



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2022 - 2023**

Date du Jury : **Octobre 2023**

**Les apports de la participation
médicale au pilotage de projet :
l'exemple du SAS 06.**

Corentin BALLUAIS

Remerciements

Ce mémoire est d'abord l'analyse d'un projet auquel j'ai eu l'opportunité de collaborer lors de mon stage au CHU de Nice. Aussi je tiens à remercier ma maîtresse de stage, Pauline Robineau pour son accompagnement toujours bienveillant, ses précieux conseils et sa confiance, tout au long de mon stage.

Je tiens à remercier également Camille Conan, Directrice référente du pôle urgences, pour sa confiance et son partage d'expérience. L'autonomie qu'elle m'a permis d'avoir sur le projet a largement contribué à mon apprentissage du métier de directeur d'hôpital et je lui en suis profondément reconnaissant.

Je remercie également les membres du pôle urgences, Dr Tardieux, Dr Giolito, Mme Kacemi et Mme Duchossoy, M. Lenoble et M. Imbert, avec qui j'ai eu un plaisir renouvelé à travailler sur le SAS. Ils m'ont permis de participer activement à sa structuration et d'en devenir un acteur à part entière.

Mes remerciements vont également aux médecins libéraux, Dr Gerschtein, Dr Guerville, Dr Saccomano et Dr Terramorsi pour le temps qu'ils m'ont accordé, dans un agenda chargé, pour répondre à mes questions de façon sincère. Leurs témoignages ont apporté une dimension concrète et une plus-value non-négligeable à mon travail, et je leur en suis très reconnaissant.

Je tiens à adresser un remerciement particulier à Mme Etchetto, membre de la mission nationale d'appui au déploiement des SAS. J'ai beaucoup apprécié nos échanges et votre témoignage a apporté une ouverture enrichissante pour mon travail.

Je souhaite également exprimer mes remerciements sincères au Dr Le Gagne, ma directrice de mémoire qui m'a guidé avec passion, patience et expertise tout au long de cette aventure. Ses conseils éclairés, ses encouragements et sa disponibilité ont été essentiels pour mener à bien ce travail de recherche et d'analyse.

Enfin, un merci plus personnel mais néanmoins hospitalier à ma mère, Mme Ory-Balluais, pour son soutien, ses conseils et sa relecture approfondie de ce travail.

Ce mémoire n'est pas seulement le fruit de mes efforts, mais aussi le reflet d'une collaboration harmonieuse et enrichissante avec de nombreuses personnes. Je leur suis profondément reconnaissant à tous et je mesure la chance qui m'a été donnée de réaliser ce travail au sein d'une communauté riche et bienveillante, j'ai beaucoup appris de votre expérience.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Un tandem médico-administratif aux compétences multiples, mises au service de la conduite de projet.	11
1.1 Des sources de légitimité complémentaires mais parfois remises en cause au sein de la communauté médicale.....	11
1.1.1 L'absence de hiérarchie entre les acteurs qui amène à envisager une nouvelle approche par le leadership pour analyser la conduite de projet.	11
1.1.2 La connaissance du terrain comme source supplémentaire de légitimité bénéficiant aux médecins « promoteurs ».....	14
1.2 Une démarche projet réussie, reposant sur la complémentarité des expertises médicales et administratives.	17
1.2.1 Le tandem médico-administratif équilibré comme élément déterminant pour accompagner la démarche projet et la conduite du changement.	17
1.2.2 L'apport d'expertises croisées par les médecins libéraux et hospitaliers, à la démarche projet, préfiguratrices d'un lien ville-hôpital renforcé.....	21
2 Les enjeux du SAS : révélateurs de visions opposées de la prise en charge des SNP ayant conduit à un blocage médical, dépassé grâce à un arbitrage ARS.....	24
2.1 Un projet aux enjeux locaux multiples, attisant des convoitises et entraînant la conduite de projet médicale vers des considérations catégorielles voire individuelles. .	24
2.1.1 Le SAS 06, une occasion d'asseoir les CPTS, comme cadre d'exercice à privilégier pour l'exercice libéral de la médecine.	24
2.1.2 Des acteurs médicaux porteurs d'enjeux financiers et d'intérêts catégoriels qui rendent difficile le compromis, au détriment de l'avancée du projet.	28
2.2 Le SAS comme exutoire nécessaire de conflits latents, dépassés, à la demande des médecins, par un arbitrage institutionnel et non-médical.	32
2.2.1 L'impossibilité d'une résolution médicale amiable, conséquence d'un conflit de rationalités irréconciliables mais désormais exprimées.	32
2.2.2 Une solution de compromis institutionnel, imposée par la médiation de l'autorité de tutelle : une reconnaissance médicale de la légitimité administrative.	34
Conclusion.....	37
Bibliographie.....	40
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARM : Assistant de Régulation Médicale

ARS : Agence Régionale de Santé

ASSUM : Association des Service de Santé et d'Urgences Médicale des Alpes-Maritimes

CH et CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

CHE : Cabinet à Horaires Elargis

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DRP : Directeur Référent de Pôle

GT : Groupe de Travail

MNA : Mission Nationale d'Appui au déploiement de projets SAS

OSNP : Opérateur de Soin Non-Programmé

PDSA : Permanence des Soins en médecine Ambulatoire

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAS : Service d'Accès aux Soins

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SNP : Soins Non Programmés

URPS ML : Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux

Introduction

L'été 2023 ne fera pas exception aux précédents en termes de charge de travail pour les services d'urgences. Les périodes de canicule intense et durable ont considérablement impacté les services de soins par une forte augmentation de la demande en soins non-programmés. Le département des Alpes Maritimes a connu 25 jours en alerte orange canicule au total, entre le début du mois de juillet et la fin du mois d'août, un record en France. Associée à une forte activité saisonnière pendant la période estivale, la problématique de la prise en charge en soins non-programmée se pose ainsi particulièrement dans le département. Les professionnels attendent beaucoup de la mise en place du futur Service d'Accès aux Soins prévue dans les Alpes Maritimes pour le mois de septembre 2023.

Le service d'accès aux soins est défini par l'article L6311-3 introduit dans le Code de la santé publique par la loi Rist¹ comme ayant pour objet « *d'évaluer le besoin en santé de toute personne qui le sollicite, de délivrer à celle-ci les conseils adaptés et de faire assurer les soins appropriés à son état.*

Il assure une régulation médicale commune pour l'accès aux soins, qui associe le service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-2, et une régulation de médecine ambulatoire.

Il est organisé et géré par les professionnels de santé du territoire exerçant en secteur ambulatoire et en établissement de santé.

Il est accessible gratuitement sur l'ensemble du territoire. »

Ainsi, le SAS vient transformer l'organisation du Centre de Réception et de Régulation des appels au 15 (CRRA 15), d'une part en mettant en place un double niveau de décroché appelé N1 – N2 et d'autre part en introduisant une filière de médecine libérale permettant l'orientation des patients ne relevant pas d'un service d'urgences, vers une prise en charge de médecine générale. Le dispositif vise à améliorer la réponse aux urgences vitales par la mise en place du bi-niveau de décroché, auquel est fixé un objectif un décroché des appels en 30 secondes. D'autre part, pour les appels ne relevant pas d'une urgence vitale, le SAS vise à apporter une réponse graduée et territorialisée aux patients, par la mobilisation des acteurs de la médecine libérale : les effecteurs. Cette réponse en effecton est organisée via une plateforme d'agrégation de créneaux de rendez-vous permettant de proposer une solution sous 48 heures maximum à un patient dont la condition clinique relève d'une prise en charge libérale. L'ensemble forme une plateforme de régulation médicale

¹ Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

départementale commune pour l'accès aux soins associant le SAMU et la régulation ambulatoire. Le Service d'Accès aux Soins (SAS) a pour ambition d'organiser une réponse populationnelle aux demandes de soins non programmés et contribuer au désengorgement des urgences tout en permettant un meilleur accès aux soins de ville pour les patients dont la condition clinique ne relève pas d'un service d'urgence. Son objectif peut ainsi être résumé ainsi : offrir « le bon niveau de soin, au bon endroit et au bon moment »².

La difficulté pour les patients de trouver une réponse à leur demande de soins urgents auprès de professionnels de santé libéraux dans un délai raisonnable, les conduit à se présenter aux urgences accentuant ainsi la pression sur ces services déjà en difficulté. La problématique n'est pas nouvelle puisque ce sont les mêmes constats qui ont amené en 1986³ le gouvernement d'alors à mettre en place un numéro unique court pour le SAMU : le 15. Progressivement, les Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA) se sont structurés sur le territoire pour répondre à une augmentation prévisible du nombre d'appels. Le SAMU Centre-15 des Alpes-Maritimes a ainsi débuté officiellement son activité en 1995.

En une vingtaine d'années le nombre d'appels au SAMU Centre-15 du 06 a été multiplié par cinq, passant de 130 000 appels en 1999 à 535 000 en 2022 et le nombre de passages aux urgences a presque doublé entre 2015, date de l'ouverture des locaux actuels et 2022, passant de 70 000 à 100 000 en 2022.

Cette situation s'explique d'une part en raison d'une évolution sociétale qui pousse l'individu à considérer le besoin de santé dans une approche consumériste. Le besoin de santé doit ainsi être satisfait le plus rapidement possible, comme tout autre besoin⁴. Les patients appellent donc le 15 pour des problèmes de santé qui ne relèvent à priori pas de l'urgence mais dont les symptômes ou le contexte génèrent une forme d'urgence dite ressentie. D'autre part, la pénurie de médecins généralistes ne permet pas à ces patients de trouver une réponse à leur demande de soin en ville, ils se tournent donc vers les urgences qui arrivent elles-mêmes à saturation. Cette situation montre l'interdépendance qui existe entre les différents acteurs de l'offre de soins pour la prise en charge des soins non programmés. Les difficultés de la médecine libérale l'empêchent d'assurer la prise en charge des patients relevant de son champ de compétence. Renvoyés vers les urgences, ces patients viennent engorger des services déjà saturés. A l'inverse, la capacité de la médecine de ville d'absorber une partie du flux de SNP nécessite une orientation adaptée des profils de patients. Les SAU représentent *in fine*, une solution résiduelle et l'assurance de pouvoir être examiné. La Cour des Comptes estime qu'environ 20% des patients présent dans un

² Entretien 10, Céline Etchetto, Mission Nationale SAS.

³ Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports

⁴ Gentile, Stéphanie, et al. « Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie », *Santé Publique*, vol. 16, no. 1, 2004, pp. 63-74.

service d'urgence n'en relèvent pas⁵. Ce manque de pertinence des modalités de prise en charge renforce les tensions pour les services d'urgences, générant à la fois du mécontentement pour les usagers mais également pour le personnel soignant, mis en difficulté face à l'afflux de patients.

Les problématiques aiguës en termes de recrutements sont venues fortement impacter les SAU depuis plusieurs années, concernant d'abord les ressources humaines médicales puis non-médicales. Elles se sont illustrées au cours de l'été 2022 lorsque le manque de personnel a conduit à la fermeture totale d'au moins 8 SAU⁶ et des restrictions d'accès dans de nombreux autres. Pour les patients, l'ensemble de ces difficultés peuvent être à l'origine de retard dans les prises en charge, constitutif de pertes de chances. Pour l'été 2023 une campagne a été lancée pour encourager les usagers à systématiquement appeler le 15 avant de se rendre aux urgences. Ces situations montrent que le modèle des urgences ouvertes à tous et accessibles 24h/24 est à bout de souffle et nécessite une transformation en profondeur ainsi qu'une réflexion sur le positionnement des SAU dans le système de prise en charge des SNP.

Pour tenter d'apporter une solution à ces problèmes majeurs dans l'accès aux soins primaires, la première mesure du Pacte de Refondation des Urgences⁷ proposait la mise en place du Service d'Accès aux Soins. Si le SAS en est la mesure phare, le Pacte, doté de 750 millions d'euros, visait plus largement à maintenir la qualité d'accueil et de prise en charge offerte dans les services d'urgences français.

L'idée du SAS n'est pas nouvelle, elle s'inscrit dans la lignée des propositions de réforme des SAU formulées depuis le rapport Grall⁸, en faveur d'une meilleure répartition des prises en charge entre la médecine de ville et les urgences, pour permettre aux SAU de se recentrer sur leur cœur de métier : l'urgence. Le rapport proposait ainsi deux mesures associées au SAS : d'une part il suggérait de revisiter le niveau de prise en charge des urgences, en identifiant des services et antennes des urgences et en labellisant des centres de soins non programmés. D'autre part, le rapport proposait une réorganisation de la régulation médicale avec un recours plus important aux médecins généralistes.

⁵ « Il est ainsi permis de considérer qu'environ 20 % des patients actuels des urgences hospitalières ne devraient pas fréquenter ces structures, et qu'une médecine de ville mieux organisée et dotée des outils idoines devrait pouvoir accueillir une proportion plus importante de ces patients », Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités, Rapport public annuel, Cour des Comptes, février 2019.

⁶ Hôpital : le ministre de la Santé admet que des services d'urgence sont fermés, *Les Echos*, 10 août 2022

⁷ Pacte de Refondation des Urgences, Ministère des Solidarités et de la Santé, 9 septembre 2019

⁸ Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences, Dr JY Grall, Juillet 2015.

La mission conduite par le Professeur Carli et le député Thomas Mesnier⁹ en 2019 a formulé des propositions similaires, notamment dans sa première mesure visant à « recentrer les structures d’urgences sur leur cœur de métier et garantir une réponse adaptée aux patients dans leur prise en charge ». De ce rapport découle le Pacte de Refondation des urgences qui porte le SAS.

Au cours de l’année 2020, 22 établissements siège de SAMU ont été sélectionnés pour être des sites pilotes d’une première phase de déploiement des SAS en 2021¹⁰.

A distance de ce démarrage, la mission flash sur les urgences conduite par le Dr François Braun en juin 2022, est venue confirmer l’intérêt du dispositif SAS et suggérait dans sa recommandation 7 « d’accompagner la généralisation du SAS à partir de l’automne 2022 »¹¹. Ces mesures dites « mesures Braun » ont ensuite fait l’objet d’une évaluation à l’issue de la période estivale par une mission de l’Inspection Générale des Affaires Sociales¹² qui est venue confirmer la pertinence et l’utilité du SAS notamment pour permettre une régulation du flux à l’entrée des urgences.

François Braun, devenu entre-temps Ministre de la Santé a annoncé, le 3 octobre 2022 en conclusion de la journée de lancement du Conseil de la Refondation en Santé, la généralisation du Service d’Accès aux Soins à l’ensemble des 101 SAMU de France. L’instruction portant à proprement parler sur la généralisation est venue apporter davantage de précisions quant aux modalités pratiques de généralisations, affinées avec les remontées issues des SAS pilotes et des premières difficultés liées à la généralisation¹³.

Pour accompagner la généralisation du SAS, une mission nationale a été constituée par le Ministre de la Santé François Braun. Démarrée en avril 2023 et achevée en juillet, elle a pour but de dresser un bilan de l’avancée du déploiement des SAS. En se rendant dans chaque région et en rencontrant l’ensemble des acteurs des projets SAS, l’objectif de la mission est d’identifier et de faire remonter les difficultés rencontrées par les différentes équipes projets. Il s’agit également pour les membres de la mission de proposer un accompagnement opérationnel à l’ensemble des acteurs mobilisés sur les projets SAS en cours.

⁹ Rapport de la mission Carli-Mesnier « Pour un Pacte de Refondation des Urgences », décembre 2019.

¹⁰ Instruction DGOS/R2/2020/129 du 24 juillet 2020 relative aux attendus pour la désignation de projets pilotes expérimentateurs du service d'accès aux soins.

¹¹ Rapport de la Mission flash sur les urgences et les soins non-programmés, juin 2022.

¹² Rapport de la Mission d’évaluation des mesures pour les soins urgents et non programmés - été 2022, Inspection Générale des Affaires Sociales, septembre 2022.

¹³ Instruction DGOS/R2/PF5/2022/270 du 23 décembre 2022 relative aux attendus pour la mise en place du Service d'accès aux soins (SAS) dans les territoires dans le cadre de la généralisation progressive du dispositif

L'annonce de la généralisation du dispositif a donné le coup d'envoi d'une démarche projet préparée avec la parution d'un guide DGOS à destination des ARS dès mars 2022. A partir de cette date, les ARS ont lancé de concertations pour faire connaître le projet et rencontrer les acteurs (établissements siège de SAMU et médecins libéraux). Peu avant l'annonce de la généralisation, soit en septembre 2022, une démarche projet a été lancée par l'ARS siège et reprise par la délégation départementale. Structurée par des Comités de Pilotage au niveau régional et départemental, ainsi que des groupes de travail thématiques (Effectif, Gouvernance, Régulation) cette démarche a permis de construire le SAS 06 qui lancera ses activités au 25 septembre 2023.

Les pilotes et les rapporteurs pour chaque groupe ainsi que les membres ont été désignés par la DT ARS, choisissant des interlocuteurs déjà identifiés au niveau départemental. La composition du pilotage respecte un équilibre dans la représentation ville-hôpital en associant au moins un médecin hospitalier et un médecin libéral dans le pilotage de chaque groupe. Par ailleurs, la composition des groupes et la désignation des pilotes et membres tient compte des équilibres locaux pré-existants à la mise en place du SAS au sein de la médecine libérale. L'URPS se trouve ainsi représentée, aux côtés du collectif des CPTS appelé « inter-CPTS » et enfin de l'ASSUM dans chaque groupe de travail.

Le SAMU 06 se distingue des autres départements car depuis son démarrage officiel le 21 janvier 1995, le CRRA du SAMU des Alpes Maritimes fonctionne selon une organisation préfiguratrice du Service d'Accès aux Soins. L'organisation de la régulation associe deux lignes de régulation médicales hospitalières d'AMU et une puis récemment deux lignes de régulation médicale libérale de SNP pour apporter une réponse adaptée aux patients, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

La régulation libérale est assurée depuis l'origine par des médecins adhérent à l'Association des Service de Santé et d'Urgences Médicale des Alpes-Maritimes (ASSUM 06). Créée en 1988, l'ASSUM 06 est une association qui fédère les médecins régulateurs généralistes du département, plusieurs associations et structures d'effectif de soins non programmés. La mission principale de l'ASSUM 06 est d'organiser la réponse de médecine générale en période de permanence des soins ambulatoires (PDSA). Dès 1990, le CHU de Nice et l'ASSUM 06 se sont engagés dans la signature d'une convention organisant la prise en charge, par l'ASSUM, de la régulation médicale libérale au SAMU CRRA-15 en journée, hors permanence des soins ambulatoire (PDSA) et en horaires de PDSA. L'ASSUM 06 assure donc une régulation médicale libérale du Centre 15 au SAMU 06, 24 heures sur 24.

Plus largement, le SAMU 06 n'est pas épargné par les différentes problématiques nationales touchant les services d'urgences. En dépit d'une densité médicale libérale plutôt

favorable comparativement aux moyennes nationales¹⁴, le nombre de passages aux urgences est en constante augmentation de même que les appels au 15. Environ 60%¹⁵ des appels au 15 dans le 06 relèvent de la médecine libérale, une proportion supérieure à celle des autres départements de la région PACA comprise entre 40 et 50%. Le département présente ainsi des problématiques très similaires à celles constatées au niveau national car la démographie médicale en apparence plus favorable cache une réalité plus contrastée. D'une part, le nombre de médecins généralistes ne proposant plus de consultations de médecine générale mais proposant d'autres types de prise en charge (médecine intégrative, esthétique...) est conséquent. D'autre part, cette situation est associée à un âge moyen des médecins généralistes plus élevé que dans d'autres départements. Le résultat est une baisse significative, de l'ordre de 14 points, du nombre de médecins généralistes dans le département entre 2011 et 2021¹⁶ qui renforce les difficultés d'accès aux soins pour les patients.

Les professionnels libéraux ont cependant tenté de réagir en se saisissant des outils mis en place comme les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). L'engagement d'un nombre important de médecins dans ces dispositifs a permis une structuration plus aboutie de la médecine libérale. Ainsi, plusieurs structures d'exercice, coordonné ou non coexistent et plusieurs médecins du département sont également engagés dans des organisations professionnelles régionales ainsi qu'à l'Ordre. Pour le SAS, cette structuration avancée par rapport à d'autres départements, constitue à la fois un atout car la médecine libérale est représentée et organisée pour prendre en charge la demande en soins non-programmés. L'ancrage local fort des acteurs ainsi que les intérêts qu'ils défendent ont cependant ponctué la démarche projet de ralentissement voire de blocages, soldés par la mise en place d'une médiation ARS. Le pilotage du projet SAS 06 a dû prendre compte de ces réalités et composer avec les enjeux de pouvoirs latents au sein de la médecine de ville. La coexistence de plusieurs structures de représentation de la médecine libérale (URPS, inter-CPTS, ASSUM) au sein du projet SAS a révélé une forme de concurrence entre-elles pour le pouvoir. Par ailleurs, les intérêts de chaque organisation ont été incarnés par des personnalités fortes et engagées qui ont trouvé dans le SAS le moyen de leur expression.

Ainsi présenté, chacun des acteurs trouve dans le projet SAS un moyen de pousser son organisation ainsi que la vision qu'il défend.

¹⁴ Portrait socio-sanitaire du département des Alpes Maritimes, Observatoire Régional de la Santé PACA, Septembre 2022

¹⁵ Entretien n° 3, Marie Lopez, chef de projet SAS, ARS PACA.

¹⁶ Portrait socio-sanitaire du département des Alpes Maritimes, Observatoire Régional de la Santé PACA, Septembre 2022, précité.

Le CHU a un rôle structurant dans le déploiement du SAS, puisqu'il est siège de SAMU et les transformations organisationnelles liées au SAS viendront d'abord impacter la régulation, en termes RH mais aussi de ressources matérielles. Pour cette raison, la direction du CHU est représentée dans le GT régulation et le GT gouvernance par la Directrice référente du pôle urgences, Mme Conan, positionnée en rapporteur. Le suivi opérationnel de projet en interne s'opère par des instances au sein desquelles siègent la directrice, la cadre de pôle Mme Duchosoy, la responsable soignante de pôle urgences, Mme Kacemi ainsi que le chef de pôle Dr Tardieux et son adjoint Dr Giolito. Ce comité de projet traite ainsi des problématiques portant sur les ressources humaines mais également les systèmes d'information ou les travaux. En interne, ce COPTOJ est chapeauté par un comité de pilotage au sein duquel siègent l'ensemble des directions fonctionnelles concernée ainsi que le Directeur général et le trio de pôle. L'ensemble de cette organisation devant permettre l'ouverture du SAS prévue pour le mois de septembre 2023.

La période de mise en œuvre du projet SAS 06 coïncide, pour le CHU de Nice, avec un changement de gouvernance impulsé par l'arrivée du nouveau Directeur général, Rodolphe Bourret. Ancien Directeur général du CH de Valenciennes, M. Bourret a souhaité mettre en place une méthode de délégation polaire renforcée, positionnant les médecins chefs de pôles en responsabilité à travers des délégations de signature. Cette nouvelle modalité de gouvernance ne sera effective qu'à compter du 1er janvier 2024, néanmoins, la nouvelle philosophie de gouvernance a infusé dans les modalités de pilotage du projet SAS et s'est développée en parallèle de celui-ci. Ceci d'une part en raison de la forte présence des médecins dans les groupes désignés par l'ARS qu'ils soient hospitaliers ou libéraux, et d'autre part en lien avec la répartition des compétences effectuée entre la Directrice et le trio de pôle des urgences.

Le SAS 06 rassemble ainsi l'ensemble des acteurs de la médecine libérale et les médecins urgentistes hospitaliers autour d'un projet commun de transformation de l'accès aux urgences et aux soins non-programmés. L'ensemble des pilotes médicaux doivent, avec le concours de la direction du CHU et de l'ARS, proposer une organisation et la mettre en place pour ouvrir le SAS à bref délai. Le choix de mobiliser prioritairement des médecins sur les GT ARS mais aussi en interne au CHU, fait écho aux réflexions en cours au niveau national, menées par la mission Claris-Baille. La participation médicale à la gouvernance, autrement appelée « médicalisation » de la gouvernance représente une évolution importante dans la manière de concevoir l'hôpital et plus largement la conduite de projet. La réflexion amène à envisager une mise en responsabilité accrue des médecins sur les projets institutionnels, de la même façon que ce que propose M. Bourret pour le CHU de Nice.

Dans le projet SAS, la démarche de projet est caractérisée par la présence à la fois de la médecine hospitalière et libérale aux côtés de directeurs et d'administratifs issus de l'ARS. L'ampleur du projet et le nombre d'acteurs impliqués renforce l'intérêt d'une analyse pour déterminer l'impact de la composition des groupes de travail sur le projet final. Cette analyse devra permettre de dégager des enjeux et des enseignements de la participation médicale renforcée au pilotage de projet.

D'une part, les conséquences d'une forte présence des médecins dans la démarche projet est à interroger en comparaison de projets construits avec pilotage administratif plus marqué. La contribution médicale à la démarche de projet nécessite d'être appréhendée en tenant compte de leur statut mais également du contexte local dans lequel chacun s'inscrit. La présence en responsabilité sur le projet de personnel administratif, souvent décrits comme éloignés des réalités vient questionner les avantages conférés par le statut médical dans la démarche projet mais également ses inconvénients. Cette analyse permet ainsi de mettre en avant les clés de la collaboration médico-administrative sur un projet.

D'autre part, la présence de médecins libéraux, avec des modalités d'exercice différentes amène à prendre en compte les relations entre pairs et les enjeux de pouvoirs à l'œuvre. Loin d'une communauté médicale unifiée, le projet met en avant les dissensions entre médecins et leur difficulté à se départir d'intérêts catégoriels au profit d'un projet commun, au bénéfice des patients. Les situations de blocage rencontrées dans la démarche de projet montrent ainsi une divergence dans le positionnement entre libéraux et hospitaliers mais illustrent aussi la nécessité d'une présence institutionnelle administrative pour guider les acteurs et parfois se positionner en arbitre des conflits au sein de la communauté médicale. L'ensemble du projet est en effet accompagné par des membres de la Direction et du personnel administratif et soignant, leur rôle dans un projet au pilotage fortement médicalisé est ici analysé de manière.

Il s'agira donc d'examiner à travers ce mémoire quels sont les enjeux de la participation médicale à la conduite de projet et ses apports, s'appuyant sur l'exemple du déploiement du SAS 06.

Pour ce travail d'étude et d'analyse, j'ai pu m'appuyer sur ma propre participation en tant qu'acteur de la mise en place du SAS. Positionné en co-pilotage pour le CHU, aux côtés de la Directrice référente du pôle urgences, j'ai participé à l'ensemble des groupes de travail depuis décembre 2022 ainsi qu'au suivi opérationnel en interne, en lien avec les médecins et le personnel administratif du CHU mobilisé pour le projet. Cette participation en immersion au sein du projet m'a permis d'accéder à de nombreux documents et informations au cours du déroulé du projet, qui servent à l'analyse ici proposée.

Ce positionnement m'a également offert un accès privilégié aux différents acteurs du projet. Pour réaliser ce travail de recherche et d'analyse, j'ai donc choisi de proposer une étude qualitative alimentée par des entretiens avec des acteurs clé du projet. Ces entretiens ont été réalisés avec des acteurs médicaux mais également administratifs de l'ARS DT 06, de l'ARS PACA, du CHU de Nice et de la Mission Nationale d'appui SAS. L'ensemble des entretiens a été réalisé sur les mois de juin et juillet 2023, en partant des acteurs les plus éloignés de la décision et positionnés les plus bas hiérarchiquement, pour terminer par les référents du projet au CHU de Nice. Ces entretiens suivent la méthode de l'entretien semi-directif, suivant un guide élaboré en amont et adapté selon le type d'interlocuteur et ses réponses. La majorité ont été réalisés en présentiel et individuellement, à l'exception de l'entretien avec les représentants ARM. Ils siégeaient à deux dans les instances et il ne paraissait pas pertinent de les dissocier. L'ensemble des entretiens ont par ailleurs été enregistrés et un verbatim est fourni en annexe du présent mémoire¹⁷.

La méthode adoptée permet de comprendre comment chaque acteur a construit son positionnement sur le projet mais également comment il a perçu le rôle des autres acteurs. La focale placée sur la participation médicale, amène chaque acteur à interroger ses propres relations avec les membres de la communauté médicale sur le projet. Les données issues de ces échanges nourrissent le présent mémoire et permettent de croiser divers points de vue et perceptions de l'apport des médecins sur un pilotage de projet.

Ces perceptions et l'analyse qui en découle comportent cependant plusieurs biais :

Tout d'abord, mon positionnement en tant qu'acteur du projet amène à interroger des personnes avec lesquelles j'ai moi-même collaboré, et qui ont comme moi assisté aux évolutions du projet et à son déroulement. Cette situation crée une forme de connivence avec l'interlocuteur qui a parfois limité les développements proposés, considérant qu'un niveau d'information et de connaissance du projet était acquis.

D'autre part, en tant qu'élève-directeur, j'ai identifié trois biais dans mon analyse :

- Le premier biais réside dans les réponses de certains acteurs qui pouvaient percevoir un lien hiérarchique entre nous, cela a pu induire des réponses insincères, par crainte de remontées.
- Le second biais venant de mon positionnement d'élève-directeur au CHU de Nice qui a pu orienter les relances de façon orientée en faveur du CHU.
- Enfin, le troisième biais vient de mon appartenance à l'hôpital par rapport aux acteurs de premier recours ou de ville qui a pu induire de leur part des réponses attendues.

Douze entretiens ont donc été réalisés avec les différents acteurs du SAS et sont résumés dans le tableau suivant.

