation de l'ensemble des disciplines au sein des plus grandes structures comme le CHUAP.

La FMIH est une tentative de permettre aux urgentistes de se centrer sur leur expertise : les 24 premières heures de la prise en charge des patients, et de fluidifier ainsi son organisation interne. La Fédération va dès lors permettre d'harmoniser la pratique chez les urgentistes : alors que les années 90 ont été marquées par leur volonté de pratiquer une médecine générale de catastrophe sur le temps long, la doctrine a recentré leur expertise aux premières heures d'arrivée jusqu'à J+1. La FMIH accentue ce virage en favorisant la formation des spécialistes à cette expertise des premières 24h, et celle des urgentistes à la prise en charge d'aval afin de créer un véritable parcours patient.

Cette harmonisation fut l'un des premiers points de développement de la FMIH du GHT SLS, tant elle porte le caractère essentiel de garantie d'une cohérence dans les soins fournis.

Au-delà des protocoles cliniques, il existe des protocoles de coopération à mettre en place au travers de la FMIH, véritable opportunité de gain de temps pour les SAU. Créés en 2009 par l'article 51 de loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST) les protocoles de coopération permettent un transfert d'activités, d'actes de soins ou de prévention entre professionnels médicaux et paramédicaux. Ces protocoles sont autorisés nationalement, et les professionnels volontaires se déclarent via une plateforme de démarche simplifiée.

Il existe aujourd'hui 3 protocoles pour les SAU :

- Evaluation du bilan radiologique requis et sa demande anticipée par l'infirmier(e) organisateur(trice) de l'accueil (IOA), en lieu et place du médecin, pour les patients se présentant avec un traumatisme de membre,
- Réalisation de sutures de plaies simples par un infirmier en lieu et place d'un médecin,
- Réalisation d'échoguidage pour la ponction veineuse ou pose de voie veineuse périphérique au niveau du membre supérieur ou pour la ponction radiale artérielle par un(e) infirmier(e) en lieu et place d'un médecin dans l'ensemble des services médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) notamment en structure d'urgence.

En inscrivant ainsi dans les axes de coopération de telles modalités d'intervention des professionnels paramédicaux, et le développement de la pratique avancée paramédicale, la FMIH permet de développer les initiatives auprès de l'ARS, notamment pour répondre à divers appels à manifestation d'intérêt (AMI) tel que « prescription initiale par l'IPA ».

La FMIH va également renforcer un axe important de la filière urgences : l'utilisation des outils numériques pour la gestion des flux de patients, en généralisant à l'ensemble des SU du GHT, les applications de parcours prédictif du patient, mais également d'aide à la qualification des appels. Cette gestion commune des outils numériques permet ensuite de renforcer l'effort d'autoévaluation dans le cadre de la maîtrise des risques et d'instaurer une dynamique d'amélioration. C'est le cas par exemple de l'application ResUrgences, dont l'interface permet de gérer à la fois l'accueil du patient jusqu'à sa sortie, en générant ensuite automatiquement un résumé de passage aux urgences (RPU). A terme, l'objectif est de bénéficier d'un tableau de bord uniformisé au sein de tout le territoire du GHT SLS.

Enfin, la FMIH poursuit également un véritable objectif de suivi structurel des protocoles cliniques et de coopération. Elle formalise des réunions régulières de suivi des processus de validation et de révision continue, garantissant ainsi leur pertinence et leur adaptation aux évolutions médicales et aux spécificités locales. La communauté médicale et paramédicale travaille ainsi à continuellement construire une gradation des soins permettant d'identifier les capacités des services d'urgence.

L'harmonisation des protocoles au sein de la FMIH Urgences est directement liée à cette gradation des soins. En définissant des standards communs tout en respectant les spécificités de chaque service, la FMIH crée un réseau de soins où chaque maillon, bien que distinct, s'intègre parfaitement dans l'ensemble. Cela permet d'éviter les redondances, de réduire les délais de prise en charge, et d'assurer que les patients reçoivent les soins

les plus adaptés dès le début de leur parcours. En conclusion, la FMIH réduit les distances fonctionnelles par un travail collectif au service de l'efficience.

2.1.3 Faciliter le développement de la qualité interhospitalière et des coopérations avec la ville : réduire les distances organisationnelles.

L'aspect de distance organisationnelle revêt plusieurs angles, qui peuvent ralentir la fluidité des coopérations au sein des urgences du GHT SLS entre les médecins, les soignants, et l'ensemble des professionnels de santé, intervenants extérieurs compris.

L'organisation des SU repose sur des référentiels nationaux techniques tels que les recommandations concernant la mise en place, gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une SAUV de 2003, mais aussi des recommandations sociales comme « *Être et durer en médecine d'urgence, guide la qualité au travail* » qui se veut un guide de la qualité de vie au travail des professionnels des SU, en date de 2023. C'est ainsi que dans le cadre du référentiel national existant d'organisation minimale des structures d'urgence, la FMIH du GHT SLS fixe comme objectif de décliner un référentiel minimal partagé entre les différentes structures d'urgence du GHT pour :

- Définir les normes en ressources humaines (médicale / paramédicale) nécessaires à la prise en charge du flux et type de patients se présentant aux urgences,
- Définir les normes architecturales adaptées.

Ensuite, afin d'objectiver le bon fonctionnement global du service rendu à la population par la FMIH, il a été convenu d'adopter une stratégie commune de préparation à la procédure de certification.

Cette dernière intègre obligatoirement les structures d'urgence. Les différentes structures d'urgence du GHT SLS que sont les SAU, le SAMU et les SMUR alimentent ainsi le référentiel opérationnel des ressources (ROR) en continu afin de répondre à l'exigence de connaissance de l'offre de soins du territoire. D'autre part, la FMIH renforce les prérogatives des cellules de bed manager assurant la coordination des lits des établissements, et assure la pérennisation d'un poste de coordonnateur GHT des cellules de chaque établissement, facilitant ainsi la connaissance réciproque des lits disponibles du territoire.

Si la Chambre régionale des comptes de Pays de la Loire rappelle que le fonctionnement des urgences et la prise en charge des soins non programmés « *constituent l'un des vingt critères prioritaires pour la certification des établissements, ce ne sont pas ces services qui concentrent la majorité des réserves émises. [...] Le plus souvent, ces dernières sont formulées en raison de problèmes de disponibilité des ressources humaines ou de conformité des locaux* » (Chambre régionale des comptes de Pays de la Loire, 2017).

La FMIH aura pour autant vocation à renforcer de façon croissante cet aspect qualité, aussi garant de la satisfaction des patients.

La FMIH fait également le lien organisationnel entre deux mondes : la ville et le service de spécialité de l'hôpital. Selon un médecin généraliste interrogé réalisant des gardes en régulation du CHUAP, « *en structurant le dialogue avec les maisons médicales de garde (MMG) au sein du territoire, la Fédération permet de valoriser l'expertise de chacun : « tu es capable de diagnostiquer, mais tu n'as pas les moyens, alors nous allons t'aider ».*

Il traite pour cela d'un exemple clinique : les douleurs thoraciques. La littérature médicale (recommandation de bonne pratique de la HAS) admet que techniquement, un praticien dispose d'environ 90 minutes pour déboucher une coronaire avant sa nécrose, et donner ainsi une chance de survie non négligeable au patient. Il ajoute que des études ont mis au jour qu'une majorité de patients prenaient leur véhicule personnel jusqu'au médecin généraliste, ne disposant pas du plateau technique nécessaire. C'est pourquoi les années 90 ont ainsi été le témoin d'une grande vague de communication titrant « *le cœur est un muscle, faites le 15. C'est le début des filières* », ajoute-t-il.

Avec le temps, ce sont de véritables barrières organisationnelles qui furent abattues : en atteste la coopération clinique entre cardiologues et urgentistes au sujet de la thrombolysation, aujourd'hui systématiquement réalisée par les urgentistes dès que le geste est nécessaire.

La FMIH va permettre de fédérer la communauté médicale et paramédicale autour de ces enjeux d'organisation communs, notamment de qualité et de gestion des risques. L'implication des chefs de service et des cadres de santé fut essentielle lors du COPIL pour identifier ces barrières organisationnelles existantes, telles que les différences dans les modes de fonctionnement, et les réticences au changement. Enfin, le conseil de fédération joue un rôle fondamental en veillant à l'harmonisation des pratiques et à la coordination des efforts entre les différents services. Le coordinateur médical, quant à lui, se mue en pilote des initiatives portées, tout en supervisant la mise en œuvre des procédures à l'échelon territorial.

2.2 La FMIH Urgences, vecteur de l'allègement des distances entre les équipes au profit de l'attractivité et la fidélisation.

Argument majeur de la fidélisation des praticiens urgentistes sur le territoire porté par la FMIH, l'harmonisation des rémunérations lors d'un exercice territorial partagé (2.2.1), constitue avec l'objectif d'universitarisation des établissements périphériques (2.2.2), les moyens de favoriser la cohérence médicale et le rapprochement des équipes (2.2.3).

2.2.1 L'harmonisation des rémunérations couplée à l'exercice territorialisé des médecins urgentistes : vecteur d'attractivité.

Les praticiens exerçant au sein des établissements publics de santé sont des agents publics. Leurs éléments de rémunération sont donc fixés par voie réglementaire qui sont l'objet de publication au JO.

La rémunération varie ensuite en fonction des statuts, des gardes et astreintes effectuées, ainsi que des différentes indemnités et primes liées aux modalités d'exercice.

Les urgentistes du GHT SLS souhaitaient en premier lieu travailler à harmoniser l'ensemble des rémunérations sur la base de la réglementation en vigueur, menant à une équité parfaite au sein du GHT. La convention constitutive de la FMIH prévoit ainsi que les modalités de rémunération des urgentistes du GHT SLS soient discutées par le conseil de la fédération, puis formalisées au travers d'une charte dédiée.