¹⁷ Annexe 3

	Institution		Fonction	Date de l'entretien
CHU de Nice	C. Conan	CHUN	Directrice référente du pôle urgences	25-juil-23
	Dr Giolito	CHUN	Chef de service des urgences - Pilote du projet SAS	26-juil-23
	A. Duchossoy	CHUN	CAP	04-juil-23
	S. Kacemi	CHUN	RSP	24-juin-23
	S. Imbert	CHUN	Représentants des Assistants de Régulation Médicale	16-juin-23
	C. Lenoble	CHUN		
ARS PACA	M. Lopez	ARS PACA	Chef de projet SAS	27-juin-23
	S. Ayad-Zeddani	DT 06	Chargée de mission SNP	29-juin-23
Médecins libéraux	Dr. Terramorsi	ASSUM	Président de l'ASSUM 06	05-juil-23
	Dr Gerschtein	Inter CPTS	Président de l'Inter CPTS	11-juil-23
	Dr Saccomano	URPS	Président de l'URPSML 06	12-juil-23
	Dr Guerville	CPTS	Président de la MSP NICE CENTRE-EST Coprésident de la CPTS NICE CENTRE-NICE EST	04-juil-23
Mission Nationale d'Appui SAS	Céline Etchetto	MNA SAS	Directrice déléguée à l'organisation de l'offre de soins et à la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles, ARS Occitanie, membre de la mission nationale.	13-juil-23

Le projet SAS amène un nombre important d'acteurs à travailler en commun pour la structuration d'un projet de transformation du système de santé. Si l'ensemble des personnes impliquées sont liées par leur profession au service des patients, la plupart n'ont jamais été amenés à travailler conjointement par le passé. Interroger l'apport d'une participation médicale à la gouvernance de projet amène tout d'abord à examiner la nature des rapports qui sous-tendent ce travail en commun (I) avant d'examiner leurs effets sur le déroulement d'un projet national, adapté au contexte local (II).

1 Un tandem médico-administratif aux compétences multiples, mises au service de la conduite de projet.

Interroger les apports de la participation médicale à la gouvernance de projet SAS amène tout d'abord à examiner les termes de la collaboration entre acteurs sur le projet. Pour cela, un examen de leurs sources de légitimité et des liens qui rattachent médecins et administratifs au projet est proposé (1.1). Interroger la légitimité des médecins permet de révéler la dimension de terrain fortement attachée à la pratique médicale, qui fédère les médecins exerçant auprès des patients mais qui est également à l'origine d'une forme de désunion de la communauté médicale prise dans son ensemble (1.2).

1.1 Des sources de légitimité complémentaires mais parfois remises en cause au sein de la communauté médicale

En apparence la distinction entre statut administratif et statut médical apparaît pertinente pour distinguer les sources de légitimité. Cependant, en l'absence de lien hiérarchique entre les acteurs, le travail en commun sur le projet et le positionnement en pilotage de certains acteurs pousse à analyser les relations entre acteurs en utilisant les théories du leadership (1.1.1). L'analyse ici conduite permet d'entrevoir une autre distinction dans la reconnaissance de légitimité, reposant davantage sur l'engagement de terrain, par opposition à des engagements institutionnels perçus comme éloignant le praticien de son activité clinique et donc des réalités vécues par ses confrères (1.1.2).

1.1.1 L'absence de hiérarchie entre les acteurs qui amène à envisager une nouvelle approche par le leadership pour analyser la conduite de projet.

La conduite du projet SAS 06 regroupe des acteurs institutionnels du CHU, de l'ARS et de la médecine libérale à la fois administratifs et médicaux. Le caractère nouveau de la collaboration entre tous ces acteurs ne se connaissant pas, rassemblés pour le projet SAS a nécessité de trouver les voies et moyens pour collaborer et structurer le projet.

En l'absence de lien hiérarchique entre les médecins engagés sur le projet et les responsables administratifs, le pilotage a été structuré par l'ARS en s'appuyant sur des interlocuteurs déjà positionnés en responsabilité dans leurs organisations respectives. Si l'ARS est à l'impulsion du projet, elle ne dispose pas d'un lien hiérarchique avec les médecins libéraux, régis par l'Ordre des Médecins et ses déclinaisons régionales et départementales. L'ARS est l'autorité de tutelle du CHU et par conséquent oriente son action et celle du personnel administratif et médical. Enfin, au sein du CHU, la directrice n'a

pas de lien hiérarchique avec les praticiens hospitaliers engagés sur le projet, encore moins avec les médecins libéraux. Ainsi présentés, les liens entre acteurs reposent donc sur une reconnaissance mutuelle de la légitimité de chacun et de son positionnement dans le SAS. Pour comprendre les fondements du pilotage de projet, il convient donc de s'intéresser aux ressorts ayant permis aux pilotes, désignés par l'ARS, d'assumer leur rôle en l'absence de liens hiérarchique établis. Par son ampleur, le projet a également eu besoin d'un pilotage global pour permettre à l'ensemble des groupes de travail ARS mais également internes au CHU de fonctionner de façon coordonnée.

Le pilotage repose sur une capacité et une compétence reconnue au pilote en charge de mener à bien le projet. Pour le SAS, les pilotes au niveau du territoire sont exclusivement des médecins libéraux et hospitaliers. Pour le CHU, la directrice référente du pôle urgence a été désignée comme co-pilote du projet avec le vice-chef de pôle Urgences. Le fonctionnement équilibré et harmonieux entre les pilotes a contribué au succès du projet, dans un contexte à priori peu favorable compte tenu de la diversité d'acteurs et de l'absence d'expériences de collaboration antérieures. L'examen de ce fonctionnement pluripartite amène à recourir à des outils d'analyse du leadership, en l'absence d'une ligne hiérarchique reliant les acteurs.

Le leadership tel que théorisé par Mary Parker Follett¹⁸ permet de comprendre les modalités de la gouvernance de projet du SAS 06. Les théories du leadership développées par l'auteur analysent les ressorts du management et de l'exercice de son autorité. La méthode de management adoptée par l'ensemble des acteurs du SAS se caractérise par son absence de recours à la contrainte. Pour Follett, cette absence de contrainte est la caractéristique d'un bon manager, qui utilise la finalité du projet comme moyen de mobiliser les acteurs. L'absence d'expérience de collaboration antérieure entre les acteurs du SAS a donc nécessité une première phase de partage autour des objectifs du projet afin d'atteindre une vision commune et fédératrice pour les personnes engagées. Le partage de ces enjeux a naturellement permis à chaque acteur de déduire son rôle et les attendus en fonction de sa compétence, rattachant ainsi l'autorité à la compétence de chacun, et non à la hiérarchie. Les compétences de chaque acteur déterminent son positionnement dans la structure de projet, de sorte que les médecins se sont logiquement positionnés sur la construction opérationnelle du projet dans ses dimensions touchant à la régulation et à l'effectif. Le pilotage global incombant à la directrice, appuyée pour l'ingénierie de projet par les responsables administratifs et soignants du pôle urgence, ainsi que par l'ARS. Ainsi appliquée au projet SAS, la théorie du leadership Follettien montre que le manager, en l'occurrence la Directrice émerge comme l'acteur légitime pour assurer la coordination globale du projet et garante de la cohérence d'ensemble. Sans recourir à la contrainte, la

¹⁸ Groutel, Emmanuel, Frédéric Carluet, et Fabrice Le Vigoureux. « Le leadership follettien : un modèle pour demain ? », *Management & Avenir*, vol. 36, no. 6, 2010, pp. 284-297.

coordination de l'ensemble des acteurs repose sur une méthode de gestion de projet collaborative, intégrant les différentes parties prenantes au projet. Le pouvoir n'est ainsi pas captif d'une seule personne mais diffus et exercé par et avec l'ensemble des acteurs.

Les acteurs du projet coconstruisent le projet, à travers les différentes instances mises en place. Ce système d'influence réciproque sur la conduite de projet permet de limiter la conflictualité tout en suscitant l'engagement de chacune des parties prenante, convaincue de sa légitimité et de sa capacité à contribuer à la réussite d'un projet collectif.

Cette approche théorique de la méthode de conduite du projet SAS se trouve être illustrée à de nombreuses reprises dans les entretiens menés, que ce soit avec des médecins ou du personnel administratif.

Quel est selon vous le rôle du directeur référent sur ce projet ?

« Trouver un bon équilibre entre la médicalisation et l'administration c'est pouvoir laisser aux médecins exprimer toute leur expertise sur ce qui est bon pour les patients et nous laisser avoir un rôle de cadenceurs quand l'engagement de chacun des acteurs peut nuire à l'organisation qu'on met en place ». C. Conan,DRP

« Mme Conan a eu cette capacité en GT d'animation, de fédérer et de temporiser des échanges qui pouvaient dérapier. » M. Lopez, ARS PACA.

« Camille Conan, c'est LA personne ressource côté CHU. Elle a la vision globale et stratégique. Le Dr Giolito c'est un pilotage plus opérationnel, technique, médical sur le cœur de métier SAMU, le projet leur doit beaucoup ». S. Ayad-Zeddami, DT 06

« Un accompagnement stratégique, garante des valeurs institutionnelles et rôle de portage du projet dans les instances ». A. Duchossoy, CAP

« Elle donnait les axes, elle écoutait les remontées de terrain, apportait des précisions si nécessaire. Elle a laissé les équipes gérer car elles ont la compétence de terrain ». S. Imbert et C. Lenoble, Représentants ARM.

« Il faut deux jambes pour marcher : les professionnels de santé pour injecter de la créativité et de la dynamique médico-soignante et directeur pour piloter et structurer la dynamique. Quand on a les deux, il n'y a rien d'impossible. ». Dr Gershtein, inter-CPTS.

Les acteurs identifient, sans la rattacher à ce type de leadership, les caractéristiques du leadership Folettien dans la méthode de conduite de projet mise en place dans les groupes de travail et surtout en interne au CHU de Nice. Cette méthode de projet positionne la directrice en rôle de pivot, pour les acteurs du CHU mais plus largement sur l'ensemble du projet SAS. Elle représente également une ressource et un repère pour l'ensemble des acteurs sollicitant un rappel du cadrage ou un besoin d'arbitrage sur une question avec un impact transversal sur le projet.

L'émergence d'un manager sur le projet a permis l'engagement des acteurs dans une démarche projet équilibrée. L'exercice partagé du pouvoir entre les acteurs et l'engagement

plus marqué de certains acteurs médicaux, amène à affiner l'analyse du pilotage de projet en prenant en compte les sources de légitimité positionnant chacun au sein de la démarche globale.

1.1.2 La connaissance du terrain comme source supplémentaire de légitimité bénéficiant aux médecins « promoteurs ».

Sans que la répartition des rôles entre médecins et administratifs ait été clairement formalisée en amont par l'ARS ou au sein de l'équipe projet du CHU, chaque acteur s'est positionné assez naturellement pour apporter son plein potentiel dans le projet. Ainsi, les médecins se sont davantage penchés sur des aspects opérationnels, touchant à l'organisation et au fonctionnement de la régulation ou à l'effectif et les administratifs sur la conduite globale du projet. Ces thématiques correspondent à des domaines dans lesquels les pilotes disposent d'une compétence reconnue. Cette reconnaissance leur octroie une légitimité pour se positionner de façon valable sur des aspects limités du projet ou au contraire à prendre part à son pilotage global.

Les travaux de Max Weber portant sur l'analyse de la domination¹⁹, permettent d'appréhender ces interactions entre professionnels médicaux et administratifs. Il identifie trois fondements de la légitimité de la domination, que sont la domination légale rationnelle fondée sur le droit, la domination traditionnelle fondées sur des croyances et des usages et enfin la domination charismatique fondée sur les émotions.

L'hôpital et le système de santé sont une forme de bureaucratie, objet de l'analyse de Max Weber. Ce phénomène bureaucratique repose avant tout sur une forme de domination légale rationnelle, légitimée par le droit. Cette légitimité prend la forme d'un concours pour le directeur et le praticien hospitalier suivi d'un acte de nomination. De la même façon pour le médecin libéral, son inscription à l'ordre lui permet d'exercer légalement la médecine. Les fondements de la légitimité des différents acteurs du projet SAS 06 repose donc sur des fondements similaires, légitimés par le droit.

La pratique de la médecine est naturellement reliée à des actes cliniques opérés au contact du patient et en lien avec les équipes soignantes. Ce lien avec le terrain, apporte une connaissance des organisations et des enjeux qui pèsent sur les différents acteurs dans un environnement de travail donné. Elle apporte également une reconnaissance de la part des équipes avec qui le médecin collabore, nouant ainsi une relation de confiance et d'estime réciproque. Pour la régulation, le Dr Giolito travaille ainsi en lien direct avec les

¹⁹ Weber, Max. « Les trois types purs de la domination légitime (Traduction d'Elisabeth Kauffmann) », *Sociologie*, vol. 5, no. 3, 2014, pp. 291-302.

ARM qui l'identifient à la fois comme une personne digne de confiance, un médecin régulateur mais aussi comme un responsable managérial.

Cette reconnaissance du terrain confère au médecin une source de légitimité supplémentaire dont ne peut difficilement se prévaloir un directeur d'hôpital. Ainsi, les données issues des entretiens font apparaître que le médecin bénéficie en plus de son statut de praticien, d'une légitimité qui peut être qualifiée de traditionnelle. Elle repose sur une reconnaissance du statut de médecin et de son engagement de terrain, dans le service. Ces caractéristiques sont identifiées et reconnues par les équipes médicales et paramédicales, par opposition avec le personnel administratif. Dans le cadre du projet SAS, la directrice copilote du projet s'appuie ainsi sur les médecins managers du pôle urgences pour faire avancer le projet notamment dans sa dimension liée aux ressources humaines ARM.

Qu'est-ce que ça apporte la forte médicalisation de ce projet ?

« De la véracité dans le fonctionnement, une valeur d'acceptabilité pour les équipes de terrain, ça limite les problématiques sociales liées au projet ». A. Duchosoy, CAP

« C'est pour ça que le portage médical est intéressant, les médecins sont en relation constante avec le terrain donc aux yeux des agents il y aura une différence en termes de légitimité ». S. Kacemi, RSP

« Le fait qu'il y ait une participation médicale permet d'être davantage écoutés en tant qu'experts de terrain ». S. Imbert et C. Lenoble, Représentants ARM.

« quand on implique les acteurs de terrain, ça change la philosophie de la construction et ça donne beaucoup plus de chances de succès au projet. » Dr Guerville, CPTS Nice centre-Nice Est.

Cette légitimité conférée par le terrain est également source de divergences au sein même de la communauté médicale. La légitimité de l'URPS et des médecins exerçant à l'ARS a ainsi été plusieurs fois remise en cause par les différents acteurs médicaux engagés sur le projet SAS. Les médecins positionnés en responsabilité institutionnelle au sein de l'ARS ou de l'URPS voyaient ainsi leur engagement sur le projet SAS interrogé. Considérant qu'en l'absence de lien direct entre leur organisation et le patient, ils n'étaient pas légitimes à prendre part aux débats, au contraire de leurs confrères se présentant comme des « médecins de terrain ». Les médecins de l'URPS et de l'ARS ont été décrits comme des médecins institutionnels, fortement liés aux autorités de tutelles et par conséquent peu au fait des réalités de l'exercice médical libéral. Cette approche souligne l'importance pour le médecin du lien direct avec les services et les patients au risque de perdre en crédibilité et en légitimité vis-à-vis de ses confrères. Ainsi la légitimité des médecins URPS et ARS à s'exprimer au nom d'une communauté médicale a été fortement contestée de même que

la légitimité des médecins ARS de formuler des recommandations à l'endroit des médecins libéraux²⁰.

Ainsi, l'exercice de terrain représente pour le médecin un marqueur fort et reconnu de son engagement. Il lui permet de disposer d'une légitimité suffisante aux yeux de tous pour s'engager ensuite dans des projets institutionnels tout en conservant un lien avec le terrain. Ces médecins sont connus et reconnus comme légitimes à exercer des responsabilités, en raison de leur engagement dans l'institution ou le service. Ces médecins sont qualifiés de « promoteurs »²¹ en raison de leur positionnement de premier plan mais également de leur capacité à entraîner sur un projet donné, des équipes et/ou leurs pairs. La légitimité conférée par la connaissance du terrain est ainsi un tremplin pour le médecin lui permettant de s'engager sur des projets institutionnels. Pour les porteurs de projet, ce type de médecin permet de mobiliser et de susciter la confiance des acteurs pour qu'ils s'engagent dans un projet donné. Le docteur Giolito est un exemple de médecin promoteur dans le SAS, au même titre que le Docteur Gerschtein pour la médecine libérale. Lors de travaux menés pour le groupe de travail régulation, il a favorisé l'acceptation de l'organisation en bi-niveau du décroché, à laquelle une partie des ARM n'était pas favorable initialement. Son engagement sur le projet SAS, coïncidant avec sa nomination à la vice-chefferie de pôle a indéniablement contribué à sa montée en compétence et en responsabilité sur le projet, au point d'en devenir un acteur majeur aux cotés de la directrice.

Quelle articulation entre la DRP et le Dr Giolito en pilotage sur le projet ?

« Ce projet l'a aidé à se structurer et à appréhender les choses différemment, dans un cadre institutionnel ». A. Duchossoy, CAP.

« Les Dr Tardieux et Giolito sont conscient de l'apport du personnel médical et administratif dans la gouvernance de projet et laissent à chaque acteur sa place. Ils ont une conscience de l'expertise et des compétences de chacun. » S. Kacemi, RSP

« Le travail du Dr Giolito sur la régulation et l'accompagnement au changement a été déterminante pour la conduite de projet ». S. Ayad-Zeddami, DT 06

Le développement d'un leadership reposant sur les compétences, a permis la structuration du projet guidé par des pilotes médicaux et administratifs fonctionnant de façon harmonieuse. Leurs positionnements thématiques et leur implication dans les différents niveaux de gouvernance du projet ont favorisé l'équilibre mais également la légitimité des

²⁰ « Ce n'est pas facile, les médecins libéraux sont très critiques vis-à-vis des médecins de santé publique en général, avec ce côté « vous n'avez plus de patientèle depuis des années, voir vous n'en avez jamais eu, donc vous nous donnez des leçons mais vous n'en savez rien » ». Entretien n°5, M.Lopez, chef de projet SAS, ARS PACA.

²¹ Monneraud, Lise. « Les médecins « promoteurs » dans l'action publique de la santé : un nouveau type de sacerdoce », Revue française des affaires sociales, no. 2-3, 2011, pp. 276-296.

décisions adoptées. Après avoir interrogé les sources de légitimité des acteurs et analysé les conditions de leur participation, les modalités de leur collaboration doivent être examinées pour comprendre les éléments structurants de la démarche de projet. Depuis le lancement effectué par l'ARS jusqu'à la fin du groupe de travail régulation, la complémentarité médico-administrative est un marqueur du déroulement du projet SAS 06 bien qu'elle ne relève pas d'une volonté institutionnellement exprimée.

1.2 Une démarche projet réussie, reposant sur la complémentarité des expertises médicales et administratives.

La démarche de projet SAS a permis d'aboutir à un projet commun de renouvellement des prises en charge en SNP dans les Alpes Maritimes. Chacun dans son rôle, les acteurs positionnés en responsabilité ont travaillé conjointement permettant de faire advenir un projet solide dans les délais impartis. L'efficacité de la collaboration médico-administrative est clairement établie dans le projet SAS. Cependant, cette répartition nécessite d'examiner les liens de collaborations existants entre chacun des acteurs, pour comprendre son apport au projet. Si le projet SAS a permis de construire un tandem médico-administratif de collaboration pérenne au CHU (1.2.1), le projet a également permis de rapprocher la médecine libérale et les hospitaliers (1.2.2).

1.2.1 Le tandem médico-administratif équilibré comme élément déterminant pour accompagner la démarche projet et la conduite du changement.

Le canevas national pour l'organisation opérationnelle des SAS est décliné par les délégations ARS dans chaque département. Si les contours attendus du projet apparaissent clairement dans l'instruction diffusée en fin d'année 2022, les instructions successives ne donnent cependant pas de recommandations quant à la méthode de projet à adopter. Cette marge de manœuvre laissée aux ARS leur permet d'adapter la mise en œuvre des SAS au contexte local et aux enjeux de pouvoirs donnés sur un territoire. Cependant, elle peut également être perçue comme une difficulté pour la DGOS de se positionner sur un cadre national unique, compte-tenu de l'ampleur du projet et de son caractère inédit au regard des acteurs qu'il rassemble. Le travail de la Mission Nationale a ainsi permis de mettre en avant les difficultés qui ont pu émerger à cause de cette absence de cadrage, notamment dans des territoires avec une médecine de ville peu structurée et des acteurs de la ville et de l'hôpital sans aucun lien préalable. Ce manque de cadrage a été ressenti par l'ensemble des acteurs du projet SAS, notamment au lancement. Le caractère nouveau du projet dans ses objectifs et sa dimension a contraint les acteurs à

innover pour permettre de développer un projet concerté tout en tenant compte d'une injonction politique de mise en œuvre à bref délai.

« Le projet a manqué de structuration en amont qui aurait permis de dérouler plus rapidement ». C. Conan, DRP

« Le cadrage a manqué sur la partie socle, parce que la partie territoriale est logiquement adaptée selon les territoires ». C. Etchetto, MNA

« La méthode de conduite de projet a également impacté le projet car le projet SAS a été lancé sans attendre l'évaluation des SAS 2021 donc sans aucun élément issu de l'expérimentation. » Dr Saccomano, URPS ML

Ainsi le choix de l'ARS a été de désigner un binôme médico-administratif chargé de la coordination régionale du déploiement des différents projets SAS. Ce dispositif associe donc des compétences en ingénierie de projet, avec une expertise technique et scientifique apportée par le médecin. La conjonction de ces deux compétences dans un binôme qui collabore, permet à la fois d'assurer la gestion de projet mais également de dialoguer avec l'ensemble des interlocuteurs, notamment médicaux. Ce fonctionnement en tandem a ensuite été décliné au niveau de la DT ARS selon la même répartition des rôles et enfin dans les groupes de travail et de manière plus marquée au CHU.

Les données issues de l'entretien avec Céline Etchetto²², membre de la mission nationale d'appui au SAS font ressortir que ce fonctionnement en binôme est la clé de la réussite des projets SAS. Sans préjuger de la qualité ou du statut du médecin ou du personnel administratif positionné en responsabilité, les projets qui ont réussi à structurer une démarche projet efficace et suscitant l'engagement des acteurs sont ceux qui associent dans une collaboration équilibrée ce binôme. Les projets SAS aboutissent ainsi plus rapidement sur des dispositifs fiables et dont la mise en œuvre s'avère moins fastidieuse. A l'inverse, les exemples de projet SAS essentiellement portés par des administratifs montrent que l'adhésion est plus difficile à susciter autour du projet ce qui entraîne une mise en œuvre plus longue.

Ainsi, pour favoriser la performance, la répartition des rôles tient compte des expertises de chacun des acteurs. Le directeur d'hôpital, de par sa formation et ses missions, dispose d'une expertise métier dans la gestion et l'ingénierie de projet. L'ingénierie est ici entendue comme la structuration de la démarche sur le plan organisationnel et stratégique ainsi que son suivi, en lien avec les autres acteurs du projet. Deux dimensions sont ainsi rattachées au rôle du directeur dans le pilotage. C'est tout d'abord un rôle de coordination et

²² « Les meilleures chefferies de projet du SAS sont celles qui ont associées un binôme médico-administratif, ce trinôme avec 2 médecins ville-hôpital et un administratif avec sa compétence d'ingénierie de projet, compétence financière et système d'info c'est la clé du succès » Entretien 10, Céline Etchetto, Mission Nationale SAS.

d'animation d'un collectif rassemblé autour du projet SAS. L'organisation, la préparation et l'animation des réunions avec les parties prenantes médicales mais également avec les directions fonctionnelles lui revient. Cette organisation avec des réunions régulières donne un rythme au projet, le directeur est garant de cette dynamique qu'il entretient en mobilisant les acteurs pour aboutir à une mise en œuvre respectant le délai posé par les tutelles. C'est aussi un rôle de suivi du projet et de son déroulé. Ce second aspect amène à la fois à être en position de retrait, laissant les acteurs disposant de l'expertise du terrain avancer sur leurs sujets respectifs mais aussi en position d'arbitre institutionnel. Garant du cadre institutionnel et réglementaire, le directeur oriente l'action des acteurs de terrain. Le directeur doit cependant disposer d'une connaissance des organisations pour lui permettre de suivre convenablement le projet. L'expertise des organisations est la compétence du directeur des soins, également mobilisé sur le projet et avec lequel la directrice pilote du projet SAS mais également le Dr Giolito et la responsable soignante du pôle urgences ont entrepris d'adapter la maquette des effectifs à la nouvelle organisation déterminée pour la régulation.

Enfin, le médecin dispose d'une expertise scientifique et technique sur la prise en charge pertinente au regard de la condition clinique du patient. Il connaît également les organisations dans leur fonctionnement de terrain et travaille en lien direct avec les acteurs qui composent cette organisation. Dans le cadre du projet SAS ces acteurs sont non-seulement les médecins régulateurs mais aussi et surtout les ARM, particulièrement concernés par les transformations amenées par le projet SAS. Cette présence quotidienne sur le terrain renforce sa capacité à construire les aspects opérationnels du projet, en concertation avec les acteurs de terrain.

« ça permet une meilleure acceptabilité pour les équipes de terrain, ça limite les problématiques sociales liées au projet. » A. Duchossoy, CAP

« Les médecins apportent une plus-value parce qu'ils travaillent dans le service, connaissent le terrain, nous connaissent et nous font confiance. La plus-value c'est que ce soient des médecins de terrain. », S. Imbert et C. Lenoble, Représentants ARM

« Laisser les acteurs qui sont au cœur du sujet parler entre-eux de comment on fait les choses c'est essentiel. Ils ont plus de pertinence. » C. Conan, DRP

« Ça diminue le côté technocratique et ça légitime la décision auprès des équipes ». Dr Giolito, CHU

Dans le cadre du groupe de travail ARS et dans celui des réunions menées en interne CHU avec les représentants ARM, le Dr Giolito a développé un schéma renouvelé de traitement des appels reçus au 15. Smuriste et régulateur, il connaît le fonctionnement de la salle de régulation ainsi que les acteurs. Pour cette raison, sa compétence et sa légitimité ont servi la conduite du changement, notamment en facilitant l'acceptation de l'organisation en bi-niveau de la régulation. De l'aveu même des ARM, les relations entretenues au sein de la

salle de régulation ont permis une meilleure acceptabilité de la mesure, pourtant rejetée par une partie d'entre-eux. Cela s'explique non pas par sa qualité de médecin mais plutôt par son positionnement institutionnel et surtout la dimension collégiale dans laquelle il a inscrit son action, organisation des réunions et associant les représentants ARM à la prise de décision. Récemment positionné en responsabilité sur le service des urgences et le pôle, le Dr Giolito a ainsi pris part à la fois à l'organisation opérationnelle du projet, en plus de participer au copilotage avec Mme Conan. Son travail a permis d'engager la transformation de la régulation pour aboutir à un schéma SAS adapté aux réalités locales.

La performance de la démarche projet repose sur la complémentarité de ces deux expertises ainsi que leur reconnaissance mutuelle. En effet, les acteurs du pilotage doivent reconnaître à chacun son expertise pour délimiter son champ d'intervention et maximiser son apport au projet.

Le positionnement du directeur, éloigné du terrain par comparaison avec le médecin est important car il permet de se tenir à distance des intérêts particuliers et ainsi de conserver la vision stratégique de l'ensemble du projet. Le médecin, s'il doit tenir compte du cadre institutionnel dans lequel s'inscrit son action ne dispose pas toujours de la formation adaptée pour mener à bien une conduite de projet d'ampleur mais apporte son expertise de terrain. Cet équilibre installé entre le Dr Giolito et Mme Conan s'est exprimé notamment au cours des instances, où des aspects opérationnels du projet ont été régulièrement soumis à l'arbitrage. La complémentarité et la confiance réciproque entre les porteurs de projet au niveau du CHU ont permis de porter conjointement les décisions et de rendre des arbitrages bien compris par l'ensemble des acteurs et notamment les ARM. Ainsi, le pilotage alterne entre un temps laissé aux acteurs de terrain pour formuler des propositions et structurer une organisation

Ce binôme permet ainsi, dans un contexte de tension autour des recrutements ARM, de mener la conduite du changement de façon concertée et plus apaisée. Contrairement à d'autres départements qui ont subi une grève des ARM au moment de démarrer leur projet SAS, la méthode de travail adoptée dans les Alpes Maritimes apporte une certaine sérénité dans la dimension sociale du projet.

1.2.2 L'apport d'expertises croisées par les médecins libéraux et hospitaliers, à la démarche projet, préfiguratrices d'un lien ville-hôpital renforcé.

Le travail en complémentarité sur le projet SAS 06 ne s'est pas arrêté aux groupes de travail du CHU. Cette méthode de collaboration a sous-tendu l'organisation de l'ensemble des groupes de travail, associant médecins libéraux, hospitaliers et responsables administratifs. La difficulté dans ces groupes résidait dans l'absence d'expériences antérieures de collaboration ville-hôpital, exception faite de l'ASSUM, et ville-ville. Bien que la plupart des médecins libéraux mobilisés sur le projet aient également un engagement institutionnel, via l'ASSUM, une CPTS ou à l'URPS ML, les acteurs de la médecine de ville, connaissent assez mal le fonctionnement de l'hôpital, et réciproquement.

« Meilleure connaissance des activités de chacun et pour l'hôpital de connaître l'activité et la structuration des médecins dans les CPTS ». Dr Sacomano, URPS.

« L'apport c'est la compréhension du fonctionnement du Centre 15, comment c'est structuré, comment les appels arrivent et sont traités ». Dr Gerschtein, inter-CPTS

« Pour moi c'est une surprise, je trouvais qu'à Nice la ville et l'hôpital étaient cloisonnées, ils ne venaient pas vers nous et on n'avait pas la possibilité d'aller vers eux et on ne savait pas comment ils travaillaient » Dr Guerville, CPTS Nice Centre – Nice Est

« Ca a permis aux gens de se connaître, aujourd'hui on a une vraie relation » Dr Terramorsi, ASSUM

Le territoire des Alpes-Maritimes présente cependant des spécificités sur ce point, notamment la participation de longue date des médecins de l'ASSUM et de son président, le Dr Terramorsi, à la régulation. Les médecins qui y exercent en tant que régulateurs connaissent son organisation ainsi que les médecins responsables. De la même façon, le Dr Gerschtein, président de l'inter-CPTS est lui-même président de CME de l'hôpital de proximité de Breil-sur-Roya et à ces deux titres participe aux réunions ARS sur la permanence des soins, il connaît également le chef de pôle des urgences. Le reste de la communauté médicale représentée, demeure peu familière des coopérations ville-hôpital. Le SAS représente ainsi une opportunité pour deux entités œuvrant au service du patient de mieux se connaître, dans une collaboration autour d'un enjeu commun. La philosophie du projet SAS repose sur l'approfondissement des collaborations entre médecine de ville et hospitalière pour offrir, en aval de la décision de régulation, une solution effective au patient.