Pour comprendre cet enjeu, il convient d'expliquer la situation : sur la base du volontariat, des praticiens pouvaient effectuer des périodes de travail dans un autre SU du GHT. D'une part, les émoluments sont différents en fonction d'un chef de clinique assistant et d'un assistant spécialiste ou d'un praticien hospitalier. D'autre part, le premier touche ainsi une rémunération universitaire, ainsi que des indemnités liées aux gardes plus élevées que les deux autres. Compte tenu du contexte managérial des urgences du CHUAP, certains praticiens des établissements du GHT réalisaient dès lors des périodes de travail, sous la forme de contrats courts, dans les établissements en difficulté. Ils bénéficiaient ainsi d'une rémunération plus attractive, créant une disparité sur le territoire.

Avec la FMIH, un médecin urgentiste du CHUAP qui souhaiterait disposer d'un temps partagé au sein d'un autre établissement du GHT devra demander l'avis de son chef de service et de pôle ainsi que celui du chef de service et de pôle de l'établissement d'accueil avant la mise en place d'une convention entre les 2 établissements.

Pour les statuts de jeunes universitaires, l'avis de la commission « post internat » est également nécessaire. La rémunération sera identique à celle d'un praticien exerçant à

100% du temps au CHU, proratisée (même échelon proposé/ même motif de contrat), à laquelle s'ajoutera la proposition de bénéficier de la prime d'exercice territorial puisque l'ensemble des autres SU sont distants d'au moins 20 km de celui du CHUAP (condition si ne qua none pour en bénéficier selon la réglementation).

La FMIH favorise la réduction des distances entre les équipes, en ce qu'elle favorise précisément l'égalité de traitement au travers de la rémunération, et la possibilité systématique de réaliser des temps partagés si le praticien le souhaite.

Certains établissements vont plus loin comme le souligne de nouveau la Chambre régionale des comptes de Pays de la Loire : ainsi le CHU de Nantes, « *recrute des médecins urgentistes en sureffectif qu'il affecte au budget G du GHT. Ces recrutements sont identifiés et l'équivalent temps plein est mis à disposition des établissements du GHT en sous-effectif par le GHT. [...]*

Cette organisation permet de mutualiser les postes de médecins tout en leur offrant l'avantage d'un exercice multisite, compensé par la prime d'exercice territorial pour exercice partagé, prévue par le décret n° 2017-317 du 14 mars 2017. Désormais, ces praticiens ont aussi la possibilité de bénéficier en sus de la prime de solidarité territoriale, dans le cadre du dispositif du même nom prévu à l'article R.6152-4-1 du CSP, dès lors qu'ils exercent leur activité au-delà de leurs obligations de service » (Chambres régionale des Comptes de Pays de la Loire, 2017).

Le rapprochement des rémunérations et des modalités d'exercice contribue nécessairement à renforcer l'attractivité du territoire pour les médecins urgentistes. La FMIH garantit ainsi une rémunération compétitive et homogène, répondant positivement aux contraintes des SAU en tension du fait des difficultés de recrutement de praticiens qualifiés. Les praticiens interrogés soulignent par ailleurs « *un sentiment de justice et d'équité* », créant un climat de travail serein.

Les prestations médicales croisées offrent quant à elles aux médecins l'opportunité de diversifier leur expérience professionnelle, d'élargir leurs compétences, et de renforcer leurs liens avec leurs confrères des autres établissements. Cette mobilité intra-territoriale est un facteur de dynamisme et d'enrichissement professionnel, qui contribue à renforcer l'attractivité des postes au sein du GHT.

2.2.2 La FMIH au service de l'universitarisation du territoire : vers une excellence partagée et accessible.

Les trois missions essentielles d'un CHU reposent sur les soins, l'enseignement et la recherche.

L'universitarisation peut être définie comme l'identification de lieux de transmission des savoirs d'un secteur professionnel sont absorbés par le modèle de l'université. Plus spécifiquement au monde de la santé, il s'agit de la volonté d'intégration progressive des métiers médicaux et paramédicaux dans l'université, par le biais de mesures de réduction des inégalités d'accès à la recherche.

Chantier national lancé en 2009, l'universitarisation professions de santé a connu une accélération par le biais du rapport de Stéphane Le Bouler en 2018, relatif à la Mission ministérielle « Universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique », notamment par la mise en avant de la dimension territoriale de l'universitarisation comme moteur de la maîtrise des enjeux partagés autour de l'innovation, et du processus d'intégration des structures hospitalières et des étudiants à l'Université.

Dans le cas du GHT SLS, ce processus d'universitarisation prend tout autant une dimension médicale que paramédicale. L'axe poursuivi se matérialise par la création d'une entité fusionnée de recherche territoriale en lien avec le centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU), ainsi que le maintien de liens forts avec Simusanté (le centre de simulation présent sur le site du CHUAP), le collège de médecine d'urgence de Picardie, la Fédération hospitalo-universitaire de médecine d'urgence et la Société française de médecine d'urgence. L'accès à des formations opérationnelles à Simusanté telles que la réactualisation de l'Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence ou les SimuTrauma formant à la prise en charge de patients traumatisés grave au SAUV, sont facilités pour l'ensemble des professionnels du GHT, via des créneaux dédiés.

Ensuite, la FMIH doit faciliter la délocalisation de la formation des futurs praticiens urgentistes, et ce par la création de modules dédiés, dès le parcours d'accès spécifiques santé (PASS) ou la licence accès santé (LAS). Au cours de l'externat et l'internat, le parcours de formation sera territorialisé. Des partenariats avec les collectivités territoriales sont par ailleurs en construction, notamment pour financer les revenus liés à l'exercice universitaire des praticiens qui se déplaceraient dans les établissements périphériques pour enseigner. D'autre part, les praticiens urgentistes universitaires encadreront un nombre de thèses d'exercice au nom de la FMIH. Cela offrira l'opportunité à de jeunes urgentistes du territoire de s'engager dans des projets de recherche tout en poursuivant leur pratique clinique.

Enfin, la recherche constitue un axe prioritaire de développement de la FMIH. Les protocoles de recherche clinique médicaux et paramédicaux seront facilités pour les professionnels qui n'exercent pas au CHUAP. Pour cela, la convention prévoit une mise à disposition d'unités de recherche selon un cahier des charges dédié.

Par ailleurs, l'échange de données sera désormais multicentrique et non concentré sur le CHU. Cet objectif est non négligeable dans l'aspect de fidélisation des praticiens qui retrouvent ainsi les avantages d'un staff universitaire en dehors du CHU. Les docteurs juniors interrogés sont friands du « *regard des universitaires* », notamment pour bénéficier d'explications à des défauts dans les prises en charge.

La recherche multidisciplinaire se développant, les praticiens universitaires s'attendent à ce que la complète responsabilité de celle-ci soit tenue par les universités, en occultant les CHU. Il faut en effet des physiciens et des chimistes par exemple, pour exécuter les protocoles de recherche, avec des financements crédibles, ce que les universités sont plus à même d'obtenir de façon structurelle.

C'est pour cette raison que le Conseil de fédération intègre des professionnels de tous les horizons et tous les niveaux, et notamment des universitaires.

L'axe d'universitarisation répond nécessairement à l'enjeu de réduction des distances entre les équipes. Elle aborde aussi, avec un regard sociologique non négligeable sur le territoire du GHT SLS, le défi de concilier l'excellence académique et la nécessité de répondre aux besoins de santé dans les zones rurales. Si traditionnellement, les médecins se forment au sein des CHU, où les opportunités de recherche et d'enseignement sont les plus accessibles, la FMIH permettra de renforcer une décentralisation de l'excellence en réduisant l'éloignement de jeunes médecins issus de milieux ruraux ou de leur territoire d'origine des avantages qu'offrent la pratique hospitalo-universitaire.

2.2.3 Enrichir l'exercice des professionnels des urgences par la cohérence médicale : levier de rapprochement entre paramédicaux et médecins.

La cohérence médicale est une notion abstraite qui ne bénéficie pas de définition claire et diffusée dans la littérature médico-administrative hospitalière. Au regard du prisme de la FMIH Urgences du GHT SLS, elle peut se définir comme l'accompagnement au changement dans le cadre d'un contexte territorial à l'aide d'une planification et d'une régulation des initiatives de la communauté médicale visée.

La cohérence médicale revêt tout d'abord un aspect de communication : une collaboration étroite entre praticiens des urgences, et avec les autres catégories socio-professionnelles

de l'hôpital repose sur le renforcement des liens en favorisant des temps d'échange, de RETEX afin de comprendre les rôles de chacun. La FMIH favorisera ainsi l'organisation de temps dédiés à la réactualisation des connaissances au niveau territorial, en prévoyant notamment des soirées thématiques mensuelles pour réactualiser l'état de l'art et les nouvelles recommandations. Par exemple : la FMIH prévoit des temps de discussion au sujet de la révolution sur la prévention des antithrombotiques sur la base des nouvelles recommandations de la Société française de cardiologie (SFC) publiées en janvier 2024. La FMIH permettra enfin, aux praticiens des établissements périphériques d'être mieux informés des événements de type congrès.

La cohérence revêt ensuite un aspect de médicalisation. C'est le sujet de la médicalisation des urgences, et en sus de la seniorisation. L'objectif est de permettre aux jeunes urgentistes de varier leur pratique en tournant dans les secteurs : SAUV, SAUPA, SMUR. La FMIH garantit ainsi cette rotation chaque semaine. D'autre part, une réflexion conjointe a été menée avec la DAM du CHUAP concernant la mise en place de formations communes au niveau GHT pour les urgentistes, et la formalisation d'un plan de formation GHT poursuivant l'objectif de développer notamment l'aspect managérial.

Enfin, la FMIH réduit les distances entre équipes dans les mouvements d'intégration des soignants au sein des réflexions cliniques de prise en charge patient. L'implication des professionnels paramédicaux des urgences dès le début des processus de réflexion liés aux changements de protocoles, à leur diffusion sur le territoire permet de s'assurer que ceux-ci soient acceptés de tous. La FMIH favorise ainsi le développement d'une culture partagée entre les équipes des différents établissements en réduisant les disparités des pratiques de soins. Elle réduit également les risques de mésentente entre médecins dans la pratique de leur art.

2.3 La diminution des distances institutionnelles entre établissements : la FMIH, véritable outil de structuration de l'offre de soins publique territoriale lorsque les obstacles sont levés.

La mise en place de la FMIH Urgences au sein du GHT SLS apparait comme un instrument au service du renforcement institutionnel du GHT (2.3.1), en travaillant à contrer les effets de concurrence entre établissements parties (2.3.2) et à répondre conjointement aux exigences de la stratégie régionale de santé (2.3.3).

2.3.1 La FMIH Urgences : outil de renforcement institutionnel du GHT par le développement d'une offre de soins harmonisée sur tout le territoire.

Le GHT SLS a adopté son PMSP pour la période 2022-2027 dans un objectif de structurer les 19 filières de soins et médicotechniques du territoire, en COSTRAT GHT le 16 décembre 2022. Le GHT poursuit l'objectif de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée des patients, en fournissant une offre de proximité de référence comme de recours.

Si la filière urgences du PMSP garde son essence intacte, la FMIH vient ici pousser plus loin ses orientations stratégiques en y répondant par des actions concrètes, portées par la communauté médicale et soignantes. C'est donc l'aboutissement de cette filière. Par ailleurs, la FMIH répond à la mission d'animation régionale portée par l'ARS Hauts-de-France dans le cadre du pacte de refondation des urgences, pour laquelle la gouvernance du pôle urgences du CHUAP est chargée de formaliser un référentiel d'organisation des SU de tout le territoire régional.

Depuis leur création en 2016, les GHT ont été critiqués du fait de l'absence historique d'une personnalité morale, mais aussi comme le rappelle la Cour des comptes en raison « *de la difficulté à atteindre une taille critique afin de constituer une offre de soins homogène, ainsi qu'une grande hétérogénéité des projets médicaux partagés en termes de filières de soins, et notamment pour le secteur des urgences* » (Cour des Comptes, 2020).

La Cour des comptes ajoute qu'en 2019, 26,9% des actions prévues dans les PMSP des hôpitaux publics français comportent une nature intégrative. Elle ajoute que dans 8,5% des cas, ces actions visent à mettre en œuvre des FMIH ou des équipes médicales de territoire à échelle du GHT. La Cour des comptes identifie également des déterminants à une intégration médicale réussie au sein des GHT :

- La délimitation cohérente du GHT,
- L'existence d'une direction commune à l'échelle GHT ou des établissements MCO du GHT,
- Des coopérations territoriales ancrées et anciennes,
- Des bonnes relations entre médecins.

Ces facteurs, s'ils ne sont pas obligatoires à la bonne coopération médicale intégrative du territoire pour la filière urgences, apparaissent toutefois être soit des leviers importants lorsqu'ils sont acquis, ou des obstacles. C'est le cas au sein du GHT SLS, au sein duquel une direction commune est établie entre le CHUAP, et le CH de Doullens ainsi que le

CHIMR. Cette synergie entre les établissements favorise l'intégration au territoire du GHT, certes important en superficie, mais cohérent en termes d'adressage et de culture locale.

En structurant par le biais d'une convention et une gouvernance dédiée la filière urgences, la FMIH est un puissant moyen de répondre à l'ensemble de ces enjeux, renforçant ainsi la place du GHT dans son ensemble. La FMIH apparaît également pour l'ensemble de la communauté hospitalière comme un vecteur de partage de compétences et d'équipements offrant ainsi des services d'urgence mieux adaptés aux besoins de la population.

Enfin, le Service d'Accès aux Soins (SAS), introduit par le Pacte de refondation des urgences en 2019 s'en retrouve par ailleurs renforcé, en ce qu'il joue un rôle pivot pour la prise en charge des demandes de soins urgents et non programmés dans les 48 heures.

La FMIH intensifie au travers de ses actions, sa coopération avec le SAS afin de garantir une continuité des soins facilitant la répartition des patients vers les établissements du GHT les mieux équipés pour les accueillir.

2.3.2 La nécessaire abolition de la concurrence entre établissements publics : vers une équité tarifaire entre les établissements parties de la FMIH.

Si la pénurie de professionnels de santé constitue un sujet récurrent ces dernières années, elle s'est accentuée au niveau national, y compris au sein de territoires pourtant naturellement attractifs, et au sein de la région Hauts-de-France.

Selon la DREES, en 2021, sur les 629 urgences autorisées en 2019, 470 relèvent du secteur public, 123 de cliniques à but lucratif et 36 de structures privées à but non lucratif. Dans un contexte où la marque employeur et les plans d'attractivité fidélisation sont devenus vecteurs de candidatures et recrutements au sein des établissements de santé, l'absence de personnalité morale des GHT apparaît encore une fois comme un frein à la bonne coopération des établissements publics, chaque hôpital tirant avantage de ses propres spécificités pour attirer les professionnels de l'urgence. Il s'agit par ailleurs du contexte de départ de la construction d'une FMIH au sein même du GHT SLS.

D'autre part, la densité de l'offre hospitalière dans certains territoires constitue également une véritable barrière entre établissements publics. La région Ile-de-France notamment, au sein de laquelle fourmillent quelques 300 structures de type établissements de santé selon les chiffres de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), est ainsi le premier désert médical de France selon un cadre de la Direction de l'Offre de soins de l'ARS. Il ajoute que pour les SU, les établissements publics du territoire « *sont d'autant plus touchés que les synergies ne respectent pas toujours une gradation des soins cohérente, au profit de facteurs d'attractivité liés à la rémunération* ».

Au sein du GHT SLS, la FMIH se révèle comme un véritable outil de réflexion au sujet de la souplesse financière des hôpitaux périphériques par rapport au CHU, par ailleurs de plus en plus contrainte par la réglementation. Historiquement, les urgentistes du territoire SLS étaient ainsi nombreux à effectuer des gardes au sein des hôpitaux proches du CHAP, attirés par des rémunérations plus attrayantes que le CHU, et mises en place pour assurer la PDSSES.

La FMIH vise à instaurer un cadre à l'exercice en prestations croisées et au versement des primes d'exercice territorial, instaurées par le décret dn°2017-327 du 14 mars 2017. Le but est ainsi d'adapter le régime indemnitaire des praticiens pour soutenir notamment les dynamiques d'équipes médicales de territoire, en homogénéisant les tarifs de rémunération dans le cadre de la FMIH.

Une difficulté réside dans la corrélation des statuts universitaires et non universitaires : certains praticiens hospitaliers souhaitent pouvoir accéder à des missions d'enseignement et de recherche au CHU, tout en gardant une part d'activité majoritaire au sein d'un établissement périphérique du GHT. Pour atteindre concrètement cet objectif, le bureau de Fédération travaillera à l'élaboration de grilles de rémunération harmonisées, en tenant compte des spécificités de chaque établissement, évitant ainsi des écarts injustifiés trop importants pour des missions similaires tout en respectant les obligations statutaires.

Enfin, la FMIH influera sur le processus d'harmonisation des coûts aux urgences, en lien avec le service achats du GHT, en travaillant sur l'efficacité des matériels liés à la recherche et aux formations, et plus particulièrement dans le cadre de la gestion des situations exceptionnelles. Cette équité tarifaire entre établissements du GHT est également prise en compte par un axe destiné à lever le plus de financements communs associés au fonctionnement des SU. Comme vu précédemment, la FMIH travaille ainsi à renforcer l'aspect de qualité au sein des SU du GHT, afin de répondre au mieux aux indicateurs associés à la dotation complémentaire qualité (DCQ), devenue en 2021 une composante importante du modèle de financement de la médecine d'urgence, et dont la dotation nationale s'élève à 79,3 millions d'euros en 2023.

2.3.3 Assurer une réponse coordonnée de territoire aux exigences institutionnelles et réglementaires de l'ARS.

Comme disposé par l'article R.6123-1 du CSP, un établissement de santé peut exercer l'activité de soins de médecine d'urgence selon 3 modalités :

- La régulation des appels adressés au SAMU,

- La prise en charge des patients par le SMUR ou SMUR pédiatrique,
- La prise en charge de 'ensemble des patients accueillis au sein du service d'accueil des urgences.

A l'instar de l'ensemble des activités de soins, l'autorisation est délivrée par l'ARS qui précise les modalités d'exercice habilitées. L'activité a connu une réforme en 2023 par le biais de deux décrets du 29 décembre 2023, l'un relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence, et l'autre relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité autorisée en médecine d'urgence. Ces textes entérinent la création d'antennes de médecin d'urgence (dont la constitution d'une équipe commune inter-établissements constitue une exigence), et des conditions d'accès aux services d'accueil des urgences adaptés selon les besoins du territoire et la survenue de situations sanitaires exceptionnelles (orientation préalable des patients en amont de l'accueil et de la prise en charge par un auxiliaire médicale par exemple).

Il ne fait pas de doute que cette réforme, et de façon plus conjoncturelle, la stratégie des ARS, poursuivent le but de contribuer au développement des coopérations territoriales des SU. La mise en place d'une FMIH constitue donc l'assurance de s'adapter plus rapidement à l'évolution réglementaire, et notamment au respect de critères stricts en matière de couverture des services d'urgence et de permanence des soins, permettant ainsi aux établissements disposant de moyens limités, de conserver leurs autorisations.

Ensuite, la FMIH répond à l'enjeu de la permanence des soins dans les territoires, prépondérante pour la prise en charge urgente.