La démarche projet du SAS représente une opportunité de mise en commun d'expertises complémentaires et constitue une préparation aux nouvelles modalités de coopérations à l'œuvre dès le lancement opérationnel du SAS 06. Pour cela, les différents médecins présents dans les groupes de travail régulation et effecton ont d'abord dû comprendre les fonctionnements et enjeux propres à chaque structure avant de s'engager dans la

démarche de projet proprement dite. Les réunions préparatoires organisées par l'ARS ont ainsi offert un cadre permettant à chacun d'identifier les différents interlocuteurs pour ensuite mobiliser sur le projet. Le démarrage des groupes de travail ARS au dernier trimestre 2022 ont donc représenté une forme de mise à niveau de l'ensemble des participants sur les modalités de fonctionnement de la régulation actuelle avant d'envisager sa transformation en un SAS pour la fin de l'année 2023. Cette mise à niveau a permis un partage des enjeux entre acteurs, amenés à collaborer plus étroitement à travers le SAS. Elle a également permis une mobilisation plus large des acteurs, pas seulement ceux participant aux groupes de travail, à travers les échanges informels entre médecins et au sein des collectifs de représentation.

L'expertise et la compétence de la médecine libérale apportée au projet est ainsi double. D'une part ils connaissent le fonctionnement et les réseaux de la médecine libérale, permettant de développer un schéma d'effectif fonctionnel au regard de l'organisation locale de l'offre de soin primaire. D'autre part, la connaissance des acteurs fédérés par les organisations professionnelles locale a permis leur mobilisation pour le SAS. Mobiliser les médecins généralistes, qui se disent déçus après plusieurs projets de coopération avec l'hôpital n'ayant pas abouti n'a pas été chose facile. En effet, l'investissement d'un médecin généraliste dans un projet comme le SAS requiert sa participation à des réunions fréquentes et un travail de préparation qui se font à la place de leur activité clinique et occasionne une perte de revenus. En parallèle, la baisse de la densité médicale dans le département renforce la charge de travail des médecins généralistes installés en cabinet, de sorte que leur mobilisation sur un projet qui va engendrer un flux de patients supplémentaire. Malgré l'appui institutionnel et les incitations financières mises en place, la perspective a peu mobilisé et le rôle des pairs est ainsi majeur pour convaincre de l'intérêt du projet. Leur investissement dans les instances permet d'élaborer une organisation adaptée à leurs contraintes, avec l'objectif de pouvoir assurer l'orientation et la prise en charge des patients en SNP dans de bonnes conditions. Pour cela, plusieurs réunions d'information ont été organisées à destination des médecins généralistes exerçant en cabinet par l'inter-CPTS et l'URPS, en plus d'un partage régulier d'information issues des groupes de travail. En effet, au-delà de la démarche projet, c'est la réussite du projet SAS qui dépend de la mobilisation des effecteurs exerçant en cabinets de ville.

L'apport des organisations structurant la médecine libérale, au premier rang desquelles l'inter-CPTS a donc été de rassembler les médecins libéraux autour de l'objectif commun du projet : offrir une réponse coordonnée à la demande en SNP. Ils ont pour cela mobilisé les ressources à disposition au sein de l'inter-CPTS et notamment du personnel administratif. L'apport en expertise se double ici d'une contribution à l'ingénierie de projet, sur le volet effectif, en lien avec le pilotage de projet global et le groupe de travail régulation.

Forts de ce travail en commun, le développement de projets ville-hôpital est une volonté partagée entre les acteurs ayant contribué au SAS mais sur des sujets plus larges que la prise en charge en SNP.

L'organisation de la participation médicale au pilotage de projet SAS s'est faite de manière naturelle, dans le respect des compétences de chacun et en tenant compte du rôle attendu de chacune des parties prenantes dans le futur SAS des Alpes Maritimes. La complémentarité médico-administrative a permis une répartition fluide des rôles dans la conduite du changement entre pilotage global et pilotage opérationnel. L'expertise de chacun a été valorisée et exploitée, encourageant l'implication de l'ensemble des acteurs dans le projet tout en respectant l'objectif institutionnel d'ouverture du SAS en 2023. Cette complémentarité s'est également retrouvée avec les acteurs de la ville et de l'hôpital, notamment avec l'inter-CPTS, créant ainsi une opportunité pour les médecins de mieux se connaître et de construire ensemble les modalités de leur collaboration future dans le SAS. Les acteurs rassemblés sur le projet ont emporté avec eux non seulement leur expertise mais également les enjeux et intérêts qu'ils représentent. Ces positionnements se sont avérés parfois contradictoires et ont engendré des blocages. Le SAS a été l'occasion de mettre en lumière des divergences quant aux modalités de prise en charge des patients par les acteurs de l'effectif. La cristallisation de ces divergences locales, liées à des enjeux de pouvoirs et financiers ont freiné l'avancée du projet SAS sans toutefois le scléroser, grâce à la médiation de l'ARS.

2 Les enjeux du SAS : révélateurs de visions opposées de la prise en charge des SNP ayant conduit à un blocage médical, dépassé grâce à un arbitrage ARS.

La vision de la médecine libérale comme un ensemble unifié et tourné vers le seul objectif de la prise en charge des patients ne saurait être considérée comme une vérité absolue. Comme toute communauté, elle est d'abord composée d'humains, porteurs de rationalités propres qui se retrouvent parfois unis par des thématiques ou des circonstances particulières. Les médecins présents dans le projet SAS sont avant tout des représentants d'organisations construites autour d'intérêts catégoriels mais parfois divergents. Davantage que le personnel administratif, les médecins sont professionnellement plus sujet à ce type de collisions d'intérêt. Les rationalités des acteurs sont ainsi impactées par des enjeux financiers et de pouvoir (2.1) source de conflits, qui nécessitent parfois un arbitrage extérieur et neutre, à même de ramener vers une vision dépassionnée et objective des enjeux (2.2).

2.1 Un projet aux enjeux locaux multiples, attisant des convoitises et entraînant la conduite de projet médicale vers des considérations catégorielles voire individuelles.

Le SAS représente, par son ampleur et le nombre d'acteurs impliqués, une opportunité de pérennisation de fonctionnements lucratifs et ainsi qu'une occasion de se mettre en avant pour certaines parties prenantes. Les enjeux de pouvoir, marqués dans le contexte local du 06 ont trouvé dans le projet le moyen de leur expression, aboutissant à une forte polarisation du projet en l'absence de cadrage des pilotes. Le SAS 06 est donc à la fois un levier de positionnement et d'affirmation (2.1.1) mais aussi une source de gains potentiels (2.1.2) qui mobilise fortement.

2.1.1 Le SAS 06, une occasion d'asseoir les CPTS, comme cadre d'exercice à privilégier pour l'exercice libéral de la médecine.

Le département des Alpes Maritimes se distingue par une maturité importante des organisations professionnelles représentantes de la médecine libérale. La représentation des professionnels libéraux se fait traditionnellement via les ordres ou les URPS. Cependant, la constitution au niveau local d'une inter-CPTS rassemblant 12 des 14 CPTS du territoire et un nombre important de médecins autour de la prise en charge coordonnée

des patients a pu constituer une forme de représentation professionnelle alternative voire perçue comme concurrente.

« Dans le département on a le président de l'URPS ML et en face le président d'une inter-CPTS très forte qui est une concurrence pour l'URPS ML puisque les CPTS représentent aussi les médecins du territoire donc si elles sont réellement organisées elles font concurrence à l'URPS ». M.Lopez, ARS PACA

« L'URPS n'a pas vu d'un bon œil la structuration de l'inter-CPTS au début, craignant d'avoir une nouvelle force de lobbying positionné sur la médecine de ville en concurrence avec l'URPS ». Dr Geschtein, inter-CPTS

Les CPTS ont été créées en 2016 la loi du 26 janvier 2016²³ de modernisation de notre système de santé et l'instruction DGOS du 2 décembre 2016²⁴ est venue apporter des précisions sur leur rôle et les effets attendus par leur mise en place. Ainsi, l'instruction indique que les CPTS ont pour objet de promouvoir *« une approche de responsabilité populationnelle au sens où les différents acteurs acceptent de s'engager dans une réponse, qui peut impliquer pour eux de prendre part à des actions ou d'accueillir des patients, sortant de leur exercice et de leur patientèle habituels »*. Ainsi posé, le rôle des CPTS en matière d'accès aux soins est reconnu et confirmé ultérieurement dans la loi²⁵. A ce titre, leur positionnement dans le SAS en tant que pivots de l'effectif s'inscrit dans la continuité des missions qui leurs sont dévolues en termes d'organisation territoriale des soins primaires. Cependant, ce positionnement, associé à l'importance prise par l'inter-CPTS et son président, le Dr Gerschtein, fortement engagé institutionnellement sur le département, a généré des frictions. D'abord avec l'URPS, sur la question de la représentation de la médecine libérale et ensuite avec l'ASSUM concernant la définition et la prise en charge des SNP.

Avec l'URPS, les débats portaient principalement autour de la question de savoir quelle organisation professionnelle serait coordinatrice de l'effectif dans le SAS et donc quelle organisation apparaîtrait comme représentante unifiée de la médecine libérale dans ce projet. Le manque d'ancrage territorial reproché à l'URPS paraissait ainsi trouver une réponse potentielle à travers le SAS, lui permettant de professionnaliser ses activités, en plus de poursuivre son rôle de représentation. D'autre part, la présence de l'URPS dans la gouvernance du SAS lui permettait de se repositionner comme l'unique représentante de l'ensemble de la médecine libérale auprès des acteurs institutionnels, ARS et CHU de Nice.

²³ Article 65, loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, chapitre « Promouvoir les soins primaires et favoriser la structuration des parcours de santé »

²⁴ Instruction DGOS du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires

²⁵ Ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé

En effet, la crainte de l'URPS exprimée par la voix de son président était que deux représentations de forces égales mais avec des sources de légitimité différentes se fassent jour sur le territoire. Le nombre de médecins libéraux fédérés par l'inter-CPTS lui permettait, à terme, de se positionner en concurrence avec l'URPS. Par ailleurs, au-delà des enjeux territoriaux, les deux organisations sont incarnées par des professionnels de santé engagés de longue date sur le territoire et pour lesquels le SAS constituait un moyen supplémentaire d'acquiescer en visibilité.

Pour l'inter-CPTS, le SAS comporte également un enjeu de visibilité et est un moyen d'attirer les professionnels qui ne seraient pas encore engagés dans ce type de structures. Les CPTS, engagées dans la structuration de l'effectif, recherchent à travers le SAS une légitimation de leur action et une reconnaissance de leur capacité à prendre en charge les patients en soins non-programmés au sein de cabinets libéraux « traditionnels »²⁶. Elles ont été mobilisées sur le projet SAS car elles fédèrent, entre-autres professionnels, des médecins généralistes pouvant être déclarés comme médecins traitants et assurant un suivi des patients. En effet, le SAS est avant tout destiné aux patients ne disposant pas d'un médecin traitant et qui se trouvent par conséquent hors d'un parcours de soin. Le rôle des CPTS à travers les prises en charges en SNP qu'elles réalisent, est bel et bien de proposer des créneaux de SNP pour répondre à la demande immédiate. C'est aussi de faire le lien avec le médecin traitant du patient, quand il existe, ou au contraire de replacer le patient dans un parcours de soins coordonné par un médecin traitant, à même de lui proposer un suivi régulier. Ainsi, le SAS est également un levier de réorganisation de l'exercice libéral de la médecine visant à rediriger le flux de patients qui trouvent actuellement une réponse ponctuelle à leur besoin de soins non programmés, dans les cabinets à horaires élargis ou aux urgences, vers un médecin généraliste²⁷. Le SAS constitue donc un levier de transformation de l'offre de soins de premier recours qui vient remettre en cause le modèle des CHE, fortement développés ces dernières années. Une autre opposition, est donc apparue autour de la conception du soin non-programmé et des modalités de sa prise en charge. La forte implantation locale de l'ASSUM, étroitement liée à la régulation, a conduit à des positionnements parfois ambigus et antinomiques de la DT ARS et du siège.

L'orientation d'un flux important de patients vers les CPTS, sous réserve de leur capacité à l'absorber, va avoir pour conséquence, à terme, de diminuer le recours aux cabinets à horaires élargis. Deux conceptions du SNP s'opposent donc, entre une conception

²⁶ « Le projet va permettre de reconnaître officiellement que les cabinets sont capables d'absorber du SNP et de le faire bien. » Entretien n°7, Dr Guerville, CPTS Nice centre-Nice est.

²⁷ « éviter d'en faire un premier mode de recours aux soins, parce que c'est un recours ponctuel, parce que c'est un recours qui marque rarement une continuité dans la prise en charge », Audition de M. Thomas Fatôme, Directeur de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, Commission des affaires sociales du Sénat, 14 juin 2023.

considérant qu'un soin non programmé ne présente par définition par un caractère d'urgence, l'usager peut patienter pour qu'une solution soit trouvée par les CPTS sur leurs horaires d'ouverture²⁸. En face, l'ASSUM qui fédère les associations de PDSA et les cabinets à horaires élargis considère qu'un SNP ne peut pas souffrir une attente au-delà de six heures, au risque de voir le patient arriver aux urgences et propose donc des prises en charge SNP à tout moment en PDSA. Les CHE se positionnent ainsi comme la solution principale pour désengorger les urgences car ils fonctionnent sur le même principe, avec ou sans rendez-vous mais avec des praticiens uniquement dédiés à la prise en charge de soins non-programmés. L'ASSUM ne perçoit donc pas les CPTS, qui fonctionnent sur les horaires du SAS (8h-20h), comme un dispositif adapté pour la prise en charge en SNP pour l'instant²⁹. Cette opposition ancrée s'est manifestée tout au long du projet, largement alimentée par la personnalité des acteurs, qui se connaissent mais adoptent en séance des postures parfois véhémentes et provocatrices, ne facilitant pas le compromis.

Le SAS se trouve ainsi être un moyen politique d'arbitrer entre deux conceptions de la prise en charge plutôt opposées. Les CHE répondent à un besoin des patients de trouver une réponse à la demande en soins. Les modalités d'exercice qu'ils proposent, en collectif et mobilisant peu, correspondent également aux aspirations des jeunes générations de médecin soucieux de concilier vie professionnelle et personnelle, tout en assurant un niveau de revenus confortable³⁰. Pour autant, ce sont bien les CPTS qui ont été positionnées en coordination dans l'instruction SAS³¹, considérant qu'une prise en charge coordonnée, par un médecin traitant était mieux à même d'apporter une réponse pertinente et de qualité à la demande en soins. L'ARS n'a cependant pas clairement arbitrée en faveur des CPTS, contrainte par un délai de mise en œuvre rapide et craignant que l'ASSUM ne se désengage du projet. De la même façon, les médecins hospitaliers qui travaillent quotidiennement avec les régulateurs de l'ASSUM ne se sont pas mobilisés pour saisir l'opportunité représentée par le SAS de transformation de la prise en charge en SNP au profit d'une qualité accrue.

²⁸ « Si on est dans les SNP, ce n'est pas urgent donc ça peut attendre le lendemain. Si on commence à regarder les actes des CHE sous l'angle de la pertinence, un paquet d'actes sont faits avec des majorations de nuit mais pourraient attendre le lendemain car ça coûte un bras pour quelque chose d'inutile ». Entretien n°9, Dr Saccomano URPS ML

²⁹ « Le SAS 83 a réalisé 1600 consultations SAS depuis le 1^{er} février soit 400 consultations / mois. Nous on a 800 appels au 15 pour la régulation libérale par jour. L'ASSUM en CEH, MMG, SOS représente 2000 actes de SNP par jour ». Entretien n° 6, Dr Terramorsi, ASSUM

³⁰ « Je vois des médecins formés aux urgences, qui ont quitté l'hôpital pour la clinique et qui maintenant quittent la clinique pour aller dans les CHE. Ils finissent vers 23h et cotent mieux que quand ils étaient à la clinique mais sans astreintes. » Entretien n°12, Dr Giolito, CHU

³¹ Instruction N° DGOS/R2/PF5/2022/270 du 23 décembre 2022 relative aux attendus pour la mise en place du Service d'accès aux soins (SAS) dans les territoires dans le cadre de la généralisation progressive du dispositif.

« J'espère que le SAS limitera le besoin de recours aux cabinets à horaires élargis qui sont pour moi dans une dérive catastrophique ». Dr Guerville, CPTS Nice centre-Nice est

« On avait l'occasion avec le SAS de changer de modèle mais le choix politique est en faveur des CHE dans le département ». Dr Saccomano, URPS ML

« L'enjeu du SAS c'est de ne pas institutionnaliser ces parcours qui rendent service car il y a un problème de démographie médicale et d'accès aux soins mais qui finalement ne répondent pas à la demande de santé publique. » Dr Gerschtein, inter-CPTS

Le SAS pose ainsi un choix politique de savoir comment les SNP seront pris en charge par la médecine libérale dans les années à venir. A ces conceptions divergentes de la prise en charge en SNP, sont reliés des enjeux financiers importants qui exacerbent les positionnements mais éclairent sur les intérêts propres de chaque acteur.

2.1.2 Des acteurs médicaux porteurs d'enjeux financiers et d'intérêts catégoriels qui rendent difficile le compromis, au détriment de l'avancée du projet.

Tout projet d'ampleur nécessite l'engagement d'une pluralité d'acteurs pour parvenir à sa mise en œuvre. Si le CHU est positionné sous la tutelle de l'ARS qui décline localement des politiques nationales, les médecins libéraux disposent de davantage de liberté dans leur participation ou non à des projets réorganisant l'offre de soins. Pour les mobiliser, il convient donc de mettre en place des incitations financières susceptibles d'orienter les choix des acteurs, considérés comme des acteurs rationnels.

Le SAS ne fait pas exception à la règle, de sorte que des incitations financières sous forme de majorations des consultations³² ou de rémunération avantageuse de la participation libérale à la régulation ont été déployées pour susciter l'engagement. Pour le CHU de Nice, ce projet représente un levier pour disposer de davantage de ressources, à la fois humaines et matérielles. En effet, la transformation de la régulation s'accompagne d'une augmentation du nombre d'équivalent temps plein ARM mais également de la création d'un nouveau métier : les OSNP. La détermination des besoins a été effectuée en lien avec la Direction des Ressources humaines et le trio de pôle. Sans que le CHU ne réalise d'excédents sur son enveloppe de Mission d'Intérêt Général du SAMU (MIG SAMU), le projet pourrait cependant augmenter les effectifs de manière significative, permettant ainsi de meilleures conditions de travail pour les ARM, sous réserve de pouvoir réaliser les recrutements adéquats.

³² Arrêté du 22 septembre 2021 portant approbation de l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

D'autre part, cette augmentation du nombre d'agents s'accompagne d'une mise à niveau des locaux. Les crédits d'investissements SAS ont permis d'apporter des améliorations à la salle de régulation existante en attendant la réimplantation de l'ensemble de la salle et des espaces rattachés à l'activité dans un lieu unique, restant à déterminer. Les investissements réalisés dans ce cadre sont intégralement financés dans le cadre des délégations de crédits SAS. Dans un contexte de mise en place de la délégation polaire renforcée, le chef de pôle, qui sera responsable de son budget à compter de janvier 2024 a porté une vigilance particulière à ces délégations de crédits ainsi qu'à l'élaboration du business plan du SAS.

Enfin, le SAS repose sur une plateforme numérique d'attribution des rendez-vous de SNP et pose des conditions de sécurité logicielle pour sa mise en place. La sécurisation du système d'information du SAMU ainsi que l'interopérabilité de la plateforme numérique avec les logiciels des CPTS ont également été financés par les crédits SAS. L'ensemble représente ainsi un enjeu important pour le CHU qui renforce ainsi ses capacités à répondre aux appels et dispose de ressources supplémentaires pour son activité.

Les crédits SAS irriguent également la médecine libérale pour plusieurs missions. Tout d'abord les médecins généralistes régulateurs voient leur rémunération portée à 100€ de l'heure. Ce montant plutôt conséquent doit permettre de faciliter les recrutements de médecins régulateurs pour la filière de SNP du SAS. Pour autant le Dr Terramorsi considère que le montant est insuffisamment attractif, en comparaison d'une journée de chiffre d'affaire réalisé par un médecin exerçant une dans un CHE. Cette rémunération constitue néanmoins une revalorisation de la rémunération des médecins généralistes régulateurs. Elle est à relier à l'évolution de leurs missions qui va aller jusqu'à faire le lien avec les Opérateurs de Soins Non-programmé, chargé de la mise en œuvre d'une solution d'effectif.

Par ailleurs, l'engagement des effecteurs sur le projet est également encouragé par deux dispositifs de forfait et de majoration. Ainsi, le praticien qui accepte de recevoir des patients ne faisant pas partie de sa patientèle perçoit un forfait structure de 1400€³³ par an du tarif de la consultation. Par ailleurs, pour chaque prise en charge effectuée, dans les 48h, à la demande de la régulation médicale du SAS le médecin voit sa consultation majorée de 15€³⁴. Cette majoration est plafonnée à 20 prises en charge hebdomadaires au maximum les patients adressés via le SAS. Cette majoration est issue des mesures Braun pour l'été 2022 mais son avenir était incertain à l'issue du premier tour des négociations

³³ Arrêté du 22 septembre 2021 portant approbation de l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

³⁴ « Recommandation n°10 : attribuer, à titre dérogatoire et temporaire, un supplément de 15 € pour tout acte effectué par un médecin libéral à la demande de la régulation du SAMU/SAS pour un patient hors patientèle, dans la limite d'un plafond hebdomadaire », Rapport de la Mission flash sur les urgences et les soins non-programmés, juin 2022.

conventionnelles entamée au début de l'année 2023. Ainsi le projet SAS 06 s'est confronté à des enjeux nationaux et suspendu à l'issue de ces négociations. En effet, un certain nombre de médecins, ne voyant pas leur rémunération revalorisée ont menacé de quitter le projet SAS et de se désengager des CPTS. Certains l'ont fait dans le département, ce qui a constitué un précédent. Le projet dans sa partie effectif et gouvernance a en tous cas été stoppé jusqu'au règlement arbitral³⁵ entérinant une augmentation du montant de la consultation ainsi que la pérennisation de la majoration pour les prises en charge en soins non-programmés.

Ces revalorisations sont perçues comme insuffisantes pour constituer ce que le Dr Terramorsi, président de l'ASSUM, appelle un « *game changer* »³⁶. En effet, la plupart des médecins généralistes disposent déjà d'une patientèle importante, de sorte que les incitations doivent être fortes pour amener des évolutions dans leurs fonctionnements et les convaincre d'ouvrir des créneaux de SNP. Pour les médecins généralistes de l'ASSUM exerçant dans des CHE ou des structures de type SOS médecins, ces revalorisations ne sont pas de nature à les ramener vers un exercice conventionnel. En effet, les enjeux financiers attachés à ces cabinets sont très importants, le volume de patients reçus est bien supérieur à celui d'un cabinet traditionnel d'une part car il n'y a pas de patientèle attirée et d'autre part en raison du profil de patients accueillis. Ils viennent chercher une réponse à une problématique de santé ponctuelle et avec un niveau de gravité variable qui peut comprendre la réalisation de sutures ou de plâtres. La consultation est ainsi rapide, permettant d'accueillir davantage de patients et si elle dure, les cotations sont intéressantes. Au contraire, les médecins généralistes ayant une patientèle suivie, assurent des consultations plus longues, de suivi de personnes âgées et ou de patients atteints de maladies chroniques. Ces consultations et le temps passé avec chaque patient renforce la qualité de prise en charge mais ne permet pas d'atteindre des niveaux de rémunérations proches de ceux des CHE. Par ailleurs, les données issues des entretiens avec les médecins libéraux, hors ASSUM, font état d'une forme de conflit d'intérêt des membres de l'ASSUM qui, pour la plupart, détiennent des parts dans ces CHE.

« *Vous ne pouvez pas avoir des parts financières dans des cabinets à horaires élargis et être président de l'ASSUM et défendre la place de l'ASSUM dans le SAS* ». Dr Gerschtein, inter-CPTS

« *Les médecins des CHE régulent le matin, prennent des patients en SNP l'après-midi et disposent de parts dans les cabinets* ». Dr Saccomano, URPS ML.

³⁵ Arrêté du 28 avril 2023 portant approbation du règlement arbitral organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie

³⁶ « *Il faut un game changer, ce n'est pas 15€ par patient limités à 2k€ par an. 2000€ c'est ce que peut faire un médecin généraliste en une journée* ». Entretien 6 : Docteur Luc Terramorsi, médecin régulateur libéral, Président de l'ASSUM 06

En se positionnant comme acteur majeur de l'effectif, l'objectif est ainsi d'augmenter le nombre de patients pris en charge et donc l'activité de ces cabinets. Sans que des estimations puissent être fournies par l'étude menée, le chiffre d'affaire des cabinets paraît attractif au regard du nombre de médecins qui s'engagent dans cette modalité d'exercice, en dépit des critiques formulées sur la qualité de prise en charge.

Ces exemples illustrent la difficulté pour la gestion de projet SAS de concilier des intérêts diamétralement opposés, porteurs de visions de l'exercice médical antagonistes et mues par des enjeux financiers importants. Le SAS apparaît ainsi comme un moyen d'interroger le modèle des CHE ainsi que leur coût pour les finances publiques. Le choix d'un pilotage SAS 06 appuyé sur les organisations existantes, notamment au sein de la régulation, a cependant limité l'impact du projet dans sa dimension de transformation de l'offre de soins, dans un souci d'efficacité et de limitation des conflits. Force est de constater que sur ce point la démarche projet ne s'est pas déroulée comme prévu, en cristallisant des désaccords latents, existants depuis plusieurs années, notamment depuis la mise en place des CPTS et celle des CHE. Ces conflits sous-jacents ont constitué un frein important à l'avancée du projet et n'ont pas été désamorçés par l'autorité de tutelle ni par les acteurs médicaux participant au projet, par manque d'affirmation et de leadership au sein des groupes effectif et gouvernance. La concentration des discussions autour de la défense d'intérêts particulier et non de l'intérêt général constitue une différence qui doit être ainsi soulignée entre les acteurs hospitaliers et libéraux.

Les intérêts croisés qui irriguent le projet SAS 06 ont dégradé les relations entre les acteurs, chacun s'efforçant de tirer le meilleur parti du projet pour son propre intérêt et celui de ceux qu'ils représentent. Ce croisement d'intérêts, prévisible, n'a cependant pas été anticipé par l'ARS. Par ailleurs l'absence de cartographie précise des acteurs et de leur lien au début du projet a favorisé l'émergence d'oppositions marquées. Cependant, si le clivage apparaît comme essentiellement médical, l'ARS s'est finalement positionnée une fois le conflit installé, pour tenter de proposer une voie médiane, au bénéfice du projet. Le blocage n'étant pas surmonté par un leadership médical, une solution de médiation sollicitée par l'inter-CPTS et l'URPS et élaborée par l'ARS PACA.

2.2 Le SAS comme exutoire nécessaire de conflits latents, dépassés, à la demande des médecins, par un arbitrage institutionnel et non-médical.

La polarisation des positions des représentants d'organisations professionnelles de la médecine libérale, renforcées par la dégradation des relations interpersonnelles, ont conduit à une situation de blocage sur volet gouvernance (2.2.1). Indispensable au démarrage de l'activité, la structuration d'un modèle de gouvernance a nécessité l'intervention de l'ARS, par le biais de son Directeur général, pour surmonter la situation de blocage et trouver une solution amiable dans une instance médicalisée (2.2.2).

2.2.1 L'impossibilité d'une résolution médicale amiable, conséquence d'un conflit de rationalités irréconciliables mais désormais exprimées.

Les débats autour de l'organisation de l'effectif et des modalités de gouvernance du SAS ont souvent été animés entre acteurs de la médecine libérale, tout au long du projet. Le positionnement des CPTS comme pivot de l'effectif d'une part et la représentation de ces différents acteurs dans les instances de gouvernance du SAS, d'autre part ont cristallisé les attentions. Le travail mené en commun et en transparence avec l'ensemble des acteurs ainsi que les réunions régulières ont permis d'avancer sur l'ensemble des sujets et notamment celui du positionnement des CPTS. La gouvernance est restée le point d'achoppement principal que les différents pilotes n'ont pas réussi à solder jusqu'en juin 2023.

Le travail sur la gouvernance mené depuis décembre 2022 puis mis en pause le temps que les négociations conventionnelles aboutissent. Il a repris en avril 2023. L'enjeu était de structurer une modalité de gouvernance construite avec les acteurs et dont l'organisation serait partagée. L'ensemble devait donc être élaboré entre avril et juillet pour permettre l'ouverture du SAS en septembre avec une gouvernance finalisée. La question était de savoir quels acteurs seraient représentés et lesquels auraient une voix délibérative. Le positionnement de départ³⁷, reprenait la logique qui avait présidé à la constitution des groupes de travail : une représentation équilibrée entre les différents acteurs du SAS : CHU, ASSUM, inter-CPTS et URPS. L'absence d'ancrage de terrain reproché à l'URPS a constitué un premier point de désaccord, non-seulement au sein de la médecine libérale mais aussi au sein de l'ARS.