Dans un CH comme de taille moyenne comme Doullens, les urgences vitales sont moins nombreuses qu'au CHUAP. Elles sont toutefois bien présentes. La présence d'un SMUR et d'un SU à Doullens permet de garder une ligne de garde médicale pour le premier, et une ligne d'astreinte médicale tenue par un interne d'urgence systématiquement seniorisé par un anesthésiste de garde. La ligne de garde est tenue par des médecins de ville de 18h à 00h, puis par l'interne seniorisé entre 00h et 8h. La PDSES revêt un fort enjeu dans un établissement tel que Doullens, puisque la ligne de garde fait tenir toute l'organisation et l'attractivité médicale des jeunes urgentistes.

En mutualisant les ressources médicales et en favorisant l'exercice partagé, la FMIH permet aux établissements parties de remplir plus facilement ces tableaux de garde, et de répondre en conséquence à l'objectif de responsabilisation dans les moyens donnés par l'ARS, qui actionne dès lors les leviers nécessaires de financement de la PDSES.

La FMIH aura en finalité pour vocation de structurer les organisations prévues, de présenter la nouvelle organisation aux différentes instances concernées, définir clairement les modalités opérationnelles d'accueil en interne, organiser la participation des praticiens hospitaliers mais aussi libéraux, et enfin, mettre en place une politique de gestion des risques spécifique à la PDSES sur l'ensemble du territoire SLS. L'assurance d'une telle organisation permet ainsi de sécuriser le financement ARS relatif à la mission d'intérêt général (MIG), et délivré dans le cadre de la PDSES.

3 Un développement de la structuration des SU français en FMIH à l'échelle GHT à encourager, dont les limites ne constituent pas encore l'opportunité crédible de résoudre la crise des urgences.

L'étude du cas de la mise en place de la FMIH Urgences au sein du GHT SLS révèle toute la modularité d'un outil médico-administratif adapté aux besoins des SU, mais encore trop restreint par sa seule dimension médicale (3.1). D'autre part, si le territoire Somme Littoral Sud bénéficie d'une gouvernance hospitalière de territoire solide, cet aspect peut manquer à des établissements désireux de structurer leur réseau d'urgences en coopération (3.2). C'est pourquoi les directions peuvent adopter certains réflexes facilitant dans un premier temps un fonctionnement médicale optimale de la fédération (3.3).

3.1 Un outil modulable, adapté aux spécificités des SU, mais trop restreint dans la dimension intégrative des professionnels pour représenter l'avenir des filières de territoire.

La FMIH représente sous bon nombre d'aspects l'avenir de la filière urgences, nécessitant de rechercher une plus forte intégration des acteurs du soin primaire (3.1.1), mais permettant avant tout de préparer l'avenir (3.1.2).

3.1.1 La filière urgence : passerelle entre ville et hôpital, qui nécessite d'être structurée.

Un chef de pôle urgences du GHT SLS interrogé explique que « *les urgences, ce sont la passerelle entre la ville et l'hôpital, et en cela, elle doit être structurée au-delà de la simple notion de filière en décroissant les deux secteurs.* »

C'est d'ailleurs un axe préconisé par les élus du Sénat qui recommandent de « *renforcer la prise en charge des soins non programmés par la médecine de ville pour prévenir la saturation des services d'urgence* (Commission d'enquête du Sénat, 2022). »

D'autre part, selon les auditeurs de la Cour des comptes, « *en se fondant sur la classification clinique des malades aux urgences (CCMU) renseignée en France par*

l'urgentiste après la prise en charge du patient, il est permis d'estimer, de manière sommaire, que les 10 à 20% des patients n'ayant besoin d'aucun acte complémentaire d'imagerie ou biologie médicale auraient pu donner lieu à une prise en charge en ville en médecine générale » (Cour des Comptes, 2019).

De façon plus générale, la Cour estime « *qu'environ un patient sur cinq qui a recourt aux services d'urgence des établissements de santé aurait ou, sinon dû, être pris en charge par un médecin de ville » (Cour des Comptes, 2019).*

C'est ici que la FMIH pourrait trouver un nouvel axe de développement, et qui au sens de l'analyse menée à travers ce mémoire, ne l'est pas encore suffisamment au sein du GHT SLS. Deux semaines de garde furent effectuées lors du stage de direction au CHUAP. Au cours de ces deux semaines, un temps de présence lors de cinq nuits différentes fut dédié aux urgences sur des plages horaires s'étendant de 21h à 4h environ. Une synthèse des échanges menés avec les praticiens urgentistes lors de ces 4 nuits font état d'environ 35% de passages aux urgences en début de nuit et nuit profonde sur une moyenne de 43 passages par nuit qui auraient dû (le verbe est volontairement choisi ici) être pris en charge par une offre de soins de ville en journée.

L'enjeu est donc double : informer, communiquer et réaliser des actions de prévention auprès des citoyens, et se coordonner avec les structures de soins de ville : médecins généralistes, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), SAS, SOS médecins.

Si la structure réglementaire interhospitalière empêche une intégration dans la forme des médecins de ville au sein de la FMIH, elle n'en permet pas moins d'inscrire des axes de coopération avec ceux-ci.

Plusieurs recommandations peuvent être ainsi formulées dans le cadre d'un futur exercice de directeur, qui aurait à mener un projet de construction d'une FMIH Urgences :

- Intégrer à chaque processus d'élaboration d'un projet d'établissement, et d'un PMSP, la médecine de ville et les structures de soins non programmées non hospitalières, dans le but de co-construire ensuite, par voie d'avenant si nécessaire, une filière de territoire complète,
- Etablir, via le Conseil de Fédération de la FMIH, un dialogue institutionnel de territoire sur le long terme rassemblant les représentants des médecins généralistes, urgentistes hospitaliers et libéraux intervenant dans les structures de soins programmées mobiles ou de ville,

- Enfin, solliciter par le biais de la FMIH, des financements liés aux indicateurs de qualité permettant d'investir dans le développement de maisons médicales de garde (MMG) en proximité des SU des établissements du GHT.

Une meilleure articulation de l'activité des structures d'accueil de soins programmés aux moyens des sites hospitaliers est d'ailleurs un axe du pacte de refondation des urgences qui prévoyait que « *les ARS devront s'assurer de la présence de MMG à proximité directe de tous les services d'urgence les plus importants* » (Pacte de Refondation des urgences, 2019).

3.1.2 Un outil d'avenir pour répondre en partie à l'évolution de la réglementation.

En 2009, une enquête de l'Intersyndicale Nationale des Internes (ISNI) mentionnait que 15 internes sur 22 000 en formation réalisaient un stage dans un établissement privé à but lucratif.

La loi HPST de 2009 a ensuite posé les bases de la possibilité pour les internes de spécialité (et donc les urgentistes) de réaliser des stages au sein d'établissements publics de santé privés à but lucratif.

Depuis un arrêté du 4 octobre 2011, les internes de médecine peuvent réaliser un stage dans un établissement privé lucratif qui a procédé au dépôt d'un dossier de demande initiale ou de renouvellement d'agrément, et qui a été validé par le DGARS.

La commission de subdivision, instance pilotée par l'ARS dont la mission est d'acter les ouvertures de postes proposés au choix des internes, a pour objet de se réunir en vue d'arbitrer la fourniture d'un agrément à un lieu de stage et des praticiens-maîtres de stage du secteur privé lucratif.

Les praticiens exerçant dans un établissement de santé privé lucratifs et identifiés comme responsables médicaux, encadrent ces internes.

A priori, aucune source ne permet de consolider nationalement à date, le nombre d'agréments donnés chaque année à des établissements de santé privés lucratifs. Toutefois, la Direction de l'Offre de soins de l'ARS Hauts-de-France estime une échelle de 20 à 25 % le nombre d'internes de spécialité ayant réalisé un stage lors de leur cursus, au sein d'une clinique du territoire en 2023. Les chefs de pôles des urgences des établissements du GHT SLS sont par ailleurs unanimes : ils ont observé une nette augmentation des demandes par des internes, d'effectuer ces stages d'un semestre de 4^{ème} année.

Ils estiment la montée de ces demandes, due à plusieurs facteurs :

- La volonté de découvrir une nouvelle organisation, par curiosité et culture médicale,

- La volonté de découvrir une nouvelle organisation, par épuisement et l'espoir de trouver au sein d'autres structures, un environnement de travail plus calme,
- La construction d'un parcours professionnel déjà défini en amont.

L'objectif de la FMIH sera de consolider la place des internes au sein de l'institution, par l'ensemble des actions décrites précédemment : formation en management des chefs de services et chefs de pôle, organisation des urgences privilégiant le passage au sein des trois structures autorisées, partout sur le territoire. Par ailleurs, les DAM d'établissement ont tout intérêt à soutenir le coordonnateur de la Fédération en adaptant la politique de marque employeur institutionnelle aux enjeux de la spécialité des urgences.

Enfin, la FMIH Urgences dispose d'un véritable rôle à développer dans le cadre de la coordination Université/CHU, et même, GHT afin de fidéliser les jeunes praticiens.

De nouvelles recommandations peuvent être faites dans ce cadre :

- Permettre aux internes d'intervenir à l'Université, au travers d'un protocole encadré par la FMIH, afin d'effectuer un relais sociologique entre les prochaines générations et les anciennes,
- Développer, via le coordonnateur de la Fédération des outils de qualité de vie et des conditions de travail, avec l'appui de la DAM.

3.2 Un outil nécessitant une gouvernance de territoire solide et étendu au-delà du GHT. Les limites concrètes du modèle ?

La construction d'une FMIH Urgences à l'échelle de certains GHT ne permettra pas d'engager une réponse optimale aux enjeux de la profession (3.2.1), nécessitant à plus long terme de fédérer un ensemble d'acteurs plus important (3.2.2).