L'ARS PACA souhaitait que l'URPS soit membre avec voix délibérative à la gouvernance SAS. L'URPS est l'interlocuteur privilégié de l'ARS siège pour les questions ayant trait à la médecine libérale. Ainsi l'URPS, représentant légitime et reconnu de la médecine libérale devait prendre sa part dans la gouvernance du SAS 06, au titre de l'effectif. C'est d'ailleurs

³⁷ Annexe 7 : Schéma de gouvernance initial

ce qui s'est fait dans la plupart des SAS de la région où l'URPS a accompagné la démarche de projet pour la partie effecton, avec un rôle comparable à celui de la direction du CHU sur le pilotage global. La délégation territoriale était de son côté davantage sensible aux équilibres locaux qui positionnaient les acteurs de la régulation, CHU et ASSUM, en majorité. L'argument des acteurs de la régulation était que l'octroi d'une voix délibérative à la gouvernance SAS devait se faire en considération de la participation effective à la régulation ou à l'effecton. L'URPS a donc finalement renoncé à obtenir une voix délibérative³⁸, considérant que la plupart des médecins qu'elle représentent sont eux-mêmes membres de CPTS et représentés à ce titre.

Ensuite, l'inter-CPTS souhaitait une prépondérance par rapport à l'ASSUM dans la répartition des voix délibératives, considérant que son rôle de pivot de l'effecton lui octroyait un rôle plus important devant être reconnu dans l'attribution des voix. Ce dernier point a été l'occasion d'échanges virulent, alimentés par une inimitié renforcée au fil du projet, entre les présidents de l'URPS et de l'inter-CPTS d'un côté et l'ASSUM de l'autre. Les débats ont abouti à des positionnements de rupture, avec la menace formulée par l'ASSUM de se retirer du projet SAS et par conséquent de la régulation libérale. Si les médecins hospitaliers avaient peu pris part aux débats jusqu'alors, se contentant d'appuyer le positionnement en faveur d'une gouvernance assurée par les acteurs de terrain du SAS, ils se sont alors clairement positionnés en faveur de l'ASSUM. Cette mobilisation tardive s'explique là encore par le risque d'atteinte à un intérêt, qui peut être qualifié de général cette fois car il aurait très fortement impacté l'organisation de la régulation à l'approche de l'été.

Ainsi décrites, les positions divergentes illustrent très clairement les enjeux de pouvoirs et les intérêts qui mobilisent les acteurs, développés dans le précédent titre. Dans un contexte saturé par les intérêts individuels et porteur d'une forte charge émotionnelle dans les relations interpersonnelles, l'atteinte d'un compromis n'a pas été possible. De plus, le manque d'alignement des autorités de tutelles entre siège et délégation territoriale, apparu clairement en séance, a eu pour effet d'encourager les acteurs à se mobiliser pour obtenir gain de cause. Ce conflit apparaît à la fois inévitable compte-tenu des difficultés en termes de structuration de projet au niveau de l'ARS qui n'ont pas permis de contenir le conflit. Il est également ressenti comme nécessaire pour permettre aux acteurs de la médecine libérale de poursuivre le projet et leur collaboration dans le SAS sur des bases assainies.

³⁸ « J'étais le local de l'étape mais en permanence on savonnait la planche de l'URPS en disant « mais l'URPS on ne sait pas ce que c'est, ça ne représente rien ». Ailleurs la gouvernance ça a été un représentant de l'URPS et un représentant de l'hôpital. » Entretien n°9 Dr Saccomano, URPS

Est-ce que vous diriez que le SAS est un catalyseur/révéléateur des tensions latentes au sein de la médecine libérale dans le 06 ?

« Là on a tout mis sur la table. Ça a été un révélateur et surtout ça nous a obligé à travailler ensemble, avec des enjeux derrière. Ça a assaini les choses ». Dr Gerschtein

« C'était latent depuis les premières CPTS, maintenant il ne reste plus qu'à travailler ensemble » Dr Terramorsi, ASSUM.

En effet, aussi conflictuels soient les rapports entre les différents protagonistes, ils vont à terme assumer conjointement la prise en charge des SNP redirigés par le SAS. Il apparaît donc préférable que les conflits et les positions aient émergé en amont du démarrage du projet pour ne pas impacter le projet après son démarrage, avec de conséquences potentielles sur l'activité et les patients. Cela permet également de cartographier à posteriori les positionnements et d'identifier les points de vigilance à observer pour le déroulé du projet. Cette expérience dans la gestion de projet met ainsi en avant la nécessité de rencontrer les acteurs et de cartographier leurs positionnements. Elle souligne aussi la nécessité de ne pas forcément vouloir à tout prix éviter le conflit et ainsi de prévoir des espaces pour permettre l'expression des acteurs. De ces conflits et de leur résolution résulte un assainissement des relations et une meilleure connaissance des acteurs qui favorise la collaboration et compréhension mutuelle.

La poursuite du projet a nécessité l'intervention d'une médiation extérieure, soulignant la difficulté de la médecine libérale à dépasser ses divergences au bénéfice d'un projet commun. La situation a conduit les présidents de l'URPS et de l'inter-CPTS à accepter la proposition formulée par l'ARS d'organiser une médiation sous l'égide du Directeur général de l'ARS PACA.

2.2.2 Une solution de compromis institutionnel, imposée par la médiation de l'autorité de tutelle : une reconnaissance médicale de la légitimité administrative.

Le constat de blocage de la gouvernance du SAS a été effectué lors du GT gouvernance du 9 juin 2023 après s menaces formulées par l'ASSUM de se retirer du projet si elle n'obtenait pas un nombre de voix délibérantes au moins équivalent à celui des CPTS. La date du GT date coïncide d'une part avec l'entrée en phase de finalisation du projet SAS, pour respecter le délai d'ouverture fixé au 25 septembre 2023 et d'autre part avec la visite de la mission nationale SAS prévue le 21 juin soit une dizaine de jours après. La MNA a choisi le CHU de Nice pour sa visite en PACA. Cette visite, organisée avec l'ARS ne pouvait intervenir dans un contexte de blocage du projet, au risque de transformer la visite

d'échanges en une tribune pour des intérêts locaux divergents. Par ailleurs, le retard entraîné par le conflit, si proche de la finalisation du projet remettait non seulement en cause la date de démarrage du SAS mais risquait également de démobiliser un certain nombre d'effecteurs.

La situation ne présentant pas de perspectives d'amélioration à bref délai, l'ARS PACA a proposé l'organisation d'une médiation pour tenter de désamorcer les tensions et permettre au projet de reprendre son cours. L'URPS et l'inter-CPTS ont accepté cette proposition et la médiation organisée sous l'égide du directeur général de l'ARS s'est tenu le 13 juin 2023. Elle a débouché sur une proposition de gouvernance alternative, octroyant aux CPTS et à l'ASSUM un nombre de voix délibératives équivalent et écartant l'URPS des membres à voix délibérative. L'arbitrage prévoit cependant des clauses de revoyure annuelle pour réévaluer l'adaptation de la gouvernance à la réalité du terrain. Par ailleurs, pour rassurer les acteurs sur le respect d'une orientation pertinente des patients adressés via le SAS, une instance de pilotage départementale présidée par l'ARS est instaurée, au sein de laquelle siègeront les trois organisations professionnelles représentatives, le CHU et l'ARS. Ces dispositions³⁹ ont été acceptées par l'ensemble des parties et ont permis à la démarche de projet SAS de reprendre un cours normal. La complexité de la gouvernance du SAS 06 et le nombre d'acteurs impliqués a cependant été relevé par la MNA. Par rapport à d'autres départements, et sans avoir d'informations quant au déroulé des négociations, Céline Etchetto a relevé une grande précision⁴⁰ dans la répartition des rôles, du nombre de voix et de ce que chaque acteur représentait. Elle en a déduit à juste titre que la gouvernance avait représenté un enjeu particulièrement sensible dans la démarche de projet menée dans les Alpes Maritimes dont témoignait la complexité de l'organisation finale.

Pour les acteurs locaux, la mobilisation de cette médiation révèle l'impossibilité et l'impasse dans laquelle ils se trouvaient. Elle révèle également que ces médecins avaient épuisé la voie de la négociation amiable, entre pairs. Les données issues des entretiens avec les trois protagonistes confirment ce constat d'un dialogue impossible en raison d'une relation interpersonnelle trop dégradée et de visions de l'exercice libéral de la médecine dans le projet SAS, irréconciliables. Dans ce contexte, les médecins du CHU n'ont pas émergé en arbitres crédibles et n'ont pas cherché à se positionner non plus⁴¹. Leurs liens étroits avec l'ASSUM, par la régulation expliquent en partie de ce sentiment.

³⁹ Annexe 8 : schéma de gouvernance final.

⁴⁰ « *La gouvernance c'est une usine à gaz clairement (rires), avec les collègues, les pourcentages... par contre elle répond à la problématique du respect de chacun des acteurs et de leur répartition et en cela c'est une vraie réussite qui a certainement pris du temps mais il en résulte une gouvernance structurée* ». Entretien 10, Céline Etchetto, Mission Nationale SAS.

⁴¹ « *Dr Tardieux et toi auriez-vous pu vous positionner ? Je pense qu'il fallait l'échelon ARS. On aurait pu tenter de le faire mais serait allé moins vite* ». Entretien n°12, Dr Giolito, CHU

Que pensez-vous de la proposition de gouvernance finale ? N'aurait-il pas été possible de trouver un règlement amiable entre médecins ?

« Impossible, la menace de l'ASSUM amenait toute voie médiane à l'échec. Tourner autour du pot n'avait pas d'issue. » Dr Saccomano, URPS

« Il aurait été inenvisageable de faire autrement, ça aurait créé un schisme et des tensions ».
Dr Guerville, CPTS Nice centre – Nice Est

« C'est une solution à la Salomon, on coupe le bébé en deux si les parents se le disputent. Mais c'était la seule possible pour avancer. » Dr Terramorsi, ASSUM

Face à ce constat, il est intéressant d'observer que l'arbitrage a été mis entre les mains du directeur général de l'ARS et non pas d'une instance médicale. Le conflit concerne uniquement des médecins et à ce titre, on peut se demander si le Conseil départemental de l'Ordre, au sein duquel siègent le président de l'URPS et celui de l'ASSUM n'aurait pas été un lieu plus adapté pour arbitrer car des tensions pouvaient également y faire jour.

Ainsi, l'arbitrage rendu par l'ARS a pour effet implicite de reconnaître la légitimité à l'institution et son directeur général pour arbitrer un conflit opposant des représentants de la médecine libérale sur lesquels il n'exerce pas de tutelle directe. Bien qu'elle ait compétence régionale pour l'organisation des soins, l'ARS n'a cependant pas autorité hiérarchique sur les médecins libéraux qui auraient donc pu refuser l'issue de l'arbitrage.

Ce recours à l'arbitrage témoigne d'une part du rôle de la médiation et de la conciliation dans ce type de projet associant une multiplicité d'acteurs pour faciliter le déroulement et désamorcer les conflits. Le recours à un tiers neutre, participant au projet aurait ainsi pu être envisagé pour faciliter le déroulé du projet et prévenir la situation de blocage. L'ARS intervient en effet ici comme médiateur mais ne peut pas se prévaloir de la neutralité dans son positionnement dans la mesure où elle est missionnée pour mettre en place le SAS.

Plus largement ce recours à l'arbitrage illustre à nouveau la complémentarité médico-administrative, y compris dans des situations de rupture. Le positionnement de l'ARS comme autorité de tutelle, supervisant le projet lui a permis de tenir de façon reconnue et acceptée le rôle d'arbitre. Les médecins ne pouvant ainsi que reconnaître sa légitimité et son apport au bon déroulé du projet.

Conclusion

Le projet SAS 06 permet d'analyser la conduite d'un projet complexe, porteur de transformations importantes pour l'offre de soin territoriale. Abordée sous l'angle de l'apport médical au pilotage de projet SAS, l'analyse permet de mettre en avant le rôle de chacun des acteurs pour aboutir à un projet, certes complexe, mais néanmoins réussi et concerté. Le lien entre la qualité de la démarche de projet, l'implication des acteurs et le succès de celui-ci ressort de la démonstration, dans un contexte où la multiplicité des acteurs, le cadrage parfois manquant et le délai court constituaient autant de challenge pour le projet et son aboutissement.

La démarche projet est ainsi et avant tout une aventure humaine, rassemblant des individus dans leur singularité qu'il convient de fédérer autour d'un projet commun et de sa réussite. Considéré dans un environnement professionnel, ces individus sont porteurs d'intérêts propres qui irriguent le projet. L'enjeu est ainsi pour les pilotes de projet d'identifier, par des rencontres et l'élaboration d'une cartographie adaptée, ces positionnements et de les mobiliser habilement au service de la démarche. En effet, chaque personne agit motivée par des ressorts différents et le pilote de projet doit tenir compte de ces motivations individuelles dans l'élaboration de la cible. Sans nécessairement contenter tout le monde, le projet et son objectif doivent pouvoir susciter l'engagement des acteurs pour qu'ils contribuent à sa mise en œuvre. Le projet doit donc être porteur de sens pour l'ensemble des personnes impliquées. La recherche de sens et les objectifs partagés constituent ainsi les fondements d'une mise en œuvre réussie pour un projet. Le projet SAS constitue ainsi un exemple de projet dont la structuration au démarrage a manqué, si chaque acteur était fortement motivé, les ressorts de cette motivation ont été insuffisamment pris en compte dans le cadrage du projet.

Ensuite, le lien avec les acteurs doit permettre de faire émerger les compétences de chacun afin de pouvoir répartir les actions en fonction des expertises. Cela suppose tout d'abord la désignation d'un pilote dont la légitimité est reconnue par tous. Les fondements de cette légitimité sont pluriels mais ils doivent permettre de se positionner en leader, garant du bon déroulé global et à même d'assurer la coordination des acteurs. L'intégration de médecins dans la démarche de projet SAS est indéniablement une plus-value dans l'apport en expertise à la construction globale de projet. La difficulté pour l'ensemble des acteurs à se positionner hiérarchiquement par rapport aux médecins associés au projet a eu pour conséquence une absence de cadrage et la difficulté à faire émerger un pilote global unique. Ainsi, une organisation reposant sur la conjonction des compétences de chacun a émergé dans la démarche de projet du CHU, entre acteurs administratifs et médicaux habitués à collaborer. Cette collaboration a été moins fructueuse entre médecins libéraux, en raison du manque d'expériences de collaboration entre organisations professionnelles

représentantes mais a cependant permis de structurer une organisation viable et acceptée par tous pour le SAS. L'intérêt de la complémentarité médico-administrative ressort de l'analyse, et démontre qu'une démarche projet associant médecins et directeurs/administratifs permet à chacun de pouvoir se positionner selon ses compétences et son degré de proximité avec le terrain. Le projet s'en trouve considérablement enrichi, d'une part parce qu'il est adapté aux réalités de terrain, sa mise en œuvre sera logiquement plus aisée. D'autre part, la co-construction permet d'associer l'ensemble des acteurs, à tous niveaux dans un souci de partage de la décision et d'acceptabilité du projet final. Au CHU de Nice, en avance de phase de la mise en place de la délégation polaire renforcée, la répartition des rôles entre les deux pilotes peut être considérée comme un enseignement de ce travail en raison de sa réussite auprès de l'ensemble des acteurs du projet. Le positionnement du directeur comme ingénieur de projet, garant du respect du cadre et de la stratégie, associée à un médecin davantage versé dans la mise en œuvre opérationnelle est la clé d'une démarche réussie, quel que soit le projet. Ce fonctionnement s'inscrit certes dans un contexte particulier de montée rapide en responsabilité des chefs de pôle mais la répartition des rôles opérée constitue néanmoins un enseignement pour les directeurs d'hôpitaux. Le métier comporte inévitablement la conduite de projets en lien avec des partenaires médicaux, dans laquelle chacun doit pouvoir trouver sa place, dans le respect de sa fonction et de ses compétences, au bénéfice d'une meilleure efficacité globale.

Cette complémentarité a été moins identifiée entre les acteurs de la médecine de ville qui, pourtant, disposaient d'une structuration équivalente : l'URPS par ses liens institutionnels disposait de la capacité à conduire la gestion de projet. Son positionnement a cependant été parfois ambivalent et souvent mal compris ce qui souligne la nécessité d'un dialogue régulier avec les acteurs, qui a peu eu lieu hors des séances plénières. L'ASSUM et l'inter-CPTS constituaient les acteurs disposant d'une connaissance de terrain et qui vont mettre en œuvre de façon effective le SAS.

Les conflits liés à des positionnements stratégiques et d'opportunité sont également un enseignement à tirer de cette démarche projet. Le SAS a mis en avant une certaine forme de contingence qui lie les médecins libéraux à des intérêts catégoriels qu'ils apportent dans les projets. Les divisions apparues entre les médecins en exercice libéral, permettent cependant de donner un éclairage sur la nature des rapports entre professionnels et d'identifier les points de vigilance pour la conduite de projets associant la ville et l'hôpital. Les médecins libéraux, de par leurs modalités d'exercice libéral sont davantage sensibles à des intérêts individuels par comparaison avec les praticiens hospitaliers, qui exercent en service public. Ils apportent ainsi leur connaissance du terrain et des acteurs mais leur statut libéral a pour conséquence de rechercher un intérêt et/ou un gain en échange de leur participation. La structuration de la gouvernance de projet SAS qui s'est achevée par la médiation de l'ARS vient ainsi nuancer la capacité d'arbitrage des médecins lors de conflits

institutionnels, entre pairs. La complémentarité médico-administrative apparaît ainsi comme une forme d'équilibre des pouvoirs, condition du bon déroulé de projets construits en commun.

Considéré dans sa globalité, le SAS 06 représente tout à la fois un modèle de coopération médico-administrative réussie mais également une occasion majeure de travail avec la médecine de ville permettant de tirer des enseignements et opportunités pour la suite. Dans un contexte de réflexions portant sur les modalités de collaboration médecin / directeur à l'hôpital, oscillant entre délégation polaire renforcée et recentrage sur le service, le projet SAS montre que chaque compétence est utile dans une démarche projet et même nécessaire pour éviter les blocages. La collaboration médico-administrative est ainsi indispensable pour garantir la performance et la pertinence d'une démarche projet, sous réserve que l'ensemble des acteurs aient identifié les apports potentiels de chacun.

De la même façon, le projet a montré que le lien ville-hôpital est possible à construire, avec le même souci d'identification et de valorisation des compétences de chaque organisation. Le démarrage du projet SAS en septembre 2023 permettra de capitaliser sur les jalons posés par la démarche projet et d'approfondir les relations ville-hôpital dans la perspective de l'élargissement du SAS à d'autres filières de prise en charge. Ces filières thématiques et territorialisées (gériatrie, pédiatrie, psychiatrie...) développeront le potentiel du SAS et conforteront son rôle dans la transformation de l'organisation de l'offre de soins.

Bibliographie

Textes juridiques

Pacte de Refondation des Urgences, Ministère des Solidarités et de la Santé, 9 septembre 2019

Arrêté du 22 septembre 2021 portant approbation de l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

Rapports

Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences, Dr J.Y. Grall, Juillet 2015.

Rapport de la mission Carli-Mesnier « Pour un Pacte de Refondation des Urgences », décembre 2019.

Rapport n° 587 (2021-2022) de Mme Catherine DEROCHE, fait au nom de la Commission d'Enquête Hôpital du Sénat, mars 2022.

Rapport de la Mission flash sur les urgences et les soins non-programmés, juin 2022.

Rapport de la Mission d'évaluation des mesures pour les soins urgents et non programmés - été 2022, Inspection Générale des Affaires Sociales, septembre 2022.

Rapport « Tour de France des CPTS », Bilan et propositions pour le déploiement et le développement des communautés professionnelles territoriales de santé, Dr Marie-Hélène CERTAIN – Albert LAUTMAN – Hugo GILARDI, 28 juin 2023.

Instructions

Instruction DGOS du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires Instruction DGOS/R2/2020/129 du 24 juillet 2020 relative aux attendus pour la désignation de projets pilotes expérimentateurs du service d'accès aux soins.

Instruction N° DGOS/R2/2022/97 du 5 avril 2022 relative aux associations de médecins généralistes réalisant des visites à domicile en vue d'améliorer l'organisation de la réponse en journée des demandes de soins non programmés à domicile

Instruction N° DGOS/R2/PF5/2022/270 du 23 décembre 2022 relative aux attendus pour la mise en place du Service d'accès aux soins (SAS) dans les territoires dans le cadre de la généralisation progressive du dispositif.

Livres

Bourret Rodolphe, Guicheteau Jean, Jahan Philippe, La transformation de l'organisation hospitalière, Le modèle Valenciennois, LEH éditions, avril 2023

Henri Bergeron, Patrick Castel, Sociologie politique de la Santé, PUF, 2^e édition, septembre 2018.

Weber, Max. « Les trois types purs de la domination légitime (Traduction d'Elisabeth Kauffmann) », *Sociologie*, vol. 5, no. 3, 2014, pp. 291-302.

Articles

Gentile, Stéphanie, et al. « Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie », *Santé Publique*, vol. 16, no. 1, 2004, pp. 63-74.

Déplaud, Marc-Olivier. « 12. Une fiction d'institution : les « besoins de santé » de la population », Claude Gilbert éd., *Comment se construisent les problèmes de santé publique*. La Découverte, 2009, pp. 255-272.

Groutel Emmanuel, Frédéric Carlier, et Fabrice Le Vigoureux. « Le leadership follettien : un modèle pour demain ? », *Management & Avenir*, vol. 36, no. 6, 2010, pp. 284-297.

Monneraud, Lise. « Les médecins « promoteurs » dans l'action publique de la santé : un nouveau type de sacerdoce », *Revue française des affaires sociales*, no. 2-3, 2011, pp. 276-296.

WINTENBERGER Claire, VIAL Sébastien, GARCIA Éric et al., « Quelle place pour les Services d'Accueil des Urgences dans l'offre de soins non programmés : comment capitaliser sur l'expérience de la gestion de l'épidémie de COVID-19 dans la crise actuelle ? », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 2022/4 (N° 4), p. 215-249.

Presse

La systématisation d'un exécutif à 2 têtes dans les hôpitaux ne fait pas consensus, *Acteurs publics*, 7 juin 2023.

Liste des annexes

Annexe 1 : Trames d'entretien

Annexe 2 : Tableau de synthèse des personnes interrogées

Annexe 3 : Verbatim des entretiens

Annexe 4 : Schéma de traitement des appels au SAS

Annexe 5 : Carte du déploiement des SAS – mise à jour au 7 juillet 2023

Annexe 6 : Carte des dispositifs de SNP des CPTS du département des Alpes Maritimes

Annexe 7 : Schéma initial de gouvernance

Annexe 8 : Schéma final de la gouvernance à l'issue de la médiation ARS.

Annexe 1 : Trames d'entretiens

1- Entretien ARM

Depuis cb de temps êtes-vous ARM ? en poste au CHU ?

- a. Présentation et connaissance du projet

Quelle est votre compréhension du projet SAS et de son objectif principal ?

Quel a été votre rôle dans la conduite de ce projet ?

Comment percevez-vous les évolutions amenées par le projet SAS sur votre profession ?

Considérez-vous que le projet amène des évolutions positives ou négatives pour le projet ?

- b. Perception du pilotage du projet

Depuis quand êtes-vous impliqués dans le projet ? Comment décririez-vous votre implication dans ce projet ?

Que pensez-vous du pilotage et de l'organisation du projet SAS ?

Dans ce pilotage, quelle différence pouvez-vous identifier par rapport à des projets antérieurs ?

Diriez-vous que le pilotage du projet est d'abord médical ou administratif ?

Quel apport a selon vous une prépondérance médicale dans le pilotage ? quels sont les inconvénients ? par rapport à une gestion administrative ?

Quels sont vos rapports avec la communauté médicale et la hiérarchie du service / pôle ?

Comment percevez-vous les relations hiérarchiques, avec l'administration ?

Quel type d'accompagnement individuel ou collectif le projet nécessite-t-il ? Sous quelle forme ?

- c. Positionnement et rôle du Directeur (DRP) ?

Quel est le positionnement et le rôle du chef de service sur le projet ?

Quel est selon vous le rôle du directeur référent sur ce projet ? Qu'attendez-vous de lui / d'elle ?

Comment ressentez-vous le rôle de l'ARS dans le projet ?

2- Entretien RSP S. Kacemi / CAP A. Duchossoy

Depuis cb de temps êtes-vous en poste au CHU ? RSP du pôle urgences ?

- a. Présentation et connaissance du projet

Quelle est votre compréhension du projet SAS et de son objectif principal ? Considérez-vous que le projet amène des évolutions positives ou négatives pour le projet ?

Comment définiriez-vous votre rôle dans la conduite de ce projet ?

- b. Perception du pilotage du projet

Depuis quand êtes-vous impliqués dans le projet ? Comment décririez-vous la méthode de travail adoptée pour ce projet ?

Que pensez-vous du pilotage et de l'organisation du projet SAS ?

Dans ce pilotage, quelle différence pouvez-vous identifier par rapport à des projets antérieurs ?

Quels sont vos rapports avec la communauté médicale et la hiérarchie du service / pôle ?

Quel est le positionnement et le rôle du chef de service sur le projet ?

Diriez-vous que le pilotage du projet est d'abord médical ou administratif ?

Si prépondérance médicale identifiée => Quel apport a selon vous une prépondérance médicale dans le pilotage ? quels sont les inconvénients ? par rapport à un pilotage administratif ?

Comment percevez-vous les relations hiérarchiques, avec l'administration ?

Quel type d'accompagnement individuel ou collectif le projet nécessite-t-il ? Sous quelle forme ?

c. Positionnement et rôle du Directeur (DRP) ?

Quel est selon vous le rôle du directeur référent sur ce projet ? Qu'attendez-vous de lui / d'elle ?

Positionnement des directions fonctionnelles dans le projet ?

Comment ressentez-vous le rôle de l'ARS dans le projet ?

Entretien 3 : médecine libérale (MA Guerville, JL Gerschtein, L. Terramorsi).

Depuis quand la CPTS a-t-elle été créée ?

Depuis quand êtes-vous impliqués dans le projet SAS ?

Quel niveau de développement a-t-elle, quel PEC SNP assure-t-elle ?

d. Présentation et connaissance du projet

Quelle est votre compréhension du projet SAS et de son objectif principal ?

Comment a évolué votre compréhension et votre implication dans le projet ?

Quelles sont vos attentes vav du projet ?

Quels avantages / bénéfices la médecine libérale pourrait en tirer ?

e. Rapports entre médecins

Comment décririez-vous le rôle et le positionnement des médecins en général dans le projet ?

Quelle place a été laissée aux médecins libéraux sur la conduite de projet ?

Comment envisagez-vous la collaboration entre les médecins libéraux et les professionnels du CHU actuellement ? Comment envisagez-vous la collaboration entre les médecins libéraux et les professionnels du CHU dans le cadre du projet SAS ?

Comment percevez-vous les relations entre médecins libéraux dans le cadre du projet SAS ?

Le SAS est-il un reflet des enjeux de pouvoirs latents au sein de la MdV ?

Rapports avec l'ASSUM ?

Rapports avec l'URPS ?

f. Perception des modalités de conduite de projet

Que pensez-vous des modalités du pilotage et de l'organisation du projet SAS ?

Quel est l'impact du projet sur la structuration de la médecine libérale ?

Quel impact, le projet pourrait avoir sur la CPTS ?

Sur votre organisation (personnelle) ? (Rapport aux patients)

g. Gouvernance du projet

Que pensez-vous de la place des médecins dans les instances chargées de déterminer la gouvernance ? (En comparaison avec des projets antérieurs ?)

La détermination d'une gouvernance a-t-elle renforcé le dialogue entre acteurs de la MDV ?

Etes-vous satisfait des modalités de gouvernance adoptées ? Les pensez-vous adaptées pour le fonctionnement du projet ?

h. Rôle et positionnement du CHU (CdS, DRP, CdP)

Quel est selon vous le rôle du directeur référent sur ce projet ? Qu'attendez-vous de lui / d'elle ?

Comment ressentez-vous le rôle de l'ARS dans le projet ?

Qu'est-ce qui, dans le pilotage, a selon vous fonctionné ? Quels facteurs ont été bloquants sur le projet ?

Quel est l'apport du portage médical des groupes de travail ?

Que pensez-vous de la proposition de gouvernance finale reposant uniquement sur les acteurs de l'effection ?

Entretien 3bis : Docteur L. Saccomano

Depuis quand êtes vous président de l'URPS ?

Depuis quand votre CPTS a-t-elle été créée ?

Quel niveau de développement a-t-elle, quel PEC SNP assure-t-elle ?

Quel est votre rôle dans l'interCPTS ?

Depuis quand êtes-vous impliqués dans le projet SAS ?

a. Présentation et connaissance du projet

Quelle est votre compréhension du projet SAS et de son objectif principal ?

Comment a évolué votre compréhension et votre implication dans le projet ?

Quelles sont vos attentes vav du projet ?

Quels avantages / bénéfices la médecine libérale pourrait en tirer ?

b. Rapports entre médecins

Comment décririez-vous le rôle et le positionnement des médecins en général dans le projet ?

Quelle place a été laissée aux médecins libéraux sur la conduite de projet ?

Comment envisagez-vous la collaboration entre les médecins libéraux et les professionnels du CHU actuellement ? Comment envisagez-vous la collaboration entre les médecins libéraux et les professionnels du CHU dans le cadre du projet SAS ?

Comment percevez-vous les relations entre médecins libéraux dans le cadre du projet SAS ?

Le SAS est-il un reflet des enjeux de pouvoirs latents au sein de la MdV ?

Rapports avec l'ASSUM ?

Rapports avec l'inter-CPTS ? Quelle articulation ?

c. Perception des modalités de conduite de projet

Que pensez-vous des modalités du pilotage et de l'organisation du projet SAS ?

Quel est l'impact du projet sur la structuration de la médecine libérale ?

Quel est enjeu de l'implication de l'URPS dans le SAS ? Quel impact, le projet pourrait avoir sur la l'URPS ?

Pourquoi l'URPS devait être associée dans le 06 alors qu'elle ne l'est pas dans le 83 ?

d. Rôle et positionnement du CHU (CdS, DRP, CdP)

Quel est selon vous le rôle du directeur référent sur ce projet ? Qu'attendez-vous de lui / d'elle ?

Comment ressentez-vous le rôle de l'ARS dans le projet ?

Quel est l'apport du portage médical des groupes de travail ?

Que pensez-vous de la proposition de gouvernance finale reposant uniquement sur les acteurs de l'effection ? N'aurait-il pas été possible de trouver un règlement amiable entre médecins ?

a. Présentation et connaissance du projet

Quelle est votre compréhension du projet SAS et de son objectif principal ?

Depuis quand êtes-vous impliqués dans le projet SAS ?

Comment a évolué votre compréhension du projet ?

Comment décririez-vous votre rôle dans le projet ? Votre niveau d'implication ?

Quelles sont vos attentes vav du projet ?

Quels avantages / bénéfices le CHU va tirer ?

b. Sur le pilotage du projet

Que pensez-vous des modalités du pilotage et de l'organisation du projet SAS ?

c. Sur la gouvernance médicale et administrative

Comment décririez-vous le rôle et le positionnement des médecins en général dans le projet ?

Quelle place a été laissée aux médecins sur la conduite de projet ? (En comparaison avec des projets antérieurs ?)

Quel est l'apport du portage médical des groupes de travail ?

Quel est le rôle selon vous de la direction administrative sur ce type de projet ?

Quel impact ont eu les évolutions dans la gouvernance du CHU sur le projet et son déroulement ?

Comment ressentez-vous le rôle de l'ARS dans le projet ?

d. Sur les rapports avec les médecins libéraux

Comment envisagez-vous la collaboration entre les médecins libéraux et les professionnels du CHU actuellement ? Quel niveau de collaboration sur le SNP existe avant la mise en place du SAS ?

Comment envisagez-vous la collaboration entre les médecins libéraux et les professionnels du CHU dans le cadre du projet SAS ?

Comment percevez-vous les relations entre médecins libéraux dans le cadre du projet SAS ?

Quels sont les rapports et les liens des médecins du CHU avec l'ASSUM ?

Rapports avec l'URPS ?

Quel intérêt le CHU avait à ce que l'URPS ne soit pas partie à la gouvernance du SAS ?

Pourquoi avoir organisé une réunion avec les CPTS dès avril 2022 ?

e. Enjeux pour la médecine libérale

Quel est l'impact du projet sur la structuration de la médecine libérale ? Sur les CPTS ?

Le projet va-t-il amener une évolution dans les modalités de collaboration ville-hopital ?

f. Modalités de gouvernance du SAS

Etes-vous satisfait des modalités de gouvernance adoptées ? Les pensez-vous adaptées pour le fonctionnement du projet ?

Pensez-vous qu'un règlement amiable entre pairs aurait été possible ? Souhaitable ?

Entretien 6 : Céline Etchetto, Mission Nationale d'Appui au déploiement des SAS

1- La mission nationale

a. Généralités

Comment avez-vous connu le projet SAS ? Et quand ?

Quelle est votre connaissance du projet SAS, de ses enjeux ?

Depuis quand êtes-vous mobilisée sur le projet ?

Quel sont les objectifs de la MNA ? Quel est son rôle ?

Où en est le déploiement du SAS au niveau national ?

Quelles actions seront menées à l'issue du rapport ?

b. MNA et médicalisation de la gouvernance

Quelle est la méthode de travail de la mission ?

Quelle est votre place en tant que DH au sein de la mission ?

Pourquoi selon vous, avoir positionné un directeur dans cette mission ?

2- Rôle des médecins dans la gouvernance de projet nationale

Comment qualifieriez-vous la conduite de projet SAS au niveau national ?

Quels sont selon vous les principes directeurs du pilotage de projet SAS au national ?

Comment percevez-vous la place laissée aux médecins dans les directives gouvernementales ? Comment percevez-vous la place laissée aux médecins dans les différentes modalités de mise en œuvre observées ?

Quels éléments dans la méthode de projet sont similaires, quelles différences ?

Quels apports de la participation des médecins à la gouvernance de projet pouvez-vous identifier sur le projet SAS ?

Pouvez-vous identifier des différences dans le projet final quand la médicalisation est plus marquée ? Moins marquée ?

Une classification des déclinaisons locales peut-elle être identifiée ?

3- Perception du SAS 06

Quelle perception avez-vous du SAS 06 ?

Des spécificités peuvent-elles être identifiées sur le projet SAS 06, éléments distinctifs ?

Quels enjeux avez-vous perçus autour de la mise en œuvre du SAS 06 ?

SAS.

1- Présentation et connaissance du projet

Depuis quand es-tu impliquée dans le projet ?

Quelle est ta connaissance du projet et quels sont ses principaux enjeux ?

2- Sur le pilotage du projet

Quel regard tu portes sur le pilotage global du projet ?

Quelle(s) différence(s) peux-tu relever dans le pilotage par rapport à d'autres projets de même ampleur ?

Comment qualifierais-tu la participation médicale à la gouvernance de projet ? A-t-elle évolué depuis juin 2022 ?

Comment décrirais-tu les rapports entre médecins dans le cadre du projet ?

Les rapports entre médecins libéraux ? entre médecins du CHU ?

Quels sont les apports de la participation médicale au le projet global ?

Quels apports sur les groupes de travaux menés, internes CHU et externes GT ?

Quels facteurs limitants peuvent-être identifiés ?

Quels aspects du projet auraient été plus compliqués à mettre en œuvre avec une communauté médicale hospitalière moins engagée ?

Qu'est que tu attends du chef de service sur le projet ?

Qu'est ce que tu attends du chef de pôle ?

3- Sur le rôle des tutelles et du mode de gouvernance

Comment décrirais-tu le positionnement de l'ARS ?

Quel impact a eu, selon toi, la transformation de la mise en place d'une délégation polaire renforcée au CHU sur le projet ?

4- Sur la médecine de ville

Comment décrirais-tu tes rapports avec les différents interlocuteurs de la MDV ?

Comment décrirais-tu ton rôle auprès des effecteurs de MdV ?

Quel est l'enjeu représenté par le SAS pour la médecine de ville ?

Que penses-tu du mode de gouvernance adopté à l'issue de la médiation ?

Annexe 2 : Tableau de synthèse des personnes interrogées

CHU de Nice	11	C. Conan	CHUN	Directrice référente du pôle urgences	25-juil-23
	12	Dr Giolito	CHUN	Chef de service des urgences - Pilote du projet SAS	26-juil-23
	3	A. Duchosoy	CHUN	CAP	04-juil-23
	2	S. Kacemi	CHUN	RSP	24-juin-23
	1	S. Imbert C. Lenoble	CHUN CHUN	Représentants des Assistants de Régulation Médicale	16-juin-23
ARS PACA	5	M. Lopez	ARS PACA	Chef de projet SAS	27-juin-23
	4	S. Ayad-Zeddami	DT 06	Chargée de mission SNP	29-juin-23
Médecins libéraux	6	Dr. Terramorsi	ASSUM	Président de l'ASSUM 06	05-juil-23
	8	Dr Gerschtein	Inter CPTS	Président de l'Inter CPTS	11-juil-23
	9	Dr Saccomano	URPS	Président de l'URPSML 06	12-juil-23
	7	Dr Guerville	CPTS	Président de la MSP NICE CENTRE-EST Coprésident de la CPTS NICE CENTRE-NICE EST	04-juil-23
Mission Nationale d'Appui SAS	10	Céline Etchetto	MNA SAS	Directrice déléguée à l'organisation de l'offre de soins et à la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles, ARS Occitanie, membre de la mission nationale.	13-juil-23

Annexe 3 : Verbatim des entretiens

Entretien 1 : Christophe LENOBLE, Sylvain IMBERT, Assistants de Régulation médicale, représentants ARM au Comité de Projet SAS.

Depuis combien de temps êtes vous ARM ? Depuis combien de temps au CHU ?

C.L : 30 ans ARM et 33 ans au CHU

S.I. : ARM depuis 4 ans, au CHU depuis 4 ans.

Qu'est-ce que vous comprenez du projet SAS et de son objectif principal ?

CL : permet de désengorger les SAU en apportant réponse de MDV au requérant. Le SAS permet de filtrer la bobologie. Le SAS démarre ainsi à Nice et avec des perspectives ensuite d'évolution.

S.I. : ça c'est le projet politique tel qu'il est présenté, la mise en œuvre est plus complexe.

Dans ce projet et dans son déroulé, quel a été votre rôle ?

Elus depuis 2 ans pour représenter ARM en général auprès de l'encadrement et de la direction. Dans le cadre du projet SAS, Didier Giolito a souhaité nous impliquer parce que ça nous concerne et ainsi on a été conviés aux réunions et GT régulation et effecton.

Vous avez aussi participé à un GT ARM dédié ?

On a pas de GT dédié mais des réunions régulières avec Didier + encadrement où on aborde ces sujets. Echanges dans le groupe régulation et au COPIL départemental.

Comment vous percevez le rôle qui vous a été dévolu dans la conduite de projet ?

Bien impliqués dès le départ, possibilité de faire part des craintes et inquiétudes. On a rencontré des problématiques ministérielles qui posent un cadre. Ensuite dans les ajustements on a beaucoup travaillé en collaboration et donner notre avis.

On a une relation plus globale de confiance avec l'équipe des urgences et l'encadrement où on est écouté et associés.

Selon vous, à quoi sert d'associer des ARM, quel relai faites-vous ?

Remontées à l'équipes, sondages, réunions d'équipes => info montante
Laisse faire l'encadrement sur la communication descendant. Rôle de relai-tampon pour désamorcer les bruits de couloirs.

Comment vous percevez les évolutions apportées par le SAS à votre métier ?

C.L. : Pour le requérant, c'est positif, c'est une amélioration du mode de gestion de l'urgence ressentie.

Pour le métier, on mélange l'urgent et le pas urgent. On a un sentiment de perte de la dimension d'urgence du métier, noyé dans la bobologie. On perd le U.

S.I. : Pour schématiser, pour décharger urgences saturées de choses non-urgentes, on déporte le problème sur le SAMU donc on déshabille Pierre pour habiller Paul mais ça ne

résout pas le problème. On a un déficit de médecins, de médecins de garde. On aura pas de meilleure réponse à apporter.

Sur notre pratique, je suis très inquiet de la mise en place du N1 / N2, pas de sens si on a l'effectif suffisant – rend le travail inintéressant car va faire des moitiés de dossiers.

C.L. : Moi j'ai connu le « vrai SAMU » avec le numéro à 10 chiffres que les gens appelaient uniquement en cas d'urgence vitale.

On a créé le 15 en 1992 avec le même principe : les urgences sont encombrées donc les gens vont appeler le SAMU et avoir un contact avec des urgentistes ou de la médecine libérale (à Nice). J'ai l'impression d'un même discours, 30 ans après. On va faire le SAS pour désengorger les urgences mais avec les mêmes recettes donc il faudrait peut-être déjà se poser la question de pourquoi ça n'a pas fonctionné à l'époque.

Qu'est-ce que vous pensez du pilotage et de l'organisation du projet SAS ?

S.I. : différence entre ARS et CHU. Possibilité de dialogue au niveau du CHU, changer des choses avec nos retours. L'ARS écoute mais répond souvent que c'est la DGOS et c'est comme ça.

Au niveau du CHU c'était régulier et assez efficace avec des réunions courtes, englobantes.

C.L. : au niveau de l'ARS on a plus une réponse politique et comptable.

Depuis vos générations, la gouvernance plus jeune, les directeurs sont plus accessibles et davantage proches du terrain. On a vraiment l'impression d'être partie prenante du projet et d'être écoutés.

Par rapport à d'autres projets, qu'est-ce qui a changé ?

C.L. : La jeune génération est davantage dans l'échange et la discussion, ce qui ne se faisait pas avant. Maintenant on a un cap mais on tient compte de notre avis.

S.I. : je n'ai pas vu de différence dans le temps mais il y a un bon dialogue.

Est-ce que vous diriez que pilotage CHU est davantage médical ou administratif ?

C.L. : Equilibrée. Nous, la partie médicale a du comprendre les contraintes administratives avec lesquelles on est pas d'accord, en face la partie administrative a bien compris les contraintes du terrain.

S.I. : sentiment d'un guidage plus médical qui tient compte des contraintes administratives.

Même question sur l'ARS

C'est de l'administratif pur, ils ont été sur la partie règlementaire, administrative, beaucoup moins sur le terrain.

Qu'est-ce que cet équilibre ou prépondérance a apporté au projet ?

S.I. : Prépondérance médicale permet en tant qu'expert métier de gérer, avec un guide et des contraintes administratives mais une liberté dans la MeO sur le terrain.

C.L. : même réflexion de que Sylvain mais avec une vision d'équilibre. Donne l'exemple du N1-N2 : obligatoire mais dans la MeO on peut ajuster.

Le fait qu'il y ait une participation médicale permet d'être davantage écoutés en tant qu'experts de terrain.

Une mise en place uniquement administrative n'aurait pas été possible, il y a plein de questions pratique qui se posent dans le projet.

Est-ce qu'une mise en place sans médecins mais avec des soignants aurait abouti au même résultat ou la qualité de médecin apportent une plus-value ?

Les médecins apportent une plus-value parce qu'ils travaillent dans le service, connaissent le terrain, nous connaissent et nous font confiance. La plus-value c'est que ce soient des médecins de terrain.

Sur l'exemple du N1-N2, le travail d'ARM issu du GT a été validé par Didier mais c'est d'abord un travail d'ARM.

Comment qualifieriez-vous vos rapports avec la communauté médicale et la hiérarchie du service ?

Echange et relation de confiance. L'élection de délégués a beaucoup aidé. Pour les plus vieux on les a vus internes/externes. C'était très fluide, de très bonnes relations.

Comment et qui a aidé à la résolution des points d'achoppement ?

Avec Didier essentiellement, avec Dr Galliano aussi. Les réunions organisées ont permis de partager notre ressenti. Par exemple, le P0+ est à l'initiative des ARM mais avec un travail des médecins pour ajuster le contenu du P0+. Ils ne nous ont pas suivi sur le contenu du P0+ mais dans l'échange et la discussion.

Sur le dimensionnement des effectifs, un travail long a été mené avec S. Kacemi. Si il y a eu des arbitrages, comment ça s'est fait ?

Les critères de détermination ont fait l'objet d'un consensus, on a pris les recommandations de SAMU de France.

Là où on a été entendus c'est sur le faible recrutement d'aide-ARM ou des ARM non-certifiés.

Pourquoi est-ce que les négociations sur le P0 et les effectifs se font avec Didier ?

Parce qu'il est responsable du SAMU, au-delà du fait qu'il soit médecin.

Son expertise médicale a permis sur le P0+ de l'analyser ensemble avec sa connaissance médicale et d'arbitrer avec son rôle hiérarchique. Double casquette médecin régulateur qui comprend le terrain et partie administrative qui s'inscrit dans un cadre. L'arbitrage est rendu en tant que responsable de service et non de médecin.

Sur ce projet-là vous avez donc eu une même personne, qui rend des arbitrages avec une casquette différente. Quelle est la plus entendable / légitime pour vous ?

La partie médicale est plus légitime, plus énervante la partie administrative (rires).

Par notre statut c'est difficile d'être davantage impliqué et représenté hiérarchiquement.

Quel type d'accompagnement individuel et/ou collectif le projet nécessite-t-il ?

On a eu et on aura des réunions d'information pour le collectif. En individuel, le métier ne va pas changer bien que l'organisation sera différente.

En termes d'accompagnement il faudra aussi revoir les rémunérations et le statut.

Comment est-ce que vous percevez le rôle et le positionnement du chef de service ?

Echange, partage d'info. Pas de sentiment de déséquilibre. Aucun filtre dans la transmission d'infos – transparence avec l'équipe.

Comment est-ce que vous percevez le rôle et le positionnement de la DRP sur le projet ?

S.I. : Peu entendue, prenait peu la parole dans les GT donc positionnement difficile à évaluer. Les GT étaient centrés sur la partie médico-soignante et elle s'est peu exprimée

Vous attendiez qu'elle s'exprime davantage ?

Non, car ça veut dire qu'on nous laissait gérer les choses sur le terrain.

Sur quelques sujets, j'aurais attendu plus car elle représentait l'institution, par exemple sur l'IFTS.

Le fait que les GT portent sur une partie médico-soignante amoindri le rôle du Directeur ?

S.I. : Non, le directeur est là pour guider.

C.L. : pour moi elle était dans son rôle, elle donnait les axes, elle écoutait les remontées de terrain, apporte des précisions si nécessaire sur la partie budgétaire ou sur l'emplacement de phase 3. Elle a laissé les équipes gérer car elles ont la compétence de terrain.

Comment est-ce que vous expliquez la répartition entre administratif et médecin ?

C'est lié à la personne, au fait qu'elle venait de prendre son poste, à sa façon de travailler et de voir les choses.

Comment avez-vous ressenti le rôle de l'ARS et son positionnement derrière le directeur ?

J'ai trouvé l'ARS très comptable, moins sur le terrain que C.Conan par exemple. Moins souples également.

S.I. : Par exemple, S. veyrat suggérait qu'on ne prenne pas de vacances l'été pour assurer l'activité et garantir le nombre d'ARM. Sentiment de décalage, d'une gestion comptable.

Entretien 2 : Séverine KACEMI, Responsable soignante du pôle Urgences.

Depuis combien de temps êtes-vous au CHU ? Depuis combien de temps RSP ?

2001 IDE

2007-2009 = FFCadre

2010-19 cadre

Depuis 2019 en RSP d'abord sur le pôle ARU et depuis mars 2022 sur le pôle urgences

Quelle est votre compréhension du projet SAS et de son objectif principal ?

Offrir au patient une réponse H24 à leurs problèmes de de santé évoqués => réponse à l'ensemble des problèmes de santé même hors du cadre des SAU.

Quel a été votre implication dans le projet ?

Très modeste au départ, information et petits GT mais sans implication sur GT ARS.

Le projet s'est d'abord discuté médicalement avec un portage médical voulu par l'ARS et une gouvernance médico-administrative avec médecin – directeur.

Inclusion dans les GT après quelques temps, avec la CAP pour avoir accès aux informations, faire le relai du projet et avancer.

Comment est-ce que vous définiriez votre rôle dans le projet ?

Rôle de RSP : amener la vision soignante, accompagnement et avis. Pilotage au niveau de l'équipe paramédicale du projet. Discussion et compromis

Comment percevez-vous les évolutions amenées par le projet SAS, pour vous, sur votre poste ? plus largement sur le SAMU-Centre 15 ?

SAMU Centre 15 => ouverture logique supplémentaire sur la ville => intégration de la ML existante, le projet ne fait qu'approfondir cette logique. Ce n'est pas sans difficulté car cela nécessite d'intégrer des nouveaux métiers superviseur/ARM, de nouvelles méthodes de travail, un nouveau rôle du cadre // métier de superviseur.

Pour mon rôle de RSP = super projet, angoissant, lourd mais super => adaptation des présentations, des EDL. Cela apprend pour la suite, connaître les différents éléments à apporter à chacun.

C'est le premier projet porté avec la nouvelle méthode et nouvel angle de délégation polaire. On a voulu y aller à fond en se disant « c'est le premier projet de délégation et de médicalisation de la gouvernance ». on est arrivés à trouver un fonctionnement où chacun a pu amener son expertise et ses compétences et c'est de bon augure pour les prochains projets.

Qu'est-ce qui change par rapport à d'autres projets d'ampleur similaire sur le pôle ?

Grande autonomie, climat de confiance avec la CGS, reporting. Ça a assis notre place avec Alizée la CAP. C'est le premier projet d'ampleur, médicalisé depuis le début, dans lequel on eu notre place reconnue dans toutes les phases du projet.

CAP et RSP avec un rôle d'analyse et de mise en forme pour les médecins, pour faire ressortir les bons messages. On a essayé d'aller plus loin sur ce projet que ce qu'on avait pu faire avant quand on avait un projet à porter. On a eu l'entièreté des éléments à travailler, formateur et enrichissant mais avec moins d'appui des directions fonctionnelles, notamment sur les finances.

Sur la DRH, peu de changement mais virage = plus besoin de passer par des CODIR où les directeurs amènent le retour du projet. Accès plus direct aux directions fonctionnelles, liée à la philosophie du projet, la délégation polaire a constitué argument supp pour porter les choses comme ça.

Que pensez-vous du pilotage et de l'organisation du projet SAS globale ?

- Il aurait fallu inclure d'emblée tous les acteurs / évite redites et pertes de temps.
- Le pilotage ARS a fait le choix de la médicalisation totale d'emblée – Veyrat s'est rendu compte de la nécessité du trio de pole dans le projet.

Retard dans la mise en mode projet (pilotes identifiés, GT, acteurs clés...) – qui s'explique par un contexte particulier, dans lequel il aurait été difficile de faire mieux. A chaque initiative de projet à l'avenir on va structurer tout de suite une démarche projet.

Par rapport à d'autres projets, vous classifieriez le SAS 06 parmi les projets qui se sont bien déroulés ?

Très bien déroulé une fois qu'on a pris nos marques. On a trouvé la dynamique et réussi à se mettre en ordre de marche.

Vous considérez que le pilotage est plus médical ou administratif sur le projet ?

Le pilotage est purement médical, on est arrivés à rétablir un semblant d'équilibre et on est parvenus à trouver une place aux soignants et administratifs parce qu'on avait les médecins qu'on avait en pilotage de projet. On aurait pu être en exécutants pures avec d'autres acteurs médicaux. La médicalisation dépend de la personnalité des pilotes médicaux.

Les Dr Tardieux et Giolito sont conscient de l'apport du personnel médical et administratif dans la gouvernance de projet et laissent à chaque acteur sa place. Ils ont une conscience de l'expertise et des compétences de chacun.

Quel apport a selon vous une prépondérance médicale dans le pilotage ? Quels sont les inconvénients ? par rapport à une gestion administrative ?

Avantage =

- Médecins qui tiennent compte du terrain, investis, jusqu'aux GT menés en interne – pris conscience qu'un projet c'est du travail, de la lourdeur de formalisation et de ce que ça implique ensuite. => va aider pour la suite
- Tenu compte des expertises et des compétences de chacun

Inconvénients :

- Pas encore conscience de la réglementation RH, des possibilités d'action => difficile de leur faire entendre raison sur ce qui était possible de décliner ou pas. La chance a été qu'un lien de confiance était existant mais les choses auraient pu être plus compliquées.
- Avec Alizée, on va proposer au CDP des concepts et fils rouges pour mener les projets et y sanctuariser notre place. Notamment de nous soumettre avant mise en œuvre, des idées de projet.

Le projet a donc été l'occasion de formaliser des procédures ?

On a profité de ce projet pour asseoir notre place au sein du trio de pôle malgré le lien hiérarchique qui va s'imposer à nous.

Comment percevez-vous les relations hiérarchiques, avec l'administration ?

- ⇒ Acteurs du quotidien donc pas de sentiment de mise en difficultés, les liens sont faits – points réguliers avec CGS/DRP pour reporting. Les liens avec les directions même en expertise resteront les mêmes car il est important d'avoir d'un regard hors projet / hors institution que nous ne sommes pas encore capables de faire. Je considère être la représentante de la CGS, le lien d'expertise c'est à moi de le faire avec mes pairs.
- ⇒ Regrette absence de la DAF => dommage, jamais un COPIL/COPROJ avec DAF, dommage quand rentre dans une démarche de délégation. Compliqué de construire un business plan, de disposer des éléments dont on a besoin et d'exploiter ces éléments

Par comparaison avec d'autres projet, vous avez perçu une différence dans les relations ?

On a toujours eu une proximité des directeurs et des médecins en raison de la spécificité du pôle. On mesure la température sociale d'un établissement par les urgences. On avait une habitude de travail en point CGS / DRP, je n'ai pas vu de différence dans les fonctionnements.

Qu'attendiez-vous du DRP sur le projet ?

Au départ, le directeur était positionné mais pas forcément en légitimité. Dès que Camille a pu nous inclure dans les groupes elle l'a fait donc on s'est senti soutenues par la direction. Rapporté au nombre de ses missions elle a été plutôt présente et d'autant plus qu'elle vous a positionné sur ce projet (EDH). Ça nous a apporté une vraie aide supplémentaire, vous avez beaucoup fait le rôle du DRP et c'est ce qu'on attendait d'un DRP.

Si le DRP avait été plus ancien sur le pôle on aurait eu un démarrage en mode projet plus rapide, c'est tout.

Comment ressentez-vous le rôle de l'ARS dans le projet ?

Ce n'est pas à l'ARS d'inclure le trio de pôle, c'est aux méd et DH de positionner les personnes ressources sinon ça veut dire qu'on a besoin de l'ARS pour se fédérer. Elle doit donner une impulsion.

L'ARS par leur structure je n'ai pas vu beaucoup d'encadrement, elles accompagnent mais je n'ai pas tout compris de leur rôle => M. Lopez + S. Ayad-Zeddami. On a du mal à identifier la place de chacun car on n'est pas organisés en miroir de leurs organisations. Avec l'ARS, on a un manque de visibilité sur qui est essentiel au projet.

Rapports cordiaux, importance des points resserrés pour comprendre les éléments de langage attendus et booster au besoin.

Je vais faire un parallèle avec l'échange que j'ai eu avec les ARM. Quand on les interroge ils parlent de légitimité du médecin par rapport à un directeur d'hôpital, quel regard vous portez ?

Légitimité supplémentaire du médecin vis-à-vis du personnel, par rapport à un administratif, sauf s'ils ont vu grandir l'administratif (rires).

C'est pour ça que le portage médical est intéressant, les médecins sont en relation constante avec le terrain donc aux yeux des agents il y aura une différence en termes de légitimité. Les ARM ne peuvent pas avoir le même regard que nous sur l'administratif car l'administratif va constituer une aide pour nous trio de pôle. C'est une aide mais ils travaillent dans l'ombre pour les personnels et les équipes. C'est peut-être un tort de notre part ce manque de visibilité ?

Entretien 3 : Alizée DUCHOSSOY, Cadre administrative de pôle.

***Quelle est votre compréhension du projet SAS et de son objectif principal ?
Considérez-vous que le projet amène des évolutions positives ou négatives pour le projet ?***

Positives

- Met en avant le rôle de l'ARM, peu connu jusqu'ici
- Réponse à la population plus rapide
- Accès au système de santé et à la médecine de ville en dépit de la démographie médicale favorable dans le département.
- Briques supplémentaires à venir vont fluidifier les parcours et renforcer la pertinence des passages aux urgences

Comment définiriez-vous votre rôle dans la conduite de ce projet ?

J'ai cherché mon rôle au début, je ne savais pas quelle place j'avais.

Apport organisationnel et méthodologique sur la chefferie de projet pour essayer d'accompagner le pôle dans toutes les tâches et l'avancement du projet.

Depuis quand êtes-vous impliqués dans le projet ?

J'ai eu un rôle clair 1-2 mois après la mise en route du projet SAS, novembre 2022 environ.

Comment décririez-vous la méthode de travail adoptée pour ce projet ?

Pluridisciplinarité – complémentarité de l'équipe resserrée. Nécessaire au regard de l'envergure du projet et selon les appétences de chacun. Camille en stratégie, vous et moi en opérationnel, les médecins dans l'organisation de terrain.

Camille et vous m'avez apporté, ça a permis de recentrer et accompagner dans une montée en compétence. On a réutilisé cette méthodologie pour le projet MPPU qui a dû être monté rapidement. Le SAS a été un projet complet et un bon exemple pour la délégation polaire, vers davantage d'autonomie.

Vous considérez que la méthode projet adoptée était une avance de phase de la délégation polaire ?

Elle s'en approchait, on a géré en autonomie avec Camille. Si elle avait été le DGA elle aurait eu le même rôle aux moments clés, le pôle en était demandeur.

Que pensez-vous du pilotage et de l'organisation du projet SAS ?

Les points resserrés étaient nécessaires, l'ARS est souvent suspicieuse mais même si on a été prudents parfois, on a instauré un dialogue de confiance et un lien privilégié qui servira dans le futur.

Dans ce pilotage, quelle différence pouvez-vous identifier par rapport à des projets antérieurs ?

SAS considéré comme un projet en tant que tel avec l'ingénierie de projet associée dès le début. Le dimensionnement de projet a fait toute la différence. Association des directions fonctionnelles dès le début et régulièrement et légitimement au regard de la taille du projet. On travaille beaucoup en interne au pôle habituellement.

Quels sont vos rapports avec la communauté médicale et la hiérarchie du service / pôle ? Quel est le positionnement et le rôle du chef de service sur le projet ?

Bonne, ça s'est inscrit dans la logique du fonctionnement du trio de pôle.

La nouveauté c'est la présence de Didier Giolito, chef de pôle adjoint et chef de service. Son positionnement lui a fait prendre une certaine maturité et on a travaillé de façon fluide. L'équipe médicale des urgences est facile et aidante. La difficulté c'est la disponibilité.

Vous pouvez développer les éléments concernant Didier Giolito ?

En matière de légitimité il y avait des craintes mais il a montré qu'il travaillait très bien. Ce projet l'a aidé à se structurer et à appréhender les choses différemment, dans un cadre institutionnel.

Le cadre du projet a facilité vos rapports et votre manière de travailler avec lui ?

J'avais une certaine appréhension de travailler avec lui mais le projet l'a contraint à se structurer et donc nous a permis de travailler ensemble.

Diriez-vous que le pilotage du projet est d'abord médical ou administratif ?

L'un sans l'autre sont impossible donc c'est difficile de voir une prépondérance.

Il y a une part médicale importante qui a permis de dessiner les grands principes et les orientations. Il reste administratif dans sa construction et son pilotage. Au global il reste administratif parce qu'on a besoin du volet financier et de la coordination administrative.

Est-ce qu'une personnalité médicale et administrative s'est détachée ?

Heureusement qu'il y a le médical ET l'administratif pour structurer et tenir les délais. Si c'était uniquement médical on ne serait pas descendus autant en niveau de détail et on aurait moins anticipé certains éléments.

Qu'est-ce que ça apporte la forte médicalisation de ce projet ?

De la véracité dans le fonctionnement, une valeur d'acceptabilité pour les équipes de terrain, ça limite les problématiques sociales liées au projet.