3.2.1 Une construction à l'échelle du GHT pas toujours évidente.

Si la construction de la FMIH Urgences du GHT SLS n'a pas connu d'accroc dans son approbation, la solidité de la gouvernance interne du CHUAP ainsi que du GHT SLS y est pour beaucoup. Historiquement tout d'abord, par le concours d'une offre hospitalière publique solide et majoritaire sur l'ensemble du département. Par le renouveau ensuite, avec l'arrivée d'une Direction Générale portant haut et fort la nécessité de construire un groupe public qui s'entraide.

La construction de la FMIH Urgences à l'échelle du GHT semble d'autant plus naturelle que l'ARS favorise les initiatives de coopération à l'échelle d'un territoire dont les contours sont désormais définis, sauf rares exceptions comme le GHT Plaine de France, depuis 2016. Pour certaines fédérations, comme au sein du GHT de la Vienne, porté par le CHU de Poitiers, la logique intégrative est poussée encore plus loin : utilisation d'un planning

médical unique à l'échelle du GHT, et une convergence totale des logiciels de gestion des urgences, notamment.

Malgré tout, ce format de construction territoriale n'est pas toujours si évident. Dans des régions à l'offre de soins particulièrement fournie, dans un premier temps. Les établissements de l'Assistance-Publique des Hôpitaux de Paris, fonctionnent depuis quelques années avec des départements médico-universitaires (DMU) qui sont des « méga-pôles ». Ces DMU ont vocation à réunir plusieurs services et unités fonctionnelles autour d'une filière, et d'une logique universitaire et d'enseignement, de recherche et d'innovation en santé. La création d'une FMIH Urgences n'aurait finalement pas d'intérêt à être transposée à une structure déjà pourvoyeuse des mêmes objectifs.

Dans des GHT sans CHU, dans un second temps. Prenons l'exemple du GHT Oise Ouest et Vexin dont Beauvais est l'établissement support et comprenant 5 autres établissements de petite et moyenne taille. Le CH de Beauvais ne bénéficie pas de temps PUPH, et seulement de la venue d'internes par le biais d'un partenariat avec le CHUAP. La construction d'une FMIH Urgences repose avant tout sur une fidélisation des internes venant en stage, et permettre une coopération inter GHT ensuite.

C'est ainsi que certaines FMIH interrogées, dont la liste est consultable en annexe 5, sont construites en intra GHT, sans l'ensemble des établissements parties. C'est le cas de la FMIH Urgences existante au sein du GHT du Vaucluse, dont le CH d'Avignon, pourtant support n'est pas partie. Par ailleurs, certains coordonnateurs interrogés déplorent une construction GHT, pas forcément cohérente d'un point de vue parcours de prise en charge, au détriment d'une construction établie sur les limites du bassin de vie. C'est principalement le cas dans les territoires plus isolés et difficiles d'accès, notamment en fonction des saisons, comme le GHT des Alpes du Sud.

3.2.2 Fédérer les acteurs : obligation de réussite pour mettre fin aux dissensions entre établissements et les équipes d'urgentistes.

Au-delà de l'orientation institutionnelle de gouvernance interne aux établissements, comme territoriale, la mise en œuvre et le fonctionnement optimal de la FMIH Urgences est soumis aux aspects de dissensions historiques entre établissements, entre équipes, mais aussi entre professions.

La création de la FMIH Urgences du GHT SLS est en partie apparue d'une véritable envie conjointe de l'ensemble des urgentistes du territoire de lever les contraintes managériales d'abord, et d'organisation ensuite.

Quid des enjeux de pouvoir à traiter au sein des territoires ? Entre les équipes d'abord, où dans des territoires comme la Saône et Loire, dont l'offre de soins n'est pas représentée par un hôpital de la taille d'un CHU, les enjeux de financement autour d'une activité de soins d'urgence sont importants. Ainsi un chef de pôle urgences d'un des établissements du territoire interrogé explique que l'implantation du SAMU Centre 15 départemental fut une bataille rude entre les 2 équipes des 2 établissements pivots du territoire. Ce contexte est aujourd'hui le fruit, ajoute-t-il d'un climat tendu et de rivalité, qui ne participe pas toujours à l'amélioration de la qualité des soins.

Cet enjeu est également à prendre en compte par les directions hospitalières au travers du prisme de l'aménagement du territoire, et donc des collectivités territoriales. Il convient de rappeler que la convention constitutive de la FMIH Urgences est obligatoirement soumise à l'avis et l'approbation du Conseil de surveillance (CS). La gouvernance de l'établissement est ainsi face à un enjeu de crédibilité vis-à-vis de la communauté médicale dans l'éventualité où les représentants du CS, et en particulier de la commune d'implantation de l'établissement ne seraient pas favorables au projet.

Mais dans quel cas des élus auraient-ils intérêt à s'opposer une volonté de collaboration des urgentistes au sein d'un territoire ?

En premier lieu, comme l'explique un chef d'établissement interrogé « *lorsque les élus et les organisations syndicales se sont opposés par le passé à un projet hospitalier conséquent, et qui a été porté jusqu'au bout par la Direction. Peu importe que cela ait été une volonté de l'ARS* ». Dans le cas présent ajoute-t-il, « *le motif donné était la mise en commun à outrance des moyens humains, qui détruisent à petit feu l'hôpital, et le besoin de retrouver une communauté hospitalière locale* ».

En second lieu enfin, « *lorsque les élus évoquent la peur de perdre la ressource médicale au sein du bassin de vie dont ils sont les représentants élus, au profit d'un autre territoire* ».

Le directeur joue alors un véritable rôle de pédagogie, fédérateur. Surtout, il doit s'engager, endossant ici pleinement le rôle de leader hospitalier.

3.3 Un outil qui manque de consistance intégrative et à perfectionner afin de développer des réflexes au sein des gouvernances hospitalières.

La mise en place d'une FMIH pour la filière urgences représente autant d'avantages qu'elle n'implique de contraintes. C'est pourquoi des réflexes sont à adopter par les directions hospitalières souhaitant l'utiliser, en systématisant les axes relatifs à l'universitarisation (3.3.1), qui viendra compenser l'absence d'intégration formelle des paramédicaux (3.3.2) et mobiliser ainsi toutes les ressources financières possibles liées aux coopérations (3.3.3).

3.3.1 Une dimension universitaire et qualité à systématiser pour s'ouvrir vers les établissements périphériques.

La trame de convention de FMIH fournie par le Ministère de la Santé et des Préventions ne répond pas pleinement à l'ensemble des enjeux et barrières à lever pour la mise en place d'une FMIH Urgences, notamment du fait de la particularité des territoires.

D'autre part, parmi 17 FMIH urgences interrogées, seules 5 comportent des axes relatifs à l'universitarisation et à la promotion de la démarche de qualité par le biais de partage de RETEX, ou d'études des réclamations en lien avec les structures d'enseignement du territoire.

Ce constat est finalement logique : les 5 FMIH en question sont celles dont l'établissement support de GHT est un CHU. L'analyse de la construction de la Fédération du GHT SLS montre très clairement qu'il serait difficile de faire perdurer la coopération, et un climat de travail serein entre praticiens, si la dimension de rapprochement des CHU et la notion d'excellence ne sont pas adoptées au profit des établissements de taille plus modestes.

Deux recommandations sont ainsi à formuler pour réussite pleine et entière du projet :

- Systématiser l'adhésion d'un CHU à la convention d'une FMIH Urgences, quel que soit son apport ou ses besoins en ressources humaines médicales, afin de bénéficier de son expertise en matière d'enseignement et recherche
- Systématiser les dimensions recherche et enseignement au sein de la FMIH, y compris par une logique graduée temporelle si nécessaire, afin de permettre la montée en charge de la FMIH au-delà d'un simple aspect de résolution des problèmes de démographie médicale.

Ensuite, et sur la base du modèle des conventions constitutives de GCS médico-sociaux, il conviendrait de faire évoluer la méthode de création des FMIH, en subordonnant celle-ci au moins, à la transmission de la convention à l'ARS. Puis, dans une logique de faire évoluer la gouvernance des structures d'urgences du territoire national, ainsi que la construction de référentiels d'organisation, établir une base régionale dans un premier temps et nationale dans un second, des innovations mises en place dans le cadre des FMIH Urgences.

L'activité des urgences représente d'autant plus un terreau fertile à de telles initiatives qu'elle est récente, historiquement, au sein des spécialités médicales, et qu'elle est ainsi en mouvement perpétuel.

3.3.2 Une évolution en fédération médico-soignante à rechercher malgré le vide réglementaire.

La DGOS a créé en 2011 le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP). Il s'agit d'un appel à projets de recherche annuel dont l'objectif est de soutenir la recherche autour des soins réalisés par les auxiliaires médicaux et ainsi de fournir des connaissances contribuant à l'amélioration de ces soins.

Les projets sélectionnés au terme de chaque campagne annuelle sont financés sur la base de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) des établissements de santé (dotation nationale de financement des Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation).

Sur la période 2011 à 2019, le Ministère de la Santé et des Préventions recense 166 projets retenus dans ce cadre, pour un financement à hauteur d'environ 20 millions d'euros.

Parmi ces projets de recherche, portés majoritairement chaque année par des professionnels infirmiers, moins de 5 % le sont par des paramédicaux travaillant aux urgences (DGOS, 2024).

De part sa nature, et la législation en vigueur, une FMIH ne permet pas d'intégrer de façon optimale les professionnels paramédicaux à l'évolution de la filière. La FMIH Urgences du GHT SLS s'y efforce au travers d'un axe de développement de la pratique avancée paramédicale et la recherche paramédicale au niveau territoriale. Toutefois, il n'est rendu possible que par la présence de la structure Simusanté Epione, le campus Santé au sein même de la Gouvernance du GHT SLS. Novateur en ce qu'il est un projet de campus numérique porté par l'Université de Picardie Jules Verne (UPJV) et Simusanté (le plus grand centre pédagogique multidisciplinaire d'Europe), le campus offre 30 formations, attestations, et diplômes universitaires à l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux des services d'urgence.