L'acceptabilité concerne toutes les équipes ?

L'équipe médicale et les ARM oui.

Qu'est-ce qui rend plus légitimité les médecins ?

Ils sont sur le terrain et travaillent avec eux

Quels inconvénients sont liés à la forte médicalisation du projet ?

Le suivi et l'évaluation du projet. Ils vont improviser et se sur-adapter sans mettre en place de mesures palliatives ou correctives.

Comment percevez-vous les relations des médecins avec l'administration ?

Dans les GT gouvernance et effecton, les médecins avaient la compétence de terrain pour prendre des options donc la part d'intervention administrative sur ces groupes était moindre. Chef de pôle bienveillant et qui sait qu'il a besoin de tout le monde pour avancer.

Comment percevez-vous les relations entre médecins du CHU et entre médecins du CHU et libéraux ?

Entre les médecins hospitaliers, les réunions régulières ont permis de bien associer. Les médecins libéraux, dès qu'une nouvelle organisation apparait tout le monde essaye de se positionner. Les personnalités accentuent le phénomène. Dans la mesure où on ne les connaît pas suffisamment on n'a pas pu prévoir certaines stratégies ou mécanismes.

Quel type d'accompagnement individuel ou collectif le projet nécessite-t-il ? Sous quelle forme ?

Individuel je pense pour la cadre de santé, elle est peu venue au COPROJ...

On a insuffisamment précisé le rôle des référents ARM et des réunions régulières aurait pu être organisées.

Comment est-ce que vous décriez votre relation de travail avec Séverine Kacemi ?

Chacune s'est investie dans son domaine de compétence, on a avancé ensemble sans travailler ensemble. On se réparti les rôles et on se fait confiance mutuellement. Séverine est très prise, elle a trop de choses à faire. Il n'y a jamais de problèmes entre nous.

Comment ce duo s'articule avec la chefferie de pôle et de projet ?

On se structure chaque jeudi en trio, en plus des échanges informels avec Séverine.

Quel est selon vous le rôle du directeur référent sur ce projet ?

Un accompagnement stratégique, garante des valeurs institutionnelles et rôle de portage du projet dans les instances. Pilotage stratégique et managérial pour embarquer les équipes et mobiliser l'équipe de chefferie de projet.

Qu'attendez-vous d'elle ?

Sur le positionnement au niveau du groupe gouvernance elle a joué son rôle de directrice pour arrondir les angles et se positionner en médiateur.

Comment ressentez-vous le rôle de l'ARS dans le projet ?

La DT est une strate qui n'est pas aussi décisionnaire que le siège, elle passe des messages. Ils nous ont aidé sur la structuration du projet avec la médecine de ville mais ça a été davantage du reporting qu'une aide et un soutien.

Les points d'étapes étaient importants pour aboutir au point financier, qu'ils puissent s'approprier les enjeux et qu'ils les portent au niveau du siège.

Ils étaient dans le flou aussi, notamment sur les financements.

Vous avez mentionné avoir cherché votre rôle avec Camille. Vous n'étiez pas dans les groupes de travail au démarrage, pensez-vous que ça vous a gêné dans l'appropriation du projet ?

Oui en termes de connaissance et maîtrise du sujet

Comment vous expliquez ne pas avoir été associée dès le début ?

L'arrivée d'un nouveau DG... c'est un sujet que Camille aimait beaucoup je pense mais sinon je ne l'explique pas.

Entretien 4 : Shahen AYAD-ZEDDAM, cadre de l'offre de soins et du premier recours, ARS 06, Délégation Départementale des Alpes-Maritimes.

Depuis cb de temps êtes-vous en poste à la DT ?

1^{er} juin 2021 en tant que cadre référent sur l'ouest du département sur :

- L'offre de soins, englobant l'ensemble des établissements MCO, privé/public, SSR...
- Le premier recours, effecteurs en soins de ville, CPTS, MSP, Centre de Santé, DAC...

Le but de l'organisation en délégation est d'avoir l'ouverture et le lien transversal ville-hôpital, calqué sur ce qui est demandé aux établissements.

En plus, elle est en charge de la thématique soins critiques et gouvernance sur l'ensemble du territoire du 06

Quelle est votre connaissance du projet SAS et de son objectif principal ?

Missionnée en 2022 pour un déploiement sur 2023.

Le SAS c'est un état des lieux, on a constaté un recours systématique au 15 ou aux urgences en l'absence de disponibilité en soins de ville.

Enjeux multiples du SAS pour faire évoluer les comportements de la société :

- Communiquer pour que les patients prennent conscience que tout besoin de soin n'est pas un recours systématique aux urgences – permettre de continuer à appeler mais laisse la liberté au CHU de gérer et rediriger le flux de patients.
- Avoir une offre de soins disponible et lisible. Actuellement les créneaux de SNP ne sont pas connus et insuffisants en nombre. En parallèle on a l'émergence des CHE qui interroge au sein de la médecine libérale.

Comment percevez-vous les évolutions amenées par le projet SAS ? Quelles conséquences sur le territoire anticipez-vous ?

a. Perception du pilotage ARS du projet

Que pensez-vous du pilotage et de l'organisation du projet SAS ?

Comment définiriez-vous votre rôle dans la conduite de ce projet ?

On a souhaité un binôme médecin-cadre administratif. Je suis co-chef de projet avec le Dr Veyrat. Mon rôle est d'animer et de mettre en lien, le CHU, les professionnels de ville,... et de faire cohabiter un objectif commun : répondre de façon coordonnée à un besoin de soins non-programmés en désaturant les urgences.

Apporter un soutien avec la connaissance qu'on a du terrain :

- Dr Veyrat sur les aspects médicaux et la régulation : connaissance du soin, de l'acte.
- Moi sur l'aspect réglementaire, le lien avec le niveau régional, rappeler le cadre. Exemple de la localisation des OSNP dans les CPTS où elle est intervenue pour s'assurer que les pcp réglementaires soient respectés.

Une fois ce cadre posé, les équipes de terrain sont laissées libres d'agir puisque ce sont elles qui font remonter leurs projets, leurs difficultés et accompagner pour aboutir à un projet qui colle au terrain. Il s'agit d'accompagner la vision du 06 qui soit conforme aux exigences nationales.

Depuis quand êtes-vous impliquée dans le projet ?

Dès le début

Quelle méthode l'ARS a-t-elle adoptée pour conduire ce projet ?

Binôme médecin-administratif

Qu'est-ce qu'a apporté la présence d'un médecin à vos côtés sur le projet ?

Légitimé dans ma position, face à des médecins qui connaissent le terrain, qui sont confrontés à ce que moi j'observe et ce sur quoi j'alerte.

S.Veyrat connaît les médecins engagés dans le projet, ça a facilité les échanges et m'a permis d'être légitimée dans mon rôle, en disposant d'éléments de contexte.

En l'absence de co-pilotage médico-administratif, votre source de légitimité aurait également pu être en lien avec l'administration du CHU...

En l'absence de binôme médecin-administratif, on aurait probablement fait porter le projet par le CHU. Sur le projet SAS 06 c'est ce qu'il s'est passé au final même si nous avons le binôme, notre souhait était que le CHU soit réellement positionné en chefferie de projet.

On ne voulait pas s'approprier un travail qui est un travail de soignant et de directeurs en lien avec les soignants. C'est un projet d'établissement, voir de GHT.

Par rapport aux autres départements, les DT ont fait appel à un chef de projet exprès pour le SAS au niveau de la direction. Ce n'est pas le choix du CHU de Nice, ce sont les personnes « opérationnelles » qui ont porté le projet et ça a tout son sens.

Dans ce pilotage, quelle différence pouvez-vous identifier par rapport à la DT 83 ?

Ils ont été plus rapides, probablement parce à la désignation d'un chef de projet dédié. Au contraire le CHU de Nice a travaillé avec des pilotes qui avaient déjà des missions et qui ont dû dégager du temps pour le SAS. Ça apporte une meilleure connaissance de l'établissement et des projets, ce qui crée un lien de transversalité

Par rapport au 83 on a souhaité associer tous les effecteurs, donc on a élargi le COPIL à l'ensemble des effecteurs, ce qui inclue l'ensemble des établissements avec SAU, les CPTS... Ce qui a pris plus de temps avec les échanges autour du rôle et du fonctionnement des CPTS.

Dès le début le rôle des CPTS a été interrogé et on a dû rappeler que les CPTS et leur mission socle ne sont pas mises en réserve, au contraire, le SAS intervient en subsidiarité.

A retenir :

- Binôme
- Association de tous les effecteurs
- Binôme ville-hôpital permet légitimité

Cependant, quand on fait reposer un projet d'envergure sur un CHU, on se heurte aussi au processus interne, les strates, les validations. C'est normal, ça compose un projet mais moi je n'avais pas forcément cette vision des choses avant, notamment sur le rythme de la gestion de projet. Il faut lâcher prise et respecter le processus.

Quel a été l'apport de l'inclusion de l'ensemble des effecteurs dans l'avancée du projet ?

Permet d'avoir une vision différente en fonction du type de structure dans laquelle exerçait le médecin. Un CHE fait du SNP en continu de 8h à 22h, le MT n'a pas cette amplitude, il ne peut libérer que quelques créneaux ou périodes pour le SNP.

Certains médecins avaient également une vision très centrée sur eux, ne connaissaient pas les CPTS et les possibilités de PEC en SNP notamment qu'elles permettaient... L'intérêt a été de mettre toutes les personnes autour de la table pour exprimer leurs perceptions et de revenir à un socle de connaissances communes et partagées, de qui faisaient quoi etc...

Le CH de Cannes veut ainsi entrer en coordination avec la CPTS Pays De Lérins dans le cadre du futur SAS.

Le SAS a désacralisé certaines positions et de faire évoluer des idées arrêtées pour transformer les logiques de prise en charge des patients.

Quelle différence vous identifiez par rapport à des projets antérieurs ?

Le SAS partait d'un constat très national directement implanté en départemental, sans passage ou transformation par l'échelon régional. Le projet n'est pas issu du PRS.

Par ailleurs, l'investissement de la DGOS a été très important, sur les financements, les aspects immobiliers... Le national était très à l'écoute, exemple des CPTS qui étaient totalement hors du champ avant.

Le passage par une expérimentation a permis d'avoir des règles souples pour que chacun des départements puissent s'y retrouver. En même temps c'est difficile de communiquer car il y a beaucoup d'inconnues et de choses à construire donc pas forcément de réponses claires à apporter.

Diriez-vous que le pilotage du projet est d'abord médical ou administratif au niveau de l'ARS ?

Si prépondérance médicale identifiée => Quel effet sur le pilotage a selon vous une prépondérance médicale ? quels sont les inconvénients ? par rapport à une gestion administrative ? quelle différence dans la manière de percevoir et d'aborder les enjeux ?

Comment percevez-vous les relations entre les médecins de l'ARS (Dr Veyrat / Dr Munoz) et les médecins représentants libéraux ?

On a une spécificité avec des médecins (ASSUM) qui ont un pied en libéral et au CHU, qui sont dans des CHE. Le Dr Saccomano est président de l'URPS. Le fait qu'il y ait connaissance du terrain et des fonctions des uns des autres facilite la connaissance et les échanges car on les voit sur plusieurs autres projets même s'ils sont tous d'ambitions différentes. De la même façon entre les médecins du siège et de la DT, les mêmes interlocuteurs sont présents sur les mêmes projets.

C'est aussi cristallisant quand les médecins occupent plusieurs fonctions. Il y a le politique, c'est important quand on est dans une tutelle : on ne peut pas avoir une posture, on doit être mesuré. Un médecin ARS est différent en cela, il aura plus de facilité à dire les choses car il a cette connaissance, cette vision opérationnelle. La relation de médecin à médecin, quand un des deux a une représentation politique, peut faire un frein car il ne va pas adopter une posture médicale mais bien de représentant.

Comment percevez-vous les relations entre les médecins de l'ARS (Dr Veyrat / Dr Munoz) et les médecins du CHU ?

Très bonne entente, facilités d'échanges avec des personnes faciles d'accès (Giolito et PMT). Ce sont des interlocuteurs qu'on connaît également de projets antérieurs et sur des projets en parallèle du SAS.

Le lien préexistant à ce projet a facilité les choses.

Comment décririez-vous leurs échanges et rapports des ML avec l'administration du CHU ?

Les médecins s'adressaient davantage aux médecins, sans effacer l'administration toutefois.

Mme Conan, qui a été sur tous les fronts, a eu cette capacité en GT d'animation, de fédérer et de temporiser des échanges qui pouvaient déraiper. Il y a toujours eu ce respect et une fluidité d'échanges entre les ML et l'administration.

Mme Conan a temporisé des échanges entre médecins libéraux ?

Oui entre médecins libéraux, je n'ai pas vu d'échanges tendus entre ML et administration.

Comment l'expliquer ?

La position de direction n'est pas celle d'un médecin. Par ailleurs les médecins se connaissaient donc il y a davantage la possibilité de rentrer dans le vif et de s'envoyer des piques car les uns et les autres se connaissent. On sent qu'ils ont travaillé ensemble, que les positions sont différentes entre médecins.

Le CHU représente la future structure du SAS qui va porter la réorganisation, le positionnement en tant que garant de l'opérationnalité a donné une place à part aux membres de la direction. La source de légitimité n'est pas la même.

Comment décririez-vous vos échanges rapports des médecins CHU avec l'administration du CHU ?

Bonne symbiose et bonne entente, on sent que l'équipe projet est soudée. On sent que Mme Conan représente la direction et on ressent une relation de confiance avec les médecins et l'équipe projet. Mme Conan se reposait sur les personnes qui avaient vocation à intervenir pour leur champ de compétence. Je trouvais ça intéressant la répartition des rôles de chacun selon ses compétences, et ça a permis de ne pas avoir de débordement. L'objectif était compris, les moyens annoncés donc l'équipe projet comprenait ce qu'elle avait à faire et ce qui était possible ou pas.

Diriez-vous que le pilotage est d'abord médical ou adm ?

Je l'ai trouvé partagé, on sentait que les médecins en terme opérationnel avait fait valoir leurs observations, en lien avec les cadres concernés.

Je pense qu'il y a la prévalence de la Direction car ils valident, cadre l'avancée. Cette prépondérance est normale et nécessaire. Sur les RH, le médical s'est bien impliqué sur l'expression de besoin et la montée en charge.

Qu'attendiez-vous du directeur référent sur ce projet ?

Avant le projet, l'approche et le pilotage étaient nébuleux pour tout le monde, est-ce que c'était l'ARS ou le CHU et avec quelle répartition des compétences. Mme Conan s'est positionnée conformément à nos attentes, prendre le pilotage, associer les médecins et les cadres concernés et d'impulser le rôle projet.

Les points resserrés n'avaient pas été envisagés à l'origine et ont apporté beaucoup de fluidité.

Quand on interroge les CAP et RSP, elles font ressortir qu'elles n'ont pas été associées au GT dès le début. Quel regard vous portez là-dessus et quel lien vous faites avec la médicalisation de la gouvernance projet ARS ?

Je n'avais pas connaissance de Mme Duchossoy et Mme Kacemi. Chacun a associé les acteurs visibles et en première ligne, ensuite chacun s'est greffé et les directions opérationnelles sont venues sur le projet.

Au niveau du CHU je n'ai de lien qu'avec les urgences dont je suis référente thématique mais à la direction je ne connais pas les interlocuteurs et les directeurs adjoints.

La forte médicalisation vient de cette visibilité de certaines personnes, en l'occurrence les responsables médicaux des urgences. Par ailleurs le Dr Veyrat connaissait mieux PMT.

Avez-vous perçu les relations entre administratifs et médecins au CHU ? Avez-vous perçu une évolution dans ces relations ?

Au début Mme Conan était sur le projet avec le Dr Giolito et le Dr Tardieux, progressivement vous vous êtes ajoutés aux GT, Mmes Kacemi et Duchossoy aussi. Un équilibre s'est mis en place avec une prédominance de la direction qui est normal puisqu'elle valide.

Sur l'évolution de la gouvernance, vous vous positionnez dans la trajectoire souhaitée par votre DG, le projet SAS s'est vraiment inscrit dans cette philosophie. Les médecins faisaient valoir des besoins et Mme Conan faisait du lien, posait le cadre et proposait une bonne restitution des besoins des médecins.

Entretien 5 : Marie LOPEZ, cheffe de projet déploiement SAS, ARS PACA

Depuis combien de temps êtes-vous en poste à la DT ?

Février 2012, formation science politique et communication.

Entrée à l'ARS en 2012 via la démocratie en santé avec l'objectif de rendre accessible les informations aux patients, en lien avec les associations de patient.

Retour ARS PACA en tant cheffe de projet régional déploiement CPTS depuis 2019, avec beaucoup de COVID.

Chefferie de projet régional SAS depuis août 2022. Les établissements étaient prêts mais le pilotage a commencé au printemps 2022 parce que la démarche a démarré entre mai et juin en PACA.

Quelle est votre connaissance du projet SAS et de son objectif principal ?

Je ne maîtrise pas toutes les composantes du projet mais je suis la référente régionale sur la thématique, j'ai une vision globale du projet. De par mon positionnement à la Direction de l'ODS de premier recours je suis davantage experte sur la médecine de ville : régulation libérale, structuration de l'effectif, lien CPAM sur rémunérations...

Je commence à connaître aussi les composantes SI mais bcp moins et de même pour la filière AMU déjà structurée et moins impactée par le SAS. Je connais bcp moins le volet médecine d'urgence et médecine de ville.

Le SAS est un projet qui évolue dans sa construction et les principes qui sont édictés au niveau national. Donne l'exemple de la plateforme dont l'utilisation n'est plus obligatoire.

2 objectifs :

- Désengorger les urgences
- Apporter une réponse aux patients face aux difficultés de la médecine de ville

Le SAS a été affirmé dans le pacte de refondation des urgences, son objectif c'est de désengorger les urgences. En parallèle, on voit bien que l'activité SAMU d'appel a évolué. Pour un département comme le 06, 70% des appels relèvent de la médecine de ville, c'est plus fort que la moyenne régionale. Avec +50% des appels qui concernent la ML le SAS prend tout son sens. Dans le 06 une organisation préexistait avec une régulation de médecine libérale.

Le SAS s'inscrit comme une réponse à l'évolution de la PEC des SNP telle que modifiée ces 10 dernières années : CHE, CPTS,...

Démographie médicale complexe dans le 06 = apporter une réponse à des patients qui ont de plus en plus de difficulté à trouver une réponse médicale à leur besoin de soins, avec une dimension sociétale qui vise à éduquer la population qui n'accepte pas d'attendre ou d'appeler le 15 pour tout et rien.

Que pensez-vous du pilotage et de l'organisation du projet SAS au niveau de l'ARS ?

On est sur un fonctionnement classique, les chefs de projet en DD sont à la manœuvre, en lien direct avec les acteurs du terrain et au fait des spécificités territoriales.

La chefferie de projet est assurée par les chargées de missions premier recours car l'essentiel de ce qu'il y avait à construire était sur la MDV. Les services qui s'occupent du volet hospitalier sont davantage en retrait.

A mon avis il aurait fallu travailler davantage en cohérence, il aurait fallu un binôme ville-hôpital dans les départements pour coller à l'organisation du SAS. Les questions remontées étaient bcp sur le volet hôpital et SAMU par manque de connaissance sur le volet hôpital. Le 06 est moins concerné avec le Dr Veyrat qui connaît très bien le versant hospitalier. Les

questions qui relevaient davantage de la médecine d'urgence ont davantage été traitées au siège.

Mon rôle est un appui méthodologique, de rappel du cadre, de transmission d'info digeste, faire le lien avec la DGOS, remontée des points d'arbitrage national. Également lien avec toutes les directions, notamment la direction SI qui est une compétence régionale comme pour les financements.

Comment définiriez-vous la méthode de conduite de ce projet ?

Méthode classique, similaire à celle adoptée pour le déploiement des CPTS : méthodo, cadre, documents type, réponses aux points bloquants, encadrement des équipes.

Depuis quand êtes-vous impliquée dans le projet ?

Dans ce pilotage, quelle différence pouvez-vous identifier par rapport à des projets antérieurs ?

Diriez-vous que le pilotage du projet est d'abord médical ou administratif au niveau de l'ARS siège ?

C'est un pilotage administratif avec ressources médicale en support pour appuyer sur les points médicaux.

Quel effet de la prépondérance administrative sur le projet ?

Cela apporte de la méthodologie de projet que n'ont pas les médecins, ce n'est pas ce qu'on leur demande non plus. Dans la structuration des choses, tenir les plannings, les délais, les documents types ETC on n'a pas besoin d'un médecin et leur temps est plus utile ailleurs.

Il était indispensable d'avoir une composante médicale car parmi les acteurs, au COPIL on avait beaucoup de médecins et il était indispensable d'avoir des médecins en face. Le volet médical revient toujours car on parle de prise en charge donc un médecin sait médicalement parlant de quoi il s'agit. Exemple de la définition des SNP. Les médecins il faut les faire intervenir au bon endroit, au bon moment et mettre à profit leur compétences médicales.

Comment percevez-vous les relations entre les médecins de l'ARS (Dr Veyrat / Dr Munoz) et les médecins représentants libéraux ?

Ce n'est pas facile, les médecins libéraux sont très critiques vis-à-vis des médecins de santé publique en général.

Les médecins qui coordonnent les associations de régulation ont un peu de mépris, un médecin de l'ARS ce n'est pas un vrai médecin. Les médecins sont également très critiques entre-eux. La relations médecins ARS-ML n'est pas simple avec ce côté « vous n'avez plus de patientèle depuis des années, voir vous n'en avez jamais eu, donc vous nous donnez des leçons mais vous n'en savez rien ». On a cette remise en cause de la légitimité régulièrement dans les réunions

Comment percevez-vous les relations entre les médecins de l'ARS (Dr Veyrat / Dr Munoz) et les médecins du CHU ?

Je n'ai pas eu le sentiment d'un mépris ou d'un manque de légitimité.

Le médecin représente les tutelles, il passe des messages, sa légitimité vient du fait qu'il est tutelle alors que l'ARS n'a pas cette position tutélaire pour les médecins libéraux.

Comment vous percevez les impacts que ça a eu sur le déroulement du projet SAS ?

Je n'ai pas l'impression que ça ait eu un impact négatif, à part sur ce qu'on aurait voulu mettre en place sur la régulation libérale, avec les associations, pour faire évoluer les pratiques vers un cadre régional de formation. On continue à pousser ces éléments mais les médecins ont opposé une fin de non-recevoir en disant qu'ils sont indépendants et que l'ARS n'a pas à s'immiscer dans la formation de médecin régulateur, dans le fonctionnement des associations. L'URPS encore moins et on ne veut pas de l'URPS comme partenaire, ce rejet de l'URPS est également un rejet de la décision de l'ARS qui positionne l'URPS dans les missions qui lui sont confiées.

Sur le volet effectif, tout repose sur la CPAM et un contexte national sur lequel on n'a pas la main.

Par comparaison avec les autres conduites de projet SAS, comment définiriez-vous le pilotage CHU de Nice ?

Je porte un regard très positif parce qu'il y avait beaucoup d'acteurs impliqués, ce qui montre la mobilisation de tout le monde, l'envie d'y aller et que ça fonctionne.

La contrepartie c'est que j'ai trouvé qu'il y avait beaucoup de monde, c'est le seul département avec autant de personnes présentes pour représenter un CHU. A l'APHM on avait le Directeur du SAMU et un Directeur d'Hôpital. Moi et la DT on n'a jamais eu personne d'autre en interlocuteur.

Qui est-ce que vous identifiez comme personnes visibles dans le 06 ?

J'en ai 3 qui me viennent en tête : Camille Conan, Pierre Marie Tardieux et Didier Giolito. Le 06 c'est le seul département où j'ai eu l'impression de ne pas avoir le binôme ville-hôpital. A l'APHM j'avais un représentant de l'URPS et le Directeur référent sécurité. Pareil pour le 83. Quand on parle du SAS au global, c'est à eux que je m'adresse. Pour le 06, c'est pareil que pour le volet hospitalier, les interlocuteurs sont nombreux et pas unifiés : les Docteurs Saccomano, Guerville, Gerschtein, Terramorsi. Ça complique la fluidité de l'information

Quelle analyse vous faites du fait que dans le 06 on ait eu une difficulté à faire émerger des binômes ?

Sur le CHU je ne connais pas assez le contexte, d'autant que ça n'a pas entravé le projet, on a juste identifié parfois des désaccords de point de vue.

Coté médecine de ville, on a des enjeux de pouvoir et des acteurs qui ne sont pas forcément sur les mêmes positions. Dans le département on a le président de l'URPS ML et en face le président d'une inter-CPTS très forte qui est une concurrence pour l'URPS ML puisque

les CPTS représentent aussi les médecins du territoire donc si elles sont réellement organisées elles font concurrence à l'URPS.

La personnalité du Dr Terramorsi également, on entend tous les présidents d'asso de régulation avec un discours discordant avec l'URPS ML mais jamais aussi tranché. Il ne croit pas aux CPTS, à leur utilité, je n'ai entendu ça nulle part ailleurs, même dans les départements avec des fortes personnalités. Dans le 06 on a beaucoup de centres de SNP, une régulation libérale en journée, donc c'est aussi pour ça qu'on a ce genre de débats et de tensions. Dans les autres départements, le représentant de l'URPS ML est le représentant de l'inter-CPTS donc ça fait un interlocuteur en moins.

Côté CHU il y a aussi des personnalités, le Docteur Tardieux c'est une personnalité. On a l'habitude d'avoir des personnalités dans les directeurs de SAMU mais on n'a pas l'équivalent en termes de personnalité et de positionnement dans les COPIL des autres départements.

Vous pourriez les qualifier les personnalités ? Dans le déroulé du projet SAS, vous considérez que ces personnalités font avancer les choses ?

Oui elles font avancer les choses, on a des personnes avec des convictions et une vision du système de santé. Ces visions sont parfois opposées mais ils les défendent. Ces personnalités font bouger les choses et les organisations, côté CHU ce ne sont que des personnalités qui font avancer les choses, à part quelques maladresses, de tous les côtés.

Diriez-vous que le pilotage est d'abord médical ou adm ?

Camille Conan est une ressource incroyable, le projet lui doit beaucoup. C'est LA personne ressource côté CHU sur le pilotage de projet. Je pense aussi que le travail du Dr Giolito sur la régulation et l'accompagnement au changement a été déterminante pour la conduite de projet. Donc avec un volet administratif et un volet médical qui ne va pas l'un sans l'autre.

Si vous deviez résumer l'apport de chacun des acteurs (C.Conan et D. Giolito) ?

C.Conan elle a la vision globale, la stratégie de l'établissement. Le Dr Giolito c'est un pilotage plus opérationnel, technique, médical sur le cœur de métier SAMU. On est sur quelque chose de très précise et pratico-pratique du projet vs vision globale de C.Conan.

Comment avez-vous perçu les relations entre administratifs et médecins au CHU ?

Plutôt bonnes bien que les messages soient passés, avec des smileys dans des présentations. De l'extérieur l'impression de bonne entente était réelle.

Est-ce que vous pensez qu'avec une moindre médicalisation du projet, son déroulement aurait été impacté ?

Ça reste un projet qui repose sur des médecins, côté effectif ou régulation. Donc un projet conçu sans ou avec peu de médecins n'aurait pas marché car il n'aurait pas répondu à leurs attentes. Pour que ça fonctionne, les médecins sont les ambassadeurs du projet. C'est flagrant côté effectif dans le 83, le bouche à oreille et la conviction entre pairs fonctionne.

La parole n'est pas prise de la même manière quand elle vient de la CPAM ou de l'ARS que quand c'est un confrère.

L'analogie entre SAMU est également valable => les directeurs de SAMU réunis en février se sont échangés plein de conseils. Entre confrère ils se comprennent donc si qqch a marché dans un SAMU, l'autre personne tentera d'implanter la même chose.

Entretien 6: Docteur Luc TERRAMORSI, médecin régulateur libéral, Président de l'ASSUM 06.

Depuis quand êtes-vous médecin régulateur au SAMU-Centre 15 ?

J'exerce à Nice depuis 1998 en tant que médecin SOS-Médecins.

En 2001 j'ai été régulateur hospitalier comme praticien attaché aux urgences de l'hôpital St Roch et je suis rentré comme médecin régulateur libéral à l'ASSUM.

Depuis combien de temps êtes vous président de l'ASSUM ?

J'ai été régulateur hospitalier comme praticien attaché au SAMU SMUR de 2003 à 2015. Je faisais de la régulation libérale et hospitalière. J'ai pris la présidence de l'ASSUM en 2008.

Depuis combien de temps êtes vous impliqués dans le SAS ?

Depuis juin 2022 au COPIL de lancement

Comment comprenez vous le projet SAS et ses objectifs ?

Le SAS provient de la volonté de Mme Buzin qui voulait faire une refonte de l'accès aux soins, ensuite le Covid et le Ségur. Après on a parlé du SAS et des CPTS.

C'est arrivé chez nous par des promoteurs de CPTS qui ont commencé depuis 3 ans à se mettre sur le marché des subventions publiques à l'ARS. Ils promettaient 300k€ par an quand elles auraient déposé leur AMI. Certains ont considéré que ça serait un bon plan parce qu'il y avait pas mal de subventions à récupérer mais ça restait virtuel et flou.

L'Etat veut réagir à l'effondrement des structures hospitalières d'urgences et en parallèle de la médecine de ville. Il fut un temps où l'hôpital accusait la ville, on a vu que l'hôpital s'effondrait aussi, surtout après le Covid, lié à un découragement du personnel soignant et médecin qui ont quitté l'hôpital pour des établissements privés.

L'hôpital accusait la ville, pouvez-vous préciser ?

Les médecins hospitaliers accusaient leurs collègues en ville de ne pas faire leur boulot. Dans les années 2010, l'Etat et le MS ont imaginé qu'il était aberrant de rembourser la visite à domicile pour faire de la médecine générale et s'en est pris à des structures type SOS médecins. C'est à l'origine d'un découragement des médecins pour les visites à domicile. Ensuite l'Etat a agi sous le coup de la panique et ils ont imaginé cette structure plus administrative que médicale qu'est le SAS.

Pourquoi plus administrative que médicale ?

Pour que ce soit une solution médicale il faudrait qu'il y ait des médecins qui soient disponibles pour prendre des patients. Or pour l'instant le SAS est une solution administrative, devenue réalité, que l'Etat essaye de faire copiloter par des médecins. Nous essayons de l'accompagner mais lorsqu'on dit qu'il faut des médecins pour voir les patients on nous écoute poliment mais on continue.

Ce que vous craigniez c'est que l'effectif ne soit pas assuré ?

Quand on regarde les statistiques régionales et départementales, personne ne s'installe en ville et on a des départs en retraite massifs.

Je connais personnellement des MG qui sont en train de se déconventionner, je n'ai jamais vu, avant ça, la menace du déconventionnement mise à exécution. Il ne faut également pas compter les médecins naturopathes qui ne font pas de médecine générale. Or le SAS par les CPTS procède à des découpages administratifs de communautés pluriprofessionnelles. On a vu une augmentation de la PDSA et des appels au 15 de 20% en deux ans.

Pour sortir de la magie du SAS, il faudrait que des médecins qui refusent de voir des patients maintenant l'acceptent demain. Ce qui va motiver demain des médecins de prendre des patients en plus ce n'est pas le montant proposé qui va motiver. Il faut un *game changer*, ce n'est pas 15€ par patient limités à 2k€ par an. 2000€ c'est ce que peut faire un médecin généraliste en une journée.

Il faut trouver une incitation qui va changer le comportement des médecins généralistes qui vont se retrouver dans les découpages de CPTS. La CPTS pourra alors faire son œuvre et aider le centre 15 à faire son œuvre.

Ce que vous attendez du SAS c'est une meilleure prise en charge en SNP en aval de la régulation ?

Oui et que le médecin puisse le recevoir et devenir son médecin traitant.

Cependant pour les patients qui ne peuvent pas se déplacer, le SAS ne propose pas vraiment de solution puisque le SAS ne propose pas de visites à domicile.

Le SAS 83 a réalisé 1600 consultations SAS depuis le 1^{er} février soit 400 consultations / mois. Nous on a 800 appels au 15 pour la régulation libérale par jour. L'ASSUM en CEH, MMG, SOS représente 2000 actes de SNP par jour.

Ici on a 14 CPTS mais une seule prend des appels de manière efficace : la CPTS Riviera, dotée d'un standard avec laquelle le 15 peut communiquer.

Quels avantages le SAS va apporter à la médecine libérale ?

Aucun. Les CHE fonctionnent très bien. On est un SAS en réalité. L'ASSUM pourrait avoir un standard relié au 15. On collabore avec le SAS mais on tire aucun avantage, les CPTS oui en revanche.

Lesquels ?

Des subventions.

Il y a un enjeu sur le flux de patients ?

Oui pour les CPTS mais pas pour l'ASSUM.

Vous ne considérez pas que le SAS viendra rediriger un flux de patients, actuellement pris en charge par les CEH, vers les CPTS via le SAS ?

J'ai du mal à l'envisager.

C'est un risque pour l'ASSUM ?

Absolument pas. On espère que les CPTS prendront des patients pour les aider et améliorer la qualité du travail de l'ASSUM, ce qui redistribuera les patients vers le circuit de droit commun.

Est-ce que vous envisagez une recomposition de l'offre de soins en médecine libérale à distance de la mise en œuvre du SAS ?

Non, il s'ouvre un cabinet à horaires élargis tous les deux mois.

Les jeunes médecins ne veulent pas s'installer dans des cabinets de MG, la tendance est là, sauf si l'Etat décide d'aider les cabinets de MG, ce qu'il ne fait pas. Il n'aide que les CPTS. Le *game changer* pourrait être d'aider le cabinet de MG.

Comment est-ce que vous décririez le positionnement des médecins en général sur le projet ?

Beaucoup ont été surpris, mais pas moi car je l'avais anticipé, par une pression d'un groupement de syndicats de médecins libéraux nommé l'URPS.

L'Etat a décidé de s'adresser aux médecins libéraux par l'URPS et le CROM. Ils sont satellites des ARS et ce sont les interlocuteurs institutionnels de l'Etat mais ils sont très éloignés des professionnels de santé libéraux, aussi bien l'ASSUM que les cabinets de MG.

Comment vous l'expliquez ?

L'URPS c'était des occupations de médecins qui allaient à Marseille des subventions publiques. Pour certains médecins fatigués de la médecine, c'était un moyen de changer d'air et de faire de la politique.

L'URPS et le CROM sont des trucs abstraits pour les médecins de ville. Ils n'ont jamais participé à quoi que ce soit en faveur du SNP ou de la PDSA sur le terrain, sauf à organiser des réunions à Marseille.

Comme ils sont partenaires privilégiés de l'Etat, pour lancer le SAS, l'Etat et la DGOS ont fait appel à eux en pensant de bonne foi qu'ils seraient les bons interlocuteurs.

Les médecins des CPTS étaient dans leur rôle, les médecins hospitaliers aussi, les médecins de l'ASSUM ont essayé de l'être. Sauf que dans les médecins des CPTS il y a beaucoup d'élus de l'URPS, CPTS, URPS ça finit par S et ça draine des subventions publiques.

Nous on est très éloignés de ça, on travaille beaucoup et on vit de notre travail. On ne se réveille pas le matin en se demandant combien de subventions publiques on va pouvoir obtenir. C'est un métier et c'est le leur.

On a réussi à trouver un modus vivendi, l'ASSUM souhaite que ça fonctionne parce que quand on a quelqu'un au téléphone on souhaite que le patient puisse atterrir dans un cabinet de médecine générale. La plupart de ceux qui appellent ont un médecin traitant mais ce médecin ne se déplace pas.

Comment envisagez-vous la coopération via le SAS entre les médecins libéraux et les médecins hospitaliers ?

On travaille avec eux depuis 1995, la plupart d'entre nous sont médecins hospitaliers aussi. L'ASSUM a un pedigree urgentiste donc on s'entend bien. On est plus proches des hospitaliers que de l'URPS et de ceux des CPTS.

Comment est-ce que vous décririez les relations entre médecins libéraux dans le cadre du projet SAS ?

J'ai déjà répondu, maintenant il ne reste plus qu'à travailler ensemble.

Est-ce que vous considérez que le projet SAS a été un révélateur de tensions latentes entre les acteurs de la médecine de ville ?

C'était latent depuis les premières CPTS. C'est l'URPS le problème, elle en a profité du SAS pour s'imposer au forceps, pour avoir plus de poids que celui que lui donnait l'Etat, parmi les médecins libéraux. On a 10% de ML syndiqués, peu se reconnaissent dans l'URPS qui est une congrégation de syndicats.

Les syndicats nationaux de ML ont très mauvaise réputation parce que quand la CNAM signe des conventions avec les syndicats de médecins libéraux, pour qu'ils signent ils leur donnent de l'argent à la fin, c'est officiel. C'est un levier de négociation officiel, un financement syndical. S'ils ne signent pas ils n'ont pas l'argent. C'est ce qui ajoute à la défiance vis-à-vis de l'URPS.

Est-ce que vous pensez que c'est vertueux que ces tensions aient été révélées ?

Les projets de l'Etat sont trop pyramidaux, ils ont fait leur projet avec des gens qui sortent des grandes écoles et sont très capables sur le plan administratif. Ils ont fait semblant de faire copiloter par le terrain sachant que la fin est déjà écrite.

Qui copilote ?

Les médecins et les administratifs mais les fiches sont déjà toutes écrites à la DGOS, on connaît la fin du film mais pendant un an on fait des réunions pour arriver à ce qui est écrit sur les fiches.

L'Etat a voulu faire bien mais quand on propose un changement important des pratiques, le motif annoncé ne correspond pas au motif réel de changement. Mon explication c'est que dans les fonctions du SAS, la régulation va autoriser les gens à se rendre aux urgences et c'est principalement pour ça que le SAS a été monté, devant les grandes difficultés des

structures d'urgences, l'Etat doit se protéger. En créant le SAS, l'Etat crée la structure juridique permettant de fermer les urgences et faire reposer la responsabilité d'admettre ou non une personne sur le médecin régulateur.

Le SAS décide qui va aux urgences, c'est l'intérêt principal du SAS, le reste c'est plein de bonnes intentions mais peu réalisable au regard de la mobilisation des médecins généralistes.

Au niveau local, le SAS peut être un exutoire des tensions, est-ce que vous considérez que le SAS a apaisé les tensions entre les différentes structures de la médecine libérale dans le département ?

Pas pour l'instant. Mais ça a permis aux gens de se connaître.

Qu'est ce qu'a changé le SAS sur l'organisation de l'ASSUM ?

Rien

Vous avez quand même modifié vos statuts ?

J'ai proposé qu'on puisse faire rentrer les CPTS dans l'ASSUM, on travaille dessus. Je travaille avec le Pr Céline Casta, directrice de la CPTS Nice ouest Vallées.

Que pensez-vous de la place laissée aux médecins dans la gouvernance de projet et les GT ?

La fin du film était verrouillée.

La représentation médicale était suffisante ?

Oui

Que pensez-vous du modèle de gouvernance finalement adopté ?

C'est une solution à la Salomon, on coupe le bébé en deux si les parents se le disputent.

Etant donné que le plus gros du travail de l'ASSUM c'est l'effectif (30 médecins actifs simultanément, 2 en régulation), on a aucune voix dans l'effectif.

J'ai accepté la répartition pour qu'on puisse avancer.

Comment avez-vous perçu la conduite de projet au niveau du CHU ?

Mme Conan je la vois à Tende et ici, j'aime bien travailler avec elle. Elle est excellente en relations publiques, elle a les idées claires mais ses idées sont de réaliser une commande de la DGOS.

L'hôpital a des intérêts, il va percevoir des crédits pour procéder à des recrutements, acheter du matériel. En tous cas Pierre-Marie Tardieux est très content, ça va dynamiser les services qu'il contrôle par une augmentation des ressources humaines et le niveau d'équipement. Le SAS va limiter le nombre de passages aux urgences et il était également ravi de cela.

Vous avez indiqué vous sentir plus proche des médecins hospitaliers que des libéraux, pourquoi ?

Mes recrues à l'ASSUM ce sont des urgentistes. Ça apporte une sécurité de travail, ils sont beaucoup habiles dans la régulation et la détection de signes qui révèlent une urgence vitale.

Comment considérez-vous le rôle de l'ARS sur le pilotage du projet ?

Ils ont appliqué une maquette dessinée à la DGOS.

La maquette de la DGOS proposait un canevas mais le plan initial associait un établissement siège de SAMU avec une association unique de médecine libérale qui n'est pas advenu dans le 06.

Ça ne pouvait pas se produire, l'ASSUM n'est pas miscible. L'ASSUM aurait pu, sous réserve d'accord du conseil d'administration, devenir l'association unique.

Après s'ils veulent une association unique ils peuvent planter complètement le projet, l'ASSUM peut être indépendante, elle a son standard et ses centres de consultation. Si on veut que l'ASSUM reste dans le SAS elle doit rester indépendante.

Ça me ramène à ma question sur l'ARS...

Il y a eu des gens efficaces, notamment Shahen Ayad-Zeddami.

Seule la place donnée à l'URPS par l'ARS nous dérange à l'ASSUM.

En conclusion, le fait qu'on ait positionné des médecins en tant que pilotes des groupes de travail, qu'est-ce que ça a apporté de plus ?

C'est une façon de le faire mieux accepté par la base médicale. Cela permet aux médecins de s'identifier et de s'associer.

Être médecin ne révèle pas une compétence sur le pilotage de projet donc qu'est-ce qui fait que le statut ou les caractéristiques personnelles des pilotes ont fait que les médecins se sont engagés ?

Il faudrait poser la question aux autres. Que je sois copilote ça ne m'étonne pas, les autres ça peut les aider à adhérer au projet. Si je suis copilote, ça peut aider à avoir un engagement. Comme je suis élu tous les trois ans à l'unanimité, les gens ont confiance en moi.

Qu'est ce qui fait par rapport au Dr Saccomano que vous soyez davantage en capacité d'entraîner ?

Les sources de légitimité sont différentes. Si moi j'adhère au SAS, les gens vont avoir confiance.

Il y a donc une dimension affective dans l'engagement d'un certain nombre de médecins sur le projet ?

Oui c'est de cet ordre-là, ils m'élisent et me font confiance. Il n'y a pas ces dimensions dans l'URPS.

Le SAS a-t-il pu renforcer le lien ville-hôpital dans le cadre des activités d'effectif de l'ASSUM ?

Avant ça fonctionnait très bien.

Aujourd'hui on a une vraie relation, même si c'est une commande de l'Etat.

Entretien 7 : Docteur Marc-André GUERVILLE, médecin généraliste, Co-président de la CPTS Nice centre – Nice Est.

Depuis quand la MSP a-t-elle été créée ?

Juillet 2018 et labellisée en juin 2020.

Quel niveau de PEC SNP ?

Pourcentage difficile à déterminer, on en reçoit tous les jours. On fonctionne sur rdv mais on garde toujours quelques créneaux en fonction des demandes du jour ou de la veille, qu'on considère comme étant dans du SNP et qu'on va voir le jour pour le jour ou la veille pour le lendemain. Ces créneaux seront dédiés à la plateforme.

Depuis quand êtes-vous impliqués dans le projet SAS ?

On en a entendu parler il y a 1 an. L'ARS est venue vers nous pour que tout soit prêt dans 3 mois, ça m'a fait beaucoup rire et j'ai dit à Stéphane Veyrat mais ça ne sera pas possible ce que vous nous demandez.

J'ai été sollicité au titre de la co-présidence de la CPTS Nice centre – Nice est.

Depuis quand la CPTS a-t-elle été créée ?

Créée il y a 18 mois, projet de santé en cours de validation. Le contrat ACI devrait être signé sous peu.

Quelle est votre compréhension du projet SAS et de son objectif principal ?

Plusieurs manières :

- Mieux identifier les dispo SNP sur le territoire, combien il y a d'acteurs, de créneaux. Le SAS permettra d'optimiser les créneaux et leur utilisation. Dans le cadre de la pénurie de médecins, il faut que les offres de soins soient connues et utilisées.
- C'est aussi mieux orienter patient pour une PEC efficace et adaptée à son besoin. Le patient n'a rien à faire aux urgences quand il peut être pris en charge dans un cabinet sur son territoire. Il n'a rien à faire non plus dans une structure de type 7/7 ou cabinets à horaires élargis.
- On va être politiquement incorrect : Il y a aussi un volet affichage politique de dire qu'on s'occupe du besoin de consultations dans un délai court. Ça met un nom sur quelque chose qui est fait au quotidien mais qui n'est pas valorisé et ça l'organise.

Comment a évolué votre compréhension et votre implication dans le projet ?

Oui, les discussions dans les GT avec notamment nos confrères hospitaliers mais pas uniquement, je pense aux ARM qui nous ont permis de connaître un environnement qu'on ne connaissait pas. Le projet restait très abstrait au début, notamment sur la gestion des créneaux, l'optimisation et éviter les doublons et les pertes pour les patients. Ça n'était pas très clair pour les tutelles à l'époque. Les outils sont désormais plus établis, on sait comment interagir avec la plateforme et on est mieux à même de répondre aux confrères qui nous interrogent sur le SAS.

Il y a eu des échanges riches avec le secteur hospitalier, l'échange ville-hôpital est vraiment le parent pauvre dans le système de soins.

Quelles occasions ont selon vous favorisé l'échange entre hospitaliers et libéraux dans le cadre du SAS ?

Les GT et notamment le GT Régulation où j'ai participé le plus. J'ai rencontré des confrères que je ne connaissais que de nom et j'avais des idées pas forcément justes sur leur façon de travailler et d'appréhender la médecine de ville, la position qu'ils en attendaient, la confiance qu'ils pouvaient faire à la médecine de ville – j'ai été agréablement surpris par la place faite aux libéraux par les hospitaliers dans ces GT. Pour moi c'est une surprise, je trouvais qu'à Nice la ville et l'hôpital étaient cloisonnées, ils ne venaient pas vers nous et on n'avait pas la possibilité d'aller vers eux et on ne savait pas comment ils travaillaient. On s'est rendu compte qu'on pouvait travailler ensemble et mieux.

Comment est-ce que votre implication sur le projet a évolué ?

Mieux le verbaliser auprès des confrères libéraux.

Implication générale au départ, j'étais membre du COPIL de lancement DT ARS avec beaucoup de personnes, c'était très abstrait, il y avait eu des passe-d'armes étonnantes ce jour-là, ça avait mal commencé. Au sein de l'inter-CPTS on s'était réparti dans les différents groupes de travail pour éviter que les mêmes assurent tout le temps la représentation. Je suis allé dans le GT régulation parce que personne ne voulait y aller.

Quel rôle avez-vous dans l'inter-CPTS ?

Je n'ai pas de rôle attiré parce que pour l'instant nous ne sommes pas encore structurés en association mais ça a été acté à la dernière réunion. Très impliqué dans l'inter-CPTS, belle évolution des échanges au sein de l'inter-CPTS. On veut un outil le plus léger possible en termes de contraintes mais qui permettent d'avoir une représentation unie permettant notamment de ratifier la convention SAS. Ça se passe plutôt mieux au sein de l'inter-CPTS, les confrères s'écoutent davantage et je pense que les hospitaliers ont joué un rôle là-dedans. Comment ont-ils joué un rôle ? Ils ont montré qu'ils avaient confiance dans l'inter-CPTS et qu'ils voulaient faire avec les libéraux. De faire ça a fait tomber certains égos et ça a aidé à arrondir les angles. Si il y avait eu une guéguerre avec les hospitaliers ça aurait renforcé les égos.

Quelles sont vos attentes vis-à-vis de ce projet en tant que médecin libéral ?

Qu'on remette au centre du maillage territorial tout ce qui est fait en soins non-programmés dans les cabinets et qui n'est pas visible pour la population aujourd'hui. Cette reconnaissance nous manque, elle n'est pas valorisée par rapport aux urgences, vues comme accueillant tout le monde et des cas complexes au contraire de la médecine de ville perçue comme suivant un programme de consultations avec des cas simples. Le projet va permettre de reconnaître officiellement que les cabinets sont capables d'absorber du SNP et de le faire bien.

En effet collatéral, j'espère que ça limitera le besoin de recours aux cabinets à horaires élargis qui sont pour moi dans une dérive catastrophique. Le SAS pourrait permettre de montrer qu'on est disponibles pour nos patients en tant qu'acteur aussi des soins non-programmés.

Mais avec une modalité d'exercice plus traditionnelle ?

Oui on a des retours quotidiens, c'est une catastrophe, les cabinets à horaires élargis font de l'abattage, reçoivent les gens 5 minutes, c'est antibiotiques à gogo, ils ne connaissent pas les gens et veulent faire du chiffre.

On a un vrai enjeu, de faire comprendre aux médecins de villes, alors qu'on est déjà débordés de travail, qu'on a confiance en eux pour se saisir des soins non-programmés. Il faut témoigner de confiance et vision positive sur l'engagement qu'ils veulent y mettre.

L'environnement est ici favorable car on laisse le temps aux praticiens de s'associer, aux CPTS de se monter. Il ne faut pas se loupier parce que les confrères ont été déçus ces dernières années et il y a un vrai enjeu de restauration de confiance.

Si vous deviez résumer, quels avantages / bénéfices la médecine libérale pourrait tirer du projet SAS ?

Enjeu d'image par rapport aux urgences

Enjeu de qualité par rapport aux cabinets à horaire élargis

Enjeu sur la jeune génération : Levier supplémentaire d'attractivité pour les inciter à venir s'installer sur un exercice conventionnel sachant qu'on peut y faire des SNP mieux organisés et valorisés financièrement au lieu de faire du cabinet à horaire élargi où on les perd pour le suivi des patients chroniques notamment. Sur les MSP, on pourrait dédier une consultation médicale par jour aux SNP, ça pourrait faire venir des jeunes en installation.

Comment décririez-vous le rôle et le positionnement des médecins en général dans le projet SAS ?

La plupart sont encore en dehors – la majorité des confrères ont vaguement entendu parler de l'acronyme. Les médecins intégrés dans des structures pluriprofessionnelles manifestent un intérêt qui monte mais ça sera long.

Comment vous décririez la place laissée aux médecins sur la conduite de projet ?

Au début elle n'était pas énorme au début et a grandi au fil du temps.

Comment vous l'expliquez ?

On a montré qu'on était là au titre de l'inter-CPTS et qu'on était présent à chaque réunion et force de proposition. L'ARS nous a progressivement laissé plus de place, au début il y avait un petit conclave, moi qui suis très impliqué sur le territoire je l'ai appris fortuitement alors qu'ils travaillaient depuis plusieurs mois.

Pourtant quand on regarde la constitution des GT, dès le début l'ensemble des acteurs de la médecine libérale étaient associés ?

Il y avait eu des séances de travail entre JLG et S. Veyrat au début de l'année mais ça associait peu de gens.

Comment envisagez-vous la collaboration entre les médecins libéraux et les professionnels du CHU actuellement ?

Faire confiance et laisser le temps incite à y aller, à s'impliquer. Le fonctionnement de la gouvernance est incertain mais je suis confiant. La solidité de la méthode de gouvernance et la capacité des acteurs à s'écouter déterminera la pérennité du projet mais je suis confiant. Nous libéraux on doit aussi poser des limites et indiquer où peut être au rendez-vous et où ne peut pas. Il faudra faire preuve d'honnêteté sur nos capacités à faire. C'est ma vision et j'essaye de l'importer à l'inter-CPTS.

Comment percevez-vous les relations entre médecins libéraux dans la conduite de projet SAS ?

Plus d'échange sur le SNP pcq ce n'est pas un sujet fréquent entre nous, chacun le réalisait de manière informelle. Là les échanges ont permis de structurer et d'harmoniser les pratiques,

Le SAS est-il un reflet des enjeux de pouvoirs latents au sein de la MdV ?

Révéléateur au grand jour oui, le SAS a mis sur la place publique et au grand jour, parfois de façon violente des enjeux et des tensions. Il fallait peut-être en passer par là donc utile je dirais oui pour que chacun prenne bien conscience que c'était compliqué. Les accrochages ont été utiles parce que ça aurait pu durer comme ça encore des années.

Sur la suite, à partir du moment où tout le monde a pris conscience des problèmes, on ne permet plus de faire l'autruche, ça positionne dans une meilleure situation pour appréhender l'avenir en particulier entre l'ASSUM et les médecins libéraux. Il y a toujours eu une scission à Nice et dans le 06, c'est très particulier.

Rapports de l'inter-CPTS avec l'ASSUM avant et après le SAS ?

Pas de rapport avec l'ASSUM avant SAS. En 2011 j'avais essayé de nouer des liens mais c'est...compliqué.

Les rapports compliqués sont liés à l'ASSUM ?

Quand je suis arrivé à Nice je faisais des gardes pendant 4-5 ans avec l'association Médecins de garde. Il m'avait alors proposé de rentrer à la régulation, en lien avec une expérience antérieure. J'ai alors été mis en relation avec le Dr Terramorsi et ça s'est mal passé.

Quand j'ai recotoyé l'association dans le cadre du SAS c'était très tendu. Il y a une vision délétaire affichée qu'eux font et que nous sommes incapables de faire du SNP, parce que ce n'est pas visible et ce n'est pas valorisant pour ce qu'on fait.

Ça se passe mieux mais je resterais prudent.

Rapports avec l'URPS ?

J'ai été élu de l'URPS sur deux mandats.

Avant le SAS je n'avais plus de relations. En 6 mois on a plus échangé avec l'URPS qu'en 10 ans, de manière positive et constructive.

L'URPS a des choses à apporter même si c'est moins palpable dans le 06

Quels sont les apports pour l'inter-CPTS ?

Des apports d'information sur l'analyse de la situation, l'URPS a des liens à Marseille et alimente en réflexions. Ça nous a aidé à mieux comprendre la structuration du projet et échanger de manière décomplexée. Au sein de l'inter-CPTS une frange était opposée à une hypothétique mainmise de l'URPS sur le projet SAS 06.

Pourquoi ?

Parce qu'ils n'en voulaient pas, certains avaient peur que l'URPS veuille contrôler le SAS et imposer sa vision et sa façon de faire dans le pilotage du SAS, versant libéral, alors même que les libéraux de terrain doivent être à l'avant-garde.

Ce sont aussi des craintes qu'on a retrouvé côté hospitalier quand il s'est agi de structurer la gouvernance ?

Je crois mais je ne sais pas à quel niveau. Je n'ai pas posé la question à PMT ou DG de savoir quelles étaient leurs craintes vis-à-vis de l'URPS.

On a fait du chemin en 6 mois, au niveau de l'inter-CPTS les craintes sont beaucoup plus apaisées, ils s'écoutent beaucoup plus, les carapaces sont tombées. L'URPS a compris que l'éventuelle mainmise qu'ils envisageaient n'avait pas de sens, l'enjeu politique ne nous intéressait pas.

Enjeu de polarisation au sein de l'inter-CPTS, il va falloir un président.

Comment apprécier la médicalisation du projet ?

On a pu tout mettre sur la table y compris les clashes donc ça a permis de lever les freins et donc de donner une place aux médecins libéraux beaucoup plus intéressante.

Aux médecins en général et plus largement à d'autres acteurs que vous ne mentionnez pas... Par rapport à d'autres projets est-ce que les médecins avaient selon vous un rôle prépondérant par rapport à d'autres projets menés par le passé ?

Oui pas que les médecins libéraux, vous avez raison.

Il n'y a pas eu bcp de projets ville-hôpital par le passé. C'est la première fois que l'on construit quelque chose sur du long terme avec des hospitaliers.

Vous pensez que les projets ville-hôpital étaient captés par l'ASSUM avant ?

C'est possible, je ne sais pas. L'ASSUM est à l'hôpital donc ils ont pu se positionner en porte-voix de la ville sur les projets.

Quel impact, le projet pourrait avoir sur la CPTS, sur sa constitution proprement dite ?

Oui mais on était pas mal construits quand le SAS est arrivé. Ça a aidé à structurer la réflexion sur l'organisation des SNP dans la CPTS, la place du SNP a été plus grande. Impact positif.

Ça a aussi eu un impact négatif parce que depuis 6-8 mois l'actualité SAS a noyé l'actualité des CPTS qui ne regroupent pas que des médecins. C'est une vigilance à avoir de ne pas rester que sur le SAS.

Quel est l'enjeu pour les CPTS en lien avec le SAS ? C'est un enjeu de positionnement ?

Oui il y a un enjeu de positionnement et de réussir à démontrer que l'outil est pertinent sur le SNP. Même si c'est une petite partie de l'activité, si on loupe le positionnement des CPTS dans le SAS ça va avoir un écho tellement négatif que ça va retentir très négativement sur les CPTS. Il ne faut pas qu'on se loupe donc si on n'est pas prêts il faut le dire pour ne pas décevoir nos partenaires. On nous attend au tournant en termes d'image.

Il faut montrer qu'on est capable de faire même si on n'a pas les mêmes moyens que les hospitaliers. Quand je vois les investissements demandés par Mme Conan, on se dit bon sang il y a du fric. Nous les ARS elles n'ont pas pensé à rallonger le budget pour assumer les coûts supplémentaires liés au SAS (logiciel, traitement des appels...). Je pense que les confrères hospitaliers sont conscients qu'on a pas les mêmes moyens pour déployer le projet.

Le SAS est un vecteur de légitimation mais j'espère qu'on bénéficiera d'une certaine indulgence.

Sur votre organisation (personnelle) ? (Rapport aux patients)

Temps de réunion pris sur le temps personnel ou à la place des consultations.

Que pensez-vous de la proposition de gouvernance finale qui a été faite ?

Comme tout compromis il est imparfait mais il a le mérite d'exister et il fallait bien une forme de démarrage. La proposition du DG ARS d'un comité de surveillance SAS qui pilote et s'assure qu'il n'y ait pas de dérives dans la gouvernance c'est bien et ça rassure. Je pense que l'ASSUM a un poids trop fort au sein du SAS, les enjeux du SAS ne sont pas les cabinets à horaires élargis. Il aurait cependant été inenvisageable de faire autrement, ça aurait créé un schisme et des tensions. Les libéraux non-ASSUM ont un poids qui ne devrait pas être à égalité avec l'ASSUM, l'inter-CPTS représente l'ensemble des libéraux du

territoire. A partir du moment où l'URPS a accepté une place non-décisionnaire dans la gouvernance il fallait accepter le surpoids de l'ASSUM.

Vous parlez d'un comité de surveillance qui s'assure de l'absence de dérives dans la gouvernance, cad qu'il y a un comité de surveillance positionné au-dessus de la gouvernance SAS ?

Positionné au niveau de la DT 06 avec DGARS qui siège pour s'assurer de l'absence de dérives dans la gouvernance et dans l'orientation des appels notamment : vérifier que l'ASSUM respecte le processus mis en place pour éviter la captation des appels vers les effecteurs ASSUM donc les cabinets à horaires élargis. A permis de rassurer Laurent Saccomano et l'URPS.

Quel est selon vous le rôle du directeur référent sur ce projet ? Qu'attendez-vous de d'elle ?

Sa position n'était pas claire au départ, ça n'a pas été expliqué. Je n'avais pas bien compris son positionnement mais au fil des réunion j'ai mieux compris quand j'ai vu ses compte-rendu, la synthèse qu'elle était capable de faire mais j'apprends son rôle et son poste.

Elle a été très facilitatrice pour les équipes hospitalières sur le projet, si on avait eu quelqu'un comme ça pour nous accompagner au niveau de l'inter-CPTS ça nous aurait rendu fiers services.

Quel est l'apport du portage médical (nombre et structure) des groupes de travail ?

Change tout, quand on implique les acteurs de terrain, ça change la philosophie de la construction et ça donne beaucoup plus de chances de succès au projet.

J'espère que ça préfigurera d'autres façons de faire à l'avenir où on placera le médecin et le médical au centre des projet, en lien avec les autres professionnels de santé. Replacer le curseur adm / professionnels santé dans tous les organismes décisionnaires dans le monde de la santé.