La FMIH doit pouvoir dépasser le clivage historique de la formation médicale et paramédicale d'une part, et de ce qu'un PU-PH du CHUAP interrogé appelle « *la gradation de l'excellence* ». Il précise : « *des réticences existent du côté des praticiens comme des paramédicaux à intégrer des formations et des modules de recherche communs, en raison de leur vision de l'activité hospitalière, et la peur d'être challengé par un professionnel de santé avec qui il n'a pas partagé un cursus plus ou moins similaire.* » Celles-ci sont particulièrement présentes précise-t-il, au sein de la communauté des assistants de régulation médicale (ARM), qui étaient souvent recrutés sans formation diplômante jusqu'à l'instauration d'une obligation de formation d'une durée d'un an en 2019.

Une évolution législative permettant de créer des fédérations médico-soignantes d'urgences serait un outil de taille pour dépasser des clivages ancrés depuis longtemps. Cela pourrait donner également plus de consistance aux PMSP de territoire, sur la base de la création d'une FMIH urgences dont le raisonnement s'effectue par logique d'équipes territoriales.

3.3.3 Le financement des coopérations : levier à mobiliser.

Depuis le 1^{er} janvier 2022, une nouvelle réforme des recettes à l'activité pour les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation s'applique. Cette réforme s'est accompagnée de la création d'un comité consultatif d'allocation des ressources (CCAR) dans chaque ARS, dont l'objet est de réduire la part de financement à l'activité pour favoriser la coordination entre acteurs locaux et améliorer la qualité des prises en charge.

Chaque comité est composé de trois sections, dont une relative aux urgences, et est réglementé par un décret n°2021-216 du 25 février 2021 précisant le rôle et la composition de la section Urgences, ainsi qu'un arrêté du 6 avril 2021 relatif aux modalités de financement des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation.

La section urgences est ainsi consultée pour avis par le DG ARS de l'établissement d'implantation du SAU au sujet des deux points suivants :

- Des critères de répartition de la dotation populationnelle régionale entre les établissements de santé, au moins un mois avant l'allocation aux établissements,
- Des objectifs de transformation de l'organisation territoriale des structures d'urgence et le recours à celles-ci.

Ainsi, si la construction réglementaire du financement des structures d'urgences en 2024 peut se traduire par le schéma consultable en Annexe 6, elle bénéficie également de 2 leviers favorables à la coordination territoriale des structures d'urgence, ainsi qu'à l'évolution de la dotation populationnelle allouée en fonction des différents indicateurs qui vont mesurer le besoin de recours des patients.

En ce sens, la FMIH peut constituer un véritable atout à mobiliser afin d'obtenir un financement stable, voire revalorisée lorsque l'activité des services d'urgence faiblit ou que le codage des actes s'avère difficile au sein des établissements à forte activité.

Enfin, comme évoqué par l'Inspection générale des affaires en 2023, il est souhaitable que :

- « *Des modalités de financement équitables et stables des indemnités du sujétion de gardes et astreintes engagées par les établissements soient trouvées.*

- *D'ériger l'engagement dans le fonctionnement de la PDSES en valeur socle, et condition de financement supplémentaire*
- *De rémunérer le temps de travail des praticiens libéraux réalisant des gardes en établissement public à des conditions équivalentes de valorisation de celles reconnues aux praticiens hospitaliers » (IGAS, 2023).*

Enfin, l'ensemble des entretiens menés, structures interrogées et documents consultés n'ont fait mention de la notion, si ce n'est de développement durable, mais de durabilité elle-même au sein des urgences. La structure est pourtant propice à son développement, en témoigne sa flotte de véhicules, son activité de nuit demandant des moyens supplémentaires non utilisés de jour, et des professionnels sensibles aux impacts environnementaux et psychosociaux. Par le portage d'un projet de labellisation Très haute qualité sanitaire, sociale et environnementale (THQSE) par une FMIH par exemple ?

Conclusion

Cinq ans après le Pacte de refondation des urgences porté le docteur François Braun, les services d'urgences des hôpitaux français connaissent toujours de réelles difficultés à fonctionner et se coordonner avec les acteurs des soins de ville. Claude Leicher, Président de la Fédération nationale des communautés professionnelles territoriales de santé résume la situation : « *aujourd'hui, l'hôpital sert de vase d'expansion pour toutes les demandes qui, soit sont vues comme urgentes, soit n'ont pas obtenu une autre réponse.* » (Commission d'enquête du Sénat, 2022).

Au sein du territoire du GHT Somme Littoral Sud, ces enjeux nationaux ont longtemps été couplés à des tensions historiques, dont la mise en place d'une FMIH est apparue comme une réponse salutaire.

Créée officiellement le 28 juin 2024, la FMIH Urgences du GHT Somme Littoral Sud répond déjà, par son processus d'élaboration ayant contribué à fédérer les acteurs hospitaliers de l'urgence, et à renforcer la gouvernance institutionnelle de territoire, à l'objectif d'établir une vision médico-administrative commune de l'activité d'urgences sur le territoire.

Ainsi les orientations retenues au sein de la convention constitutive, ne laissent que peu de doutes à la réussite structurelle de cet outil : harmonisation des pratiques médicales et paramédicales dans l'ensemble des SU du GHT, déploiement des missions du CHU vers la communauté professionnelle rurale, équité de traitement des praticiens, et enfin, la priorisation de la qualité du parcours patient.

Le cadre méthodologique de la définition des besoins, tant des praticiens urgentistes, que des directions des établissements est aussi à souligner. Nul n'ignore au sein des directions hospitalières, la difficulté de répondre conjointement à des enjeux d'organisation, fonctionnels, et institutionnels. En cela, l'étude de cas de la construction de la FMIH Urgences au GHT SLS, peut constituer un exemple à diffuser aux établissements en capacité de lever les obstacles cités tout au long de ce mémoire.

Toutefois, l'analyse réalisée au travers du GHT SLS est à mettre en perspective des limites de l'outil qu'est la FMIH, en particulier à l'échelle des services d'urgence. Si son développement peut être encouragé au sein des territoires à l'offre de soins stable et relativement peu concurrentielle, il est freiné dans sa généralisation au territoire national par un manque de consistance intégrative des professionnels paramédicaux et libéraux. Une gouvernance nationale de l'ensemble des FMIH, pourrait constituer un atout de taille dans le cadre d'un dialogue d'évolution avec le législateur français, voire au-delà pour se

nourrir des initiatives internationales. C'est d'ailleurs en ce sens que fonctionnent les structures de coopération au Canada, sous la forme de coopératives de santé.

Bibliographie

Mémoires :

Cossec, E. (2015). « Du temps médical partagé à la constitution d'équipes médicales territoriales - enjeux et limites : cas de la CHT Rance Emeraude ». *Rennes. Mémoire formation élève directeur d'hôpital 2014-2015*. EHESP

Ouvrages :

Dupont, B. Dewitte, J-P. Menager, C. (2012). « Chapitre 4. L'invention par les pôles d'un territoire de santé responsable ». *Le management de pôles à l'hôpital. Regards croisés, enjeux et défis*. Dunod

Rapports :

Albertone, M. Demoulin, P-Y. (2023). « La permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux, une nouvelle ambition collective et territoriale à porter. Répartition, soutenabilité et reconnaissance ». *Inspection Générale des Affaires Sociales*. (Consulté le 14 aout 2024). Disponible à l'adresse : https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/files-spip/pdf/2023-009r_rapport.pdf

Arnaud, A. Blanchet, P. Ptakhine, E. (2017). « Equipes médicales de territoire. Fiches pratiques ». *Agence Nationale d'Appui à la performance*. (Consulté le 10 aout 2024). Disponible à l'adresse : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/109164/download?inline>

Arnault, F. (2023). « Atlas de la démographie médicale en France. situation au 1^{er} janvier 2023 ». *Conseil National de l'Ordre National des Médecins*. (Consulté le 5 aout 2024). Disponible à l'adresse : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/b6i7b6/cnom_atlas_demographie_2023.pdf

Bleichner, G. (2004). « Architecture des services d'urgence ». *Société Francophone de Médecine d'Urgence*. (Consulté le 12 aout 2024). Disponible à l'adresse : https://www.sfmou.org/upload/referentielsSFMU/recom_sfmou_archi_service_urg.pdf

Braun, F. (2022). « Mission flash sur les urgences et soins non programmés ». *Ministère de la santé et de la prévention*. (Consulté le 14 aout 2024). Disponible à l'adresse : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_du_docteur_braun_mission_flash_sur_les_urgences_et_soins_non_programmes.pdf

Cazenave-Lacrouz, A. (2024). « Les établissements de santé en 2022. Edition 2024 ». *Panoramas de la DREES*. (Consulté le 11 aout 2024). Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-07/ES24MAJ220724.pdf>

Chambre Régionale des Comptes Pays de la Loire. (2017). « Rapport d'observations définitives et sa réponse. Enquête sur l'accueil et le traitement des urgences à la cité hospitalière de Saint-Nazaire ». *Cour des Comptes*. (Consulté le 7 aout 2024). Disponible à l'adresse : <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/70550>

Cour des comptes. (2019). « Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités ». *Rapport public annuel 2019 Cour des comptes*. (Consulté le 7 aout 2024). Disponible à l'adresse : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>

Cour des comptes. (2020). « Les groupements hospitaliers de territoire. Exercices 2014 à 2019 » *Communication à la commission des affaires sociales du Sénat*. (Consulté le 10 aout 2024). Disponible à l'adresse : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/20201008-rapport-Groupements-hospitaliers-de-territoire.pdf>

Demoly, E. Bara, W. Naouri, D. Boisguerin, B. Bianchi, C. (2024). « Urgences hospitalières en 2023 : quelles organisations pour la prise en charge des patients ? Etudes et Résultats. *Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)*. (Consulté le 9 aout 2024). Disponible à l'adresse : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-07/ER1305_0.pdf

Deroche, C. (2022). « Hôpital : sortir des urgences ». *Commission d'enquête du Sénat*. N°587. (Consulté le 11 aout 2024). Disponible à l'adresse : https://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-1_mono.html

Grall, J-Y. (2007). « Evaluation du plan urgences 2004-2008 ». *Ministère de la santé et des solidarités*. (Consulté le 14 aout 2024). Disponible à l'adresse : https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Rapport_du_Dr_J.Y._Grall_Evaluation_du_plan_urgences_2004-2008_Ministere_de_la_Sante_12_fevrier_2007_.pdf

Grall, J-Y. (2015). « Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences ». *Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes*. (Consulté le 10 aout 2024). Disponible à l'adresse : <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/154000491.pdf>

Haute Autorité de Santé. (2024). « Harmonisation des synthèses médicales en vue de leur numérisation ». *Référentiel HAS*. Validé par le collège le 28 mars 2024. (Consulté le 5 août 2024). Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-04/harmonisation_de_syntheses_medicales_en_vue_de_leur_numerisation.pdf

Jeunes médecins. (2022). « Rapport annuel 2022 ». *Jeunes médecins*. (Consulté le 5 août 2024). Disponible à l'adresse : <https://www.jeunesmedecins.fr/actualites/rapport-annuel-2022>

Le Bouler, S. (2018). « Mission universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique. Bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation ». *Enseignement supérieur et recherche*. (Consulté le 11 août 2024). Disponible à l'adresse : https://www.enseignementsuprecherche.gouv.fr/sites/default/files/content_migration/document/MissionUniversitarisationRapportintermediairefevrier2018_912964.pdf

Ricroch, L. (2015). « Urgences hospitalières en 2013 : des organisations différentes selon le niveau d'activité ». *Etudes et résultats DREES*. N°106. (Consulté le 11 août 2024). Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er906.pdf>

Rojouan, B. (2022). « Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard ». *Rapport d'information n° 589*. (Consulté le 12 août 2024). Disponible à l'adresse : <https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-589.html>

Simon-Libchaber, E. (2014). « Certification : quels enjeux pour les services d'urgence ? ». *SFMU*. (Consulté le 16 août 2024). Disponible à l'adresse : https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences_2014/donnees/pdf/105.pdf

Steg, A. (1993). « La médicalisation des urgences ». *Commission Nationale de Restructuration des urgences*. (Consulté le 8 août 2024).

Toutlemonde, F. (2022). « Les établissements de santé. Edition 2022 ». *Panoramas de la DREES*. (Consulté le 9 août 2024). Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/ES2022.pdf>

Articles de presse :

Battaglia, M. Stromboni, C. (2024). « La crise des urgences, dossier prioritaire pour le prochain ministre de la santé ». *Le monde*. Publié le 12 juillet 2024.

Richeux, V. (2024). « Hémorragies chez le patient coronarien sous antithrombotique : quelle prise en charge ? ». *Medscape*. Publié le 29 janvier 2024

Besnier C. (2023). « Universitarisation des CH et des territoires : l'appui des collectivités territoriales apparait primordial ». *APM News*. Publié le 02 juin 2023.

Enquêtes :

FHF nationale. (2022). « Situation RH ». *Enquête nationale FHF*. Avril/mai 2024

Articles scientifiques :

Henry, P. (2016). « L'excellence patient ». *Gestions Hospitalières*. N°561. Publié en décembre 2016

Jaffre, D. (2016). « De la FMIH au GSC en passant par les GHT, où en sommes-nous ? ». *Objectif soins et management*. N°251. P. 31-34. Publié en décembre 2016

Jaffre, D. (2021). « La réforme du mode de financement des établissements de santé : une approche populationnelle ? ». *Objectifs soins et management*. N°251. P. 28-31. Publié en janvier 2021

Lemercier, C. (2009). « Définir l'excellence ». *La vie des idées*. Publié le 28 mai 2009

Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau de l'offre de soins d'urgence du GHT SLS répertoriée au sein du volet de la filière urgences du PMSP du GHT Somme Littoral Sud

Annexe 2 : Liste des personnes interrogées

Annexe 3 : Graphique relatif à l'évolution du taux de vétusté des équipements des hôpitaux publics entre 2010 et 2018

Annexe 4 : Le cadre de fonctionnement de la PDSES des urgences du CHU Amiens-Picardie

Annexe 5 : Liste des FMIH Urgences recensées sur le territoire français et interrogées

Annexe 6 : Schéma du financement actuel des structures d'urgences françaises

Annexe 7 : Extrait de la convention constitutive de la FMIH Urgences du GHT SLS relatif aux axes de coopération

Annexe 1 : Tableaux de l'offre de soins d'urgence du GHT SLS répertoriée au sein du volet de la filière urgences du PMSP du GHT Somme Littoral Sud.

GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE SOMME LITTORAL SUD

Filière urgences	CHUAP	CH Abbeville	CHAM	CH Doullens	CHIMR	EPSM Somme
Régulation/moyens mobiles						
SAMU	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
SMUR Terrestre	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
SMUR pédiatrique	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
SMUR Hélicoptère	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Accueil des urgences						
Urgences adultes médicales	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Urgences adultes chirurgicales	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
Urgences pédiatriques médicales	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
Urgences adultes chirurgicales des 3 ans	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
Urgences gynécologiques et obstétriques	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
Urgences psychiatriques	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui

Tableau récapitulatif de l'offre de soins existante en urgences

Source : PMSP du CHU Amiens-Picardie, 2022

**GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE
SOMME LITTORAL SUD**

Filière urgences	CHUAP	CH Abbeville	CHAM	CH Douillens	CHIMR	EPSM Somme
Activités spécialisées avec accès direct						
Urgences Neuro-vasculaires	Oui	Oui	Oui (Antenne télé-AVC en lien avec l'UNV CH Boulogne)	Non	Non	Non
Urgences cardiologiques	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
Urgences cardio interventionnel	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Urgences main	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Urgences trauma grave	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Post urgences						
UHTCD	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Unité post urgence	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
Plateau technique						
Plateau technique d'imagerie TDM	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Plateau technique imagerie urgence IRM plateau	Oui	Oui (en 24/24 pour AVC)	Oui (Nuit : que pour AVC)	Non	Non	Non
Plateau technique de laboratoire d'urgence	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Plateau technique de chirurgie d'urgence (dig)	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
Plateau technique de chir urgence (chir cardiaque)	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Endoscopie urgente	Oui	Oui	Oui	Oui en jour semaine	Non	Non
Dépôt de sang	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Radio interventionnelle	Oui	Non	Non	Non	Non	Non

Annexe 2 : Liste des personnes interrogées.

Professionnels travaillant au CHU Amiens-Picardie :

- Chef du pôle urgences du CHUAP
- Chef de pôle adjoint urgences du CHUAP
- Ancien chef de pôle urgences du CHAP, aujourd'hui médecin médiateur
- Deux praticiens hospitaliers urgentistes du CHUAP
- Trois internes urgentistes du CHUAP
- Deux docteurs juniors urgentistes du CHUAP
- Un Infirmier anesthésiste diplômé d'état des urgences du CHUAP
- Quatre cadres de santé travaillant spécifiquement de nuit au CHUAP
- Un praticien libéral (médecin généraliste) effectuant régulièrement des gardes à la régulation
- PCME
- Directrice générale adjointe
- Directeur en charge des coopérations, pilote du projet

Professionnels travaillant au CH d'Abbeville :

- PCME et chef du pôle urgence du CH d'Abbeville
- Un praticien hospitalier à temps plein au CH d'Abbeville
- Un interne en stage au CH d'Abbeville

Professionnels travaillant au CH de Doullens :

- Directrice déléguée du CH de Doullens
- Un praticien hospitalier effectuant des temps partagés entre le CHUAP et Doullens
-

Professionnels travaillant au CHIMR :

- Directeur délégué du CHIMR
- Un praticien hospitalier à temps partiel aux urgences du CHIMR

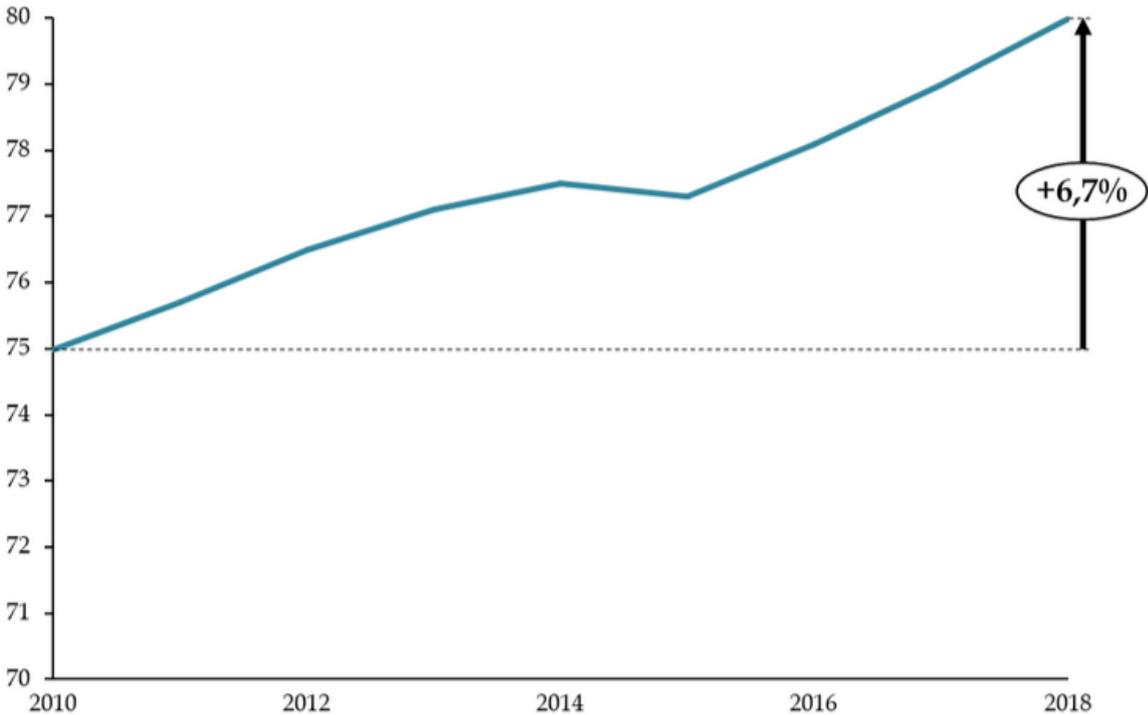
Professionnels de structures hors GHT SLS interrogées :

- Ancien Directeur de l'Offre de soins de l'ARS Ile-de-France
- Référent coopérations de l'ARS Hauts-de-France

Annexe 3 : Graphique extrait de... et présentant le taux d'évolution

Évolution du taux de vétusté des équipements des hôpitaux publics entre 2010 et 2018

(en pourcentage)



Source : Rapport de l'IGAS, Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise, avril 2020

Annexe 4 : Le cadre de fonctionnement de la PDSES des urgences du CHU Amiens-Picardie.

SOINS LONGS	SL 1 (8h00 - 18h00) SL 2 (8h00 - 18h00) SL 3 (8h00 - 18h00) SL4 (NON POURVU) "ASTREINTE DE JOUR"
UHTCD	Position 1 (9h-18h)
SOINS COURTS	Soins Courts + Flux (10h-19h) Flux (NON POURVU) (10h-19h)
SAUV	Position 1 (8h-18h)
AMU REGULATION	Position 1 (8h- 18h) Position 2 (9h-18h)
SMUR Transport	T1-SAMU (8h-18h) T2-SAMU (8h-18h)
PDS	SAUV (ligne 7) (18h-8h) REGULATION SAMU (ligne 33) (18h-8h) REGULATION SAMU WE (ligne 34) (18h-8h) Astreinte SAMU SAUPA 1 (ligne 7A) (18h30-8h30) SAUPA 2 (ligne 7B) (18h30-8h30) SAUPA 3 (ligne 7E) (18h30-8h30) SMUR 1 (ligne 30) (18h-8h) pourvu par les MAR SMUR 2 (ligne 31) (18h-8h)

Source : DAM du CHU Amiens-Picardie, 2024

Annexe 5 : Liste des FMIH Urgences recensées sur le territoire français et interrogées.

Région	GHT	Etablissement support	Type de collaboration	Tous les établissements du GHT	Création
Auvergne-Rhône-Alpes	GHT du Cantal	CH d'Aurillac	FMIH Urgences	Oui	2016
Nouvelle-Aquitaine	GHT de la Vienne	CHU de Poitiers		Oui	2016
Nouvelle-Aquitaine	GHT Limousin	CHU de Limoges		Non	2012
Nouvelle-Aquitaine	GHT Navarre Côte Basque	CH de la Côte Basque		Oui	/
Nouvelle-Aquitaine	GHT Atlantique 17	CH de la Rochelle-Ré-Aunis		Non	2011
Bourgogne-Franche-Comté	GHT Nord 71	CH Chalon-sur-Saône		Oui	2024
Centre Val de Loire	GHT de l'Indre	Châteauroux		Non	2023
Pays de la Loire	GHT 85	CHD de la Vendée		Oui	2016
Auvergne-Rhône-Alpes	GHT 42	CHU de Saint Etienne		Non	2018
Pays de la Loire	GHT 44	CHU de Nantes		Oui	2018
PACA	GHT Vaucluse	CH Avignon		Non	2009
Auvergne-Rhône-Alpes	GHT Alpes Léman	CH Alpes-Léman		Oui	2019
Bourgogne-Franche-Comté	GHT Sud Yonne-Haut-Nivernais	CH d'Auxerre		Oui	2015
Auvergne-Rhône-Alpes	GHT Territoires d'Auvergne-Allier-Puy-de-Dôme	CHU de Clermont-Ferrand		Oui	2019
Hauts-de-France	Somme Littoral Sud	CHU Amiens-Picardie		Oui	2024
PACA	GHT Alpes-Sud	CH de Gap-Sisteron		Oui	2018
Pays de la Loire	GHT de la Sarthe	CH du Mans		Oui	2018

Annexe 6 : Schéma du financement actuel des structures d'urgences françaises.

Dotation Populationnelle
50-55%

Y sont intégrés de Base

FAU, FAIU, MIG et TM SMUR, AC Urgences

Intégrés Progressivement

X % des recettes GHS Mono Séjours UHCD
ce taux est de 25% en 2021 serait de 50% en 2022

Activité SU => 40-45 %

Qualité => 2 %

Source : ORU Occitanie, 2023

Annexe 7 : Extrait de la convention constitutive de la FMIH Urgences du GHT SLS relatif aux axes de coopération.

3 FONCTIONNEMENT

3.1 DESCRIPTION DES AXES DE COOPERATION

Les axes de coopération entre les établissements membres visent à atteindre les objectifs généraux énoncés à l'article 1.3 de la présente Convention.

Les principes de solidarité, de transparence, de fluidité dans le partage des informations et du travail en commun, d'efficacité sont résolument portés par les établissements membres.

Les axes de coopération suivants sont retenus :

1. Convergence et harmonisation des organisations des services d'Urgences
2. Progression de l'organisation médicale territoriale, et notamment :
 - Effectifs médicaux par activité
 - Temps de travail
 - Rémunérations sur la base de la réglementation en vigueur
 - Seuil de déclenchement des plages additionnelles
 - Prime de Solidarité Territoriale (PST) croisée
3. Progression de l'organisation paramédicale territoriale, et notamment :
 - Organisation du travail
 - Plan de formations continues
4. Développement de la pratique avancée paramédicale
5. Promotion de la démarche qualité et gestion des risques, et notamment :
 - Revue de mortalité et de morbidité inter-établissement
 - Préparation conjointe des visites d'inspection, de suivi, de certification, assurantielle
 - Partage de retour d'expérience portant sur les différentes visites
 - Partage de l'étude sous forme de retours d'expérience les analyses des réclamations
6. Développement des Enseignements et Programmes de Recherche médicale et paramédicale au niveau territorial
 - En lien notamment avec le CESU 80, l'Entité fusionnée de Recherche Territoriale et toute unité de recherche existante ou à venir
7. Maintien et Développement du lien avec des structures et comités départementaux, régionaux et nationaux d'enseignement et de recherche ; notamment :
 - CESU 80 - SimUSanté
 - Collège de Médecine d'Urgence de Picardie
 - Collégiale des Hauts-de-France
 - Fédération Hospitalo-Universitaire de Médecine d'Urgence
 - Société Française de Médecine d'Urgence

Convention Constitutive FMIH des Services de Médecine d'Urgence
du Groupe Public Hospitalier Somme Littoral Sud



8. Etude d'impacts territoriaux par la Filière :
 - Décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de Médecine d'urgence
 - Décret n° 2024-8 du 3 janvier 2024 relatif à la préparation et à la réponse du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles
 - Autres évolutions législatives ou réglementaires
9. Promotion de la Filière et des structures d'Urgences du GHT SLS
 - Attractivité - Fidélisation - Parcours des professionnels et promotion des établissements
 - Visibilité, présence dans les Salons, Congrès, Forums spécialisés

STEVENIN

Mathieu

Octobre 2024

Directeur d'hôpital
Promotion 2023-2024

La mise en place d'une Fédération médicale interhospitalière des services de médecine d'urgence au GHT Somme Littoral Sud : enjeux et perspectives.

Résumé :

Les années se succèdent, et la crise des urgences devient un sujet d'actualité inscrit dans le temps. Présents au cœur des territoires, les services d'urgence sont également soumis à des tensions historiques locales. Afin de surmonter l'ensemble de ces difficultés, les établissements du GHT Somme Littoral Sud et les équipes d'urgentistes du territoire ont porté en 2023 et 2024, le projet de création d'une FMIH Urgences.

La structuration de cette démarche fut encadrée institutionnellement et méthodologiquement afin de définir au plus près les besoins, et par conséquent, les axes de coopération prioritaires. Les échanges menés, et la rédaction de la convention constitutive, témoignent d'un véritable effort médico-administratif de challenger la notion de filière, dépassée par les enjeux de fidélisation et d'universitarisation.

L'analyse du cheminement mené permet d'identifier les leviers et les freins à la mise en place de cet instrument au sein d'un territoire emprunt de ruralité et d'inégalités d'accès aux soins. Une mise en perspective est réalisée, d'une part dans l'exercice du métier de directeur d'hôpital qui, menant un projet similaire, doit être conscient des différents défis à mener simultanément, et d'autre part, vis-à-vis de contextes territoriaux différents de celui du GHT Somme Littoral Sud.

L'objectif final poursuivi est ainsi de mettre en évidence les avantages de la mise en place d'une telle démarche, tout en relativisant sa réussite dans le cas d'étude, par l'identification de progrès à mener, à la fois dans le domaine réglementaire, ainsi que dans la culture des coopérations hospitalières. En conclusion, le présent mémoire met avant la nécessité de construire des gouvernances territoriales fortes, sans quoi la synergie des services d'urgence est impossible.

Mots clés :

Fédération médicale interhospitalière - Services d'urgence - GHT - territoire - universitarisation - harmonisation - protocole - SAMU - SMUR - permanence des soins - internes - soins non programmés - gouvernance - coopération - fédération

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.