Il est difficile de faire venir les professionnels qui manquent de confiance dans les administrations, ils sont à distance et restent sur des a priori négatifs.

Le SAS ne vous a pas apporté des interlocuteurs à l'hôpital ?

Non mais ça peut ouvrir des portes.

Très concrètement si vous avez une problématique avec un patient, vous n'appelerez pas Didier Giolito ?

Non mais j'ai eu un problème avec un patient samedi soir et j'ai appelé Pierre-Marie Tardieux qui a répondu à mon problème à 22h. Je ne me serais pas permis de le faire avant.

Le SAS a levé des freins, identifié des interlocuteurs et une écoute qui peut être utile pour le domaine des urgences. Pour une entrée directe dans un service, si je n'ai pas le 06 d'un confrère, le patient doit passer par les urgences. J'espérais que par les CPTS on puisse

arriver à pousser ce lien avec le CHU, avec le nouveau directeur on pourra peut-être travailler différemment avec les médecins hospitaliers.

Entretien 8 : Docteur Jean-Louis Gerschtein, Président de l'inter-CPTS, Président de la CPTS de la Riviera française, Président de la CME de l'hôpital de proximité de Breil sur Roya, Président de la MSP de la Roya.

Depuis quand la CPTS a été créée ?

octobre 2019

Depuis quand l'inter-CPTS -t-elle été créée ?

Il y a un an, avec une charte de fonctionnement signée il y a quelques mois. J'ai ébauché l'idée de l'inter-CPTS lors de la journée des CPTS organisée par la CPAM en juin 2022. L'enjeu était que les partenaires puissent avoir un interlocuteur sur les différents enjeux sur lesquels les CPTS sont fortement mobilisées dans une dynamique d'union.

L'objectif initial était d'avoir une voix unique ?

Oui l'objectif était de représenter d'une voix unique la dynamique CPTS à l'échelle départementale.

Pourquoi est-ce que la forme adoptée n'était pas d'emblée l'association ?

On a eu des freins stratégiques voir des blocages de certaines CPTS qui voyaient l'interCPTS devenir un partenaire incontournable dans la représentation de la médecine de ville à l'échelon départemental et donc les partenaires avaient peur de ne plus être les seuls représentants de la MDV. La crainte était aussi que l'inter-CPTS fasse de l'ombre sur des sujets stratégiques, notamment l'URPS.

L'URPS pouvait avoir de l'ombre ?

L'URPS n'a pas vu d'un bon œil la structuration de l'inter-CPTS au début, ne sachant pas quelles auraient été les actions et missions. Crainte d'avoir une nouvelle force de lobbying positionné sur la médecine de ville en concurrence avec l'URPS.

L'URPS est la seule représentation légitime car élue de la médecine de ville. La gouvernance de l'URPS n'a pas bien compris la pertinence de la structuration d'une inter-CPTS et craignait que l'inter-CPTS vienne créer du trouble avec la stratégie de l'URPS. C'est normal, on est toujours mieux seul qu'avec d'autres structures.

Selon vous quelle est la stratégie de l'URPS au niveau départemental ?

C'est de défendre la MdV, c'est la seule structure validée juridiquement et institutionnellement qui représente les médecins libéraux sur le territoire. La structuration de l'inter-CPTS juridiquement et en lien avec les différentes institutions (CHU, CPAM,...) fait que l'URPS n'est plus la seule représentante.

Donc l'URPS craignait de ne plus être la seule représentante unifiée de la médecine libérale ?

Oui même si c'est une crainte, on l'a vu, qui ne s'est pas vérifiée, on est complémentaire. L'URPS a une mission syndicale, de défense des intérêts alors que nous avons un rôle en termes de développement de projets de santé publique sur le territoire.

La crainte s'estompe d'autant que l'évolution de l'inter-CPTS vers la forme associative est nécessaire ne serait-ce que pour participer au SAS.

Depuis quand êtes-vous impliqué dans le projet ?

Depuis le COPIL de lancement initial en juin 2022. En amont on avait eu des réunions avec l'ARS et les médecins du CHU (Pierre-Marie Tardieux, Julie Contenti, Didier Giolito) lors d'une réunion informelle en avril 2022 pour voir l'articulation de l'hôpital et la MdV dans le cadre du SAS. La structuration SNP existante au niveau de la CPTS leur avait été présentée et je leur avait indiqué mon intention de positionner les CPTS en avant dans ce projet.

Comment est-ce que vous comprenez le projet SAS ? Comment vous définiriez son objectif principal ?

D'abord le projet SAS c'est un projet imposé par les autorités de tutelles, c'est très vertical come dynamique, au contraire du fonctionnement des CPTS. On a un truc qui tombe en ajoutant qu'il y a un enjeu majeur de valorisation financière sur la prise en charge des SNP pour les médecins engagés dans le SAS. On va s'en emparer au mieux pour respecter la philosophie portée par les CPTS sur le territoire.

La plupart du temps les médecins s'en foutent de ce genre de projet, mais dans le 06 il y a une implication forte des médecins présidents de CPTS au niveau stratégique. Peu de présidents de CPTS sont aussi impliqués au niveau territorial dans les autres départements. Cela explique pourquoi ça a frotté au niveau du SAS car on voulait pouvoir prendre la place donnée par le législateur aux CPTS.

Est-ce que vous diriez que votre compréhension du sujet a évolué depuis juin 2022 ?

Ce qui a évolué c'est les modalités de coopérations des partenaires du SAS, comment faire pour qu'ils travaillent ensemble en respectant une éthique dans le déploiement au bénéfice des usagers et entre nous. Il y a des enjeux financiers majeurs autour du SNP, l'accès aux SNP est un enjeu financier majeur pour certaines structures à but privé lucratif. En tant que président de CPTS notre rôle était de savoir comment défendre la santé publique dont les CPTS sont garantes dans l'exercice libéral. Le souci était de faire correspondre les priorités de santé publique avec des objectifs purement financiers de certaines structures (cabinets 7/7, CHE).

Les cabinets 7/7 et CHE offrent du soin certes mais la qualité du soin proposé est déstructurante par rapport aux parcours médecin traitant. L'enjeu du SAS c'est de ne pas institutionnaliser ces parcours qui rendent service car il y a un problème de démographie

médicale et d'accès aux soins mais qui finalement ne répondent pas à la demande de santé publique.

Quelles sont vos attentes vis-à-vis du SAS ?

Les SNP doivent permettre de répondre à un besoin semi-urgent/urgent du patient mais aussi de réintégrer les usagers dans un parcours de soin global. La porte d'entrée des SNP doit être aussi une porte d'entrée pour l'accompagnement et la coordination, c'est le rôle des CPTS et elles doivent pour cela être l'interlocuteur privilégié de la régulation du SAS et de l'OSNP.

Si l'OSNP priorise une réponse au plus vite, vers les CHE et les 7/7, on répondra au besoin dans l'urgence mais on aura pas de vision à plus ou moins long terme et on aura pas de vision de santé publique.

Quels sont les avantages que la médecine libérale pourrait tirer du SAS ?

Silence.

Déjà je trouve que le dispositif SAS est une usine à gaz donc on essaye de le simplifier au maximum.

Valoriser, rendre visible et valoriser l'action de la MdV en faveur des SNP qui n'est pas mesurée ni palpable en l'absence d'indicateurs. Le SAS permettra de montrer que les ML font du SNP et pas uniquement les cabinets 7/7.

Enjeu de qualité des soins, les ML réintègrent le patient dans un parcours de soins.

Développement de la télémédecine appuyée sur les structures de coordination, avec des médecins proposant des vraies consultations.

Vous avez parlé d'usine à gaz pour qualifier le SAS, pourquoi ?

Le SAS tel que présenté en phase initiale est usine à gaz. On essaye de le simplifier avec nos partenaires. Maintenant, ils nous ont donné la capacité de pouvoir modeler le SAS dans chaque département et c'est une bonne chose de pouvoir créer un SAS qui corresponde au territoire.

Quelle marge de manœuvre les médecins ont eu sur le projet ?

Vous l'avez vu notamment au moment du COPIL, les médecins ont eu un rôle majeur dans la structuration du projet car ils se sont impliqués tant au niveau de la médecine libérale, hospitalière, de l'ASSUM.

En termes de pilotage de projet on s'en est bien sorti, on a été appuyé par la direction CHU, les coordinatrices en inter-CPTS ont produit le même travail d'appui administratif que la direction du CHU. Ce travail n'a pas fait l'objet de versement de subvention bien que les coordinateurs de CPTS aient été mobilisés sur des missions qui ne font pas partie des missions de CPTS.

Tout le budget SAS part sur le CHU mais aucune subvention pour les CPTS et la conduite de projet. Le pilotage de projet par les médecins est chronophage et n'a pas été mis en valeur. C'est un point non sur lequel on reviendra au moment de la gouvernance car ni nous

ni nos équipes n'ont eu de subventions. Les médecins du CHU sont salariés donc le pilotage de projet SAS ne se fait pas au détriment ou en plus de leur travail

Comment est-ce que vous envisagez la coopération entre médecins libéraux et du CHU ?

Très bien, on apprend à se connaître les uns les autres. Il n'y a pas de freins majeurs. Le frein c'est l'interface entre eux et nous c'est à dire ASSUM, qui appartient au monde libéral mais est au cœur de l'hôpital.

En quoi elle constitue un frein ?

La régulation libérale va devoir respecter le logigramme de mobilisation des effecteurs. Les médecins du CHU n'ont plus la vision de ce qu'il se passe une fois que l'appel est traité par les médecins régulateurs libéraux de l'ASSUM et l'OSNP qui reçoit ses ordres du régulateur ML. On sera extrêmement vigilants sur la mise en œuvre du logigramme de régulation. Des choses devront certainement être améliorées, il y aura des bugs de mise en place.

Je fais confiance à Didier Giolito pour développer l'outil numérique qui permettra de remonter les créneaux et d'identifier la CPTS comme acteur principal.

Qu'est ce que le SAS a permis d'avancer en termes de lien ville-hopital ?

Ça n'a rien apporté car je suis dans le GHT, je suis PCME et j'avais déjà des liens avec les médecins du territoire. Le SAS n'a pas renforcé ni modifié le lien avec l'hôpital de La Palmosa de Menton. Les médecins du CHU je les connais par les différentes instances dans lesquelles je siège, CME et bureau du COSTRAT etc...

Pierre Marie et Didier je les connaissais déjà avant, en tant que médecin correspondant SAMU.

Le seul apport c'est la compréhension du fonctionnement du Centre 15, comment c'est structuré, comment les appels arrivent et sont traités.

Comment est-ce que vous décririez les rapports entre médecins libéraux ?

Vous l'avez vu vous-mêmes ! (rires)

On a pas les mêmes enjeux, pas les mêmes objectifs donc forcément il y a des frottements. L'idée est de se mettre en cohérence au bénéfice des usagers.

2 chapitres :

- On a été réunis en groupe restreint par DGARS, ça a marqué un tournant. Il y avait besoin d'un arbitrage.
- Aujourd'hui on est en phase d'apaisement, recherche sérénité, j'ai eu Luc Terramorsi au téléphone, on travaille ensemble.

On était pas dans la même dynamique parce que le Pdt de l'ASSUM a un conflit d'intérêt majeur et il n'y a pas une structure en France où quand on a un conflit d'intérêt majeur on ne se retire pas.

A quel niveau se situe le conflit d'intérêt ?

Vous ne pouvez pas avoir des parts financières dans des cabinets à horaires élargis et être président de l'ASSUM et défendre la place de l'ASSUM dans le SAS.

Si on pousse le raisonnement, est-ce que vous considérez que le SAS va dévier une partie de la patientèle des CHE ou des 7/7 vers les cabinets conventionnels ?

La régulation étant assurée par des médecins de l'ASSUM qui pour une grande part proviennent de CHE, le risque est qu'ils redirigent le flux des SNP vers le CEH, dans lesquels ils ont des parts. A chaque fois que le bénéfice augmente, il y a un enrichissement personnel.

Dans un fonctionnement respectueux du logigramme, est-ce que vous attendez une diminution du nombre de patients qui se présentent dans les CEH ?

Il n'y aura pas de diminution mais il ne doit pas y avoir d'augmentation impertinente du nombre de patients dans les cabinets à horaires élargis. Actuellement on ne peut pas faire sans, ils ont une place à part entière mais ils doivent conserver un rôle subsidiaire par rapport aux médecins traitants. C'est une question de curseur.

Est-ce que vous diriez que le SAS est un catalyseur/révéléateur des tensions latentes au sein de la médecine libérale dans le 06 ?

Oui ! Avant il n'y avait pas d'enjeu donc tout le monde savait et chacun restait dans son domaine, sans interférences. Là on a tout mis sur la table et on organise les interférences. Ça a été un révélateur et surtout ça nous a obligé à travailler ensemble, avec des enjeux derrière. Ça a assaini les choses, sous réserve du respect notamment du logigramme, d'où la proposition de comité de pilotage opérationnel faite par Denis Robin qui est garant du bon développement.

Le comité stratégique DT 06 positionné au-dessus de la gouvernance SAS ?

Il sera un observateur des bonnes pratiques mais avec aussi des bras.

Comment est-ce que vous définiriez vos rapports avec l'ASSUM avant et pendant le projet ?

Je n'avais jamais eu à faire à l'ASSUM avant le SAS, pour moi ils réglait la PDSA. J'avais croisé Luc Terramorsi à Tende régulièrement, il a un caractère à lui mais je n'avais pas eu de soucis avec lui.

En rentrant dans le SAS, j'ai découvert que l'ASSUM avait intégré 20 cabinets à horaires élargis et 7/7. J'ai découvert que l'ASSUM ce n'était pas que la régulation libérale, les enjeux financiers sur le SNP sont venus brouiller la vision de l'ASSUM. La gouvernance de l'ASSUM pour une question d'objectivité au regard du conflit d'intérêt.

Comment est-ce que vous définiriez vos rapports avec l'URPS avant et pendant le projet ?

Je me suis toujours très bien entendu avec URPS, on a mené de nombreux combats avec Laurent Saccomano. Ensuite j'ai voulu structurer l'inter-CPTS en une entité avec un poids

stratégique dans le département et là ça n'a pas plu à LS et pendant quelques mois on a eu des affrontements légers. C'est quelqu'un avec qui je m'entend très bien et avec lequel je partage une vision sur le territoire.

Qu'est-ce que vous diriez que l'URPS apporte ?

Une vision stratégique au niveau régional, une connaissance fine de ce qui se fait ailleurs au national.

C'est aussi un appui en lobbying pour défendre une vision de la médecine libérale reposant sur MT et qui embarque de la santé publique.

Quel est l'apport du portage médical dans les GT ?

Apport d'une vision territoriale et pratique pour une conduite de projet qui tient compte de la réalité du terrain et de la typologie des acteurs.

Ces apports sont propres à la qualité de médecins des participants ?

C'est un ancrage de médecin, on est aussi des effecteurs.

Quel est le rôle du directeur sur le projet ?

Il est fondamental ! C'est le pendant du coordinateur à l'échelle de la CPTS. Sur la globalité du projet, les directeurs sont en appui sur le projet, dans la phase de coordination, de rédaction. De la même façon sur le PMSP, si on a pas quelqu'un pour faire le liant ça n'avance pas.

Pour faire cela, ça ne peut pas être un médecin ?

Non on a pas le temps.

C'est uniquement un manque de temps ?

Oui, on est tous débordés donc si on devait en plus faire ce travail de rédaction, de mise en page, de coordination, de pilotage on ne pourrait pas. C'est là que vous être indispensables. Pas un médecin par manque de temps. Appui de la dynamique médicale. Il faut deux jambes pour marcher : les professionnels de santé pour injecter de la créativité et de la dynamique médico-soignante et directeur pour piloter et structurer la dynamique. Quand on a les deux, il n'y a rien d'impossible.

Comment considérez-vous le choix de gouvernance final ?

L'URPS est en invité permanent mais Laurent Saccomano est président de CPTS.

Dans la mesure où le CDOM et l'URPS peuvent jouer le rôle d'arbitre c'est très bien, il ne fallait pas que l'URPS puisse être écartée de la gouvernance.

La contrepartie c'est l'équilibre ASSUM / Inter-CPTS...

Ce n'est pas ce qu'on défendait. Pourquoi l'ASSUM aurait autant de voix ? il n'y a pas de logique.

Je vais vous poser la question autrement, pourquoi l'ASSUM devrait avoir moins de voix ?

Le législateur a rappelé maintes fois et c'est écrit que les CPTS sont l'acteur majeur du SAS, à aucun moment on ne parle de l'ASSUM. Si les CPTS sont l'acteur principal, ce sont elles qui représentent la médecine de ville.

Pourquoi ont-ils eu des voix ?

Parce qu'il y a l'historique du département et que Denis Robin a choisi une position de consensus car on aurait risqué un pétage de câble de l'ASSUM, une grève et il ne voulait pas de ça.

Mais la solution n'est pas cohérente avec la volonté du législateur.

Elle est cohérente avec une réalité locale ?

Non, c'est donner trop de poids aux cabinets à horaires élargis et 7/7, le SAS ne doit pas donner de la place à ces cabinets.

Il y a un enjeu de légitimation des CPTS via le SAS ?

Bien-sûr, il y a un enjeu de légitimation quotidien des CPTS.

Est-ce que vous diriez que si les CPTS ne sont pas en capacité de se saisir du soin non-programmé via le SAS, il y a une question de survie ?

Non mais ça sera un signal important. Beaucoup de personnes nous attendent au tournant sur notre capacité à nous mobiliser.

Entretien 9 : Dr Laurent SACCOMANO, Président de l'URPS ML, Président de la CPTS Pays d'Azur

Depuis quand êtes vous président de l'URPS ?

Pdt URPS depuis le 1^{er} janvier 2016.

Depuis quand votre CPTS a-t-elle été créée ?

En 2019

Quel niveau de PEC SNP assure-t-elle ?

Prise en charge par des MG installés depuis longtemps sur le territoire : Mougins-Mouans Sartoux-La Roquette, sans standard téléphonique. Un cab à horaire élargis s'est installé mais assure une prise en charge en lien avec les MG. Le but n'est pas de faire du consumérisme mais bien du service médical.

Quel est votre rôle dans l'interCPTS ?

Pas de rôle particulier.

Depuis quand êtes-vous impliqués dans le projet SAS ?

Impliqué depuis 2 ans environ au titre de l'URPS => il y a 2ans soit au printemps 2021, un comité régional de mise en place du SAS avait été mis en place, qui intégrait CPAM / ARS DT ET SIEGE / FHF/FHP/CDOM pour réfléchir à la PEC des SNP et la feuille de route. On avait commencé à réfléchir aussi attendus de chacun par rapport à la PEC SNP, le cadre de travail.

Comment a évolué votre compréhension dans le projet ?

Elle n'a pas bougé, on a les idées claires sur ce que le SAS doit apporter et on a pas de conflit d'intérêt sur ce que le SAS doit apporter.

Que doit apporter le SAS ?

Une réponse médicale pour les patients qui en ont besoin et ne pas multiplier les actes, capable de répondre à un patient qui exprime un besoin et d'y répondre de façon médicale la plus pertinente.

Le SAS devait s'intégrer dans une PEC globale du patient, dans un parcours de soins ancré dans territoire pour continuer à apporter des réponses au patient et non une réponse unique multipliée par le nombre de recours, sans lien entre elle mais avec la facturation et les majorations.

Les SNP avaient une définition claire et sans ambiguïtés entre PDSA et SNP, parcours de soins coordonnés et actes coûteux à répétition. On a donc cherché à se faire entendre pour que le SAS soit un niveau de pertinence supplémentaire et pas seulement un gadget pour continuer à certains de faire ce qu'ils faisaient sans coordination avec les autres.

Quelle forme d'implication ?

Implication politique face aux déviances / interprétations du système liées à des conflits d'intérêts insupportables pour nous URPS et CPTS. Posture qui a nécessité bcp d'énergie pour avoir qqch de plus raisonnable et dont je me serais passé à la fois en inter-CPTS et dans les COPIL. Pour éviter le mélange entre CPTS / PDSA et soins urgents / non-programmés.

Il y a donc deux éléments, à la fois en inter-CPTS et aussi en séance, vous pouvez développer ?

Il y a eu au fil de ces réunions toxiques et mal cadrées. Les réunions plénières, ce n'est pas un reproche fait à Camille Conan mais ce n'était pas à elle de gérer le groupe gouvernance. Plus largement on a senti dès le début que la régulation voulait tout faire en disant qu'ils n'avaient pas besoin des CPTS puisqu'ils étaient déjà à la régulation et avaient les CHE => ASSUM.

La discussion portait uniquement sur ce qui n'était pas urgent. Il y a eu une confusion en permanence en disant qu'on allait laisser mourir le patient sur le trottoir mais un patient dans cet état c'est le problème de la régulation. La question c'était davantage de savoir si un patient qui appelle à 20h avec une angine devait être vu immédiatement, à 2h par n'importe qui ou si ça pouvait attendre son MT le lendemain.

Ce mélange de genre a entraîné le fait de devoir hiérarchiser la réponse en effecton : si c'était urgent, on devait faire appel aux CHE car il y avait toujours une réponse. Mais ça avait aussi une répercussion sur la gouvernance parce que dans la mesure où les CHE faisaient tout, ils devaient avoir une grande place dans la gouvernance.

J'étais le local de l'étape mais en permanence on savonnait la planche de l'URPS en disant « mais l'URPS on ne sait pas ce que c'est, ça ne représente rien ». Ailleurs la gouvernance ça a été un représentant de l'URPS et un représentant de l'hôpital.

Je n'avais pas d'enjeu mais les relations avec Luc Terramorsi ont été difficiles d'autant que son positionnement était relayé par l'ARS qui n'a pas été capable de dire stop. Moi j'ai une explication, pour le CHU et l'ARS il y a un double enjeu : afficher le démarrage rapide du SAS et pour afficher le démarrage rapide il faut s'appuyer sur les organisations existantes. Mais ça n'est pas le SAS !

Vous soulignez la confusion entre le SAS qui est ouvert en journée (8h-20h) et les horaires de PDSA sur laquelle l'ASSUM intervient ?

Si on est dans les SNP, ce n'est pas urgent donc ça peut attendre le lendemain. Si on commence à regarder les actes des CHE sous l'angle de la pertinence, on va se dire qu'un paquet d'actes sont faits avec des majorations de nuit mais qui pourraient attendre le lendemain car ça coûte un bras pour quelque chose d'inutile.

Dès le début, on a eu des acteurs qui se sont positionnés. En face personne n'avait le courage de dire stop, on a trainé, au point que Marie Lopez ait été mise en défaut par la DT et ait nécessité un recadrage jusqu'à ce que le DG ARS convoque tout le monde et positionne un arbitrage.

Comment vous expliquez le soutien du siège et pas de la DT ?

Le choix politique est en faveur des CHE dans le département.

L'URPS au contraire des CPTS n'est pas mentionnée dans l'instruction, donc à quel titre l'URPS doit intervenir et pourquoi ?

L'URPS n'apporte rien, elle est là pour faire le contrepoids des CHE.

Les CPTS sont en train de se mettre en place, la seule structure existante et légitime c'est l'URPS. L'URPS est donc venue uniquement pour être capable d'alerter et de montrer la problématique de la dissonance entre siège et DT ainsi que le fonctionnement pérenne des CHE.

Il y a une vision plus large de la santé et de l'organisation de l'offre de soins que porte l'URPS au même titre que la gouvernance du CHU et si l'URPS est bien dans son rôle elle doit éclairer l'ARS.

Vous considérez que l'inter-CPTS n'est pas en mesure de jouer son rôle ?

Les CPTS sont très opérationnelles, elles n'ont pas la vision politique. C'est comme si vous demandiez à un médecin hospitalier de gérer l'hôpital.

Moi j'ai de l'expérience et l'habitude de dialoguer avec les institutions et les politiques. Par ailleurs on a une équipe de chargés de projet qui décrypte les décrets pour nous. On dispose de la compréhension d'une feuille de route et la vision stratégique pour adapter la démarche.

Les CPTS ont la compétence de terrain mais n'ont pas la compétence politique. Demain on ira peut-être vers une départementalisation de la gestion de l'ODS dans laquelle les CPTS auront un rôle mais ça n'est pas encore advenu.

Il n'y avait pas la culture de la réflexion et de la méthodologie dans les CPTS au contraire de l'URPS.

Ainsi JLG a voulu avancer vite en positionnant sa CPTS mais il s'est trouvé en défaut de légitimité vis-à-vis des membres de l'inter-CPTS et il a donc dû ralentir.

Le problème de méthode est à quel niveau ?

Beaucoup de choses ont été présentées en séance qui n'avaient pas été validées en amont, par exemple la composition des groupes faite par l'ARS alors qu'elle n'aurait pas dû être décideur.

Qui aurait dû être décideur selon vous ?

On n'a pas lu les textes en local et les personnes qui ont porté le sujet ne connaissait pas le sujet. L'ensemble du projet a été traité en co-gestion entre URPS et APHM dans le 13, chacun faisant le lien avec sa propre institution et revenait au projet.

Nous on a eu une ambiguïté entre l'ARS qui ne devait pas gérer le truc et de fait elle l'a géré en organisant les groupes mais sans mandat officiel.

On a découvert en séance des discussions bilatérales avec l'ARS et des intérêts propres.

Vous pensez que l'impact va être réel sur les CHE ?

D'ici 5 ans un CHE n'a pas de raison d'être.

Malgré les appétences des jeunes praticiens ?

Oui

Le concept et le modèle économique des CHE est délirant, il n'y a pas de contrôle de la pertinence, aucune régulation des accès et donc un consumérisme fort. Si les médecins s'organisent bien sur un territoire c'est à eux d'organiser la PEC SNP. A ce moment-là on n'aura plus d'organisations avec un médecin qui travaille 24h, gagne énormément et part 4 jours faire du kite-surf. Le médecin doit participer au tour de garde pour prendre en charge de façon pertinente un patient.

Les CHE c'est « venez et revenez comme vous êtes et quand vous voulez, mais je ne veux pas être votre médecin traitant ».

De par les missions sur l'organisation de l'ODS, l'URPS a accompagné 90% des maison de santé et des CPTS de PACA.

A terme on a un risque de perte de compétence des MG qui ne prennent plus en charge la bobologie et se retrouvent à s'occuper des patients grabataires en ALD alors que les autres s'organisent pour faire des sutures et des plâtres qui cotent entre 80 et 100€, sans aucune responsabilité dans le modèle de PEC sur le territoire.

a. Rapports entre médecins

Comment décririez-vous le rôle et le positionnement des médecins en général dans le projet ?

Leur implication a été perturbée par des agitateurs, médecins eux-mêmes. Ça a retardé la mise en œuvre.

En parallèle on vantait le Var pour prendre ce qui intéressait uniquement : régulation et CHE mais jamais le 13 qui a réussi à fédérer toutes les organisations de médecine libérale. Correspond à des exercices très distincts de la médecine, pas entendu par l'ensemble des médecins.

Au fond vous trouvez qu'il ya eu trop de médecins et pas assez de tutelles pour freiner les agitateurs ?

Je regrette qu'on n'ait pas su afficher nos liens d'intérêt pour réfléchir collectivement à un SAS pertinent pour le patient. Par exemple les CHE : régulent le matin, prennent des patients en SNP l'après-midi et disposent de parts dans les cabinets.

Pourquoi ça n'a pas été régulé ?

Parce qu'il y avait la volonté de responsables médicaux hospitaliers qui craignaient la rupture, parce que Mme Conan n'avait pas la connaissance de ça et l'ARS voulait sortir un projet rapidement.

Pourquoi vous n'avez rien dit ?

Je l'ai dit à plusieurs reprises.

A la fin Dr Terramorsi en est venu à des attaques personnelles. Au bout d'un moment c'est remonté, mais il y avait le côté « aujourd'hui ça fonctionne ».

On a aussi perçu une opposition entre terrain et institutionnelle, vraie médecine et médecine institutionnelle ?

Dr Gerschtein craignait que je prenne la place d'une présidence de CPTS pour fixer ma feuille de route. Ça n'était pas ma volonté et il l'a compris. L'URPS apportait une compétence et une expérience mais pas de volonté sur le SAS. J'ai donc laissé la place de l'URPS à la CPTS dans la gouvernance.

L'URPS était cependant demandeuse d'une voix dans la gouvernance, pourquoi si vous ne souhaitiez pas participer ?

C'était une stratégie de représentation pour ne pas avoir ASSUM et CPTS.

L'enjeu est également autour de l'évaluation des décisions de régulation, si elles sont motivées non pas par l'intérêt du patient mais par des liens d'intérêt avec les CHE on doit pouvoir les interroger et prendre des décisions vis-à-vis de ces médecins de la régulation. On n'a jamais pu le faire parce que la régulation c'est un petit milieu.

Est-ce que vous considérez qu'il y a un risque d'échec des CPTS dans le SAS ?

Non je ne pense pas, sauf si les politiques continuent à dire qu'on peut avoir accès aux soins tout le temps et à tout moment.

L'inter-CPTS doit avoir la possibilité de porter une voix représentative des différentes CPTS sur le littoral ou dans la ruralité. L'enjeu et l'avenir c'est que les médecins traitants s'associent pour mettre en place, comme à Grasse un super CHE ce qui est génial parce que c'est pertinent et ça répond au besoin de SNP.

Est-ce qu'en considérant ce modèle de méga-CHE, l'incorporation des médecins de l'ASSUM ne serait pas pertinente ?

L'ASSUM a refusé d'intégrer les CPTS car ça met à mal leur modèle économique mais la proposition a été faite.

Pourquoi l'URPS devait être associée dans le 06 alors qu'elle ne l'est pas dans le 83 ?

Elle l'est.

b. Rôle et positionnement du CHU (CdS, DRP, CdP)

Quel est selon vous le rôle du directeur référent sur ce projet ? Qu'attendez-vous de lui / d'elle ?

Elle a géré le dossier SAS de façon étroite, pas comme une transformation de l'offre de soin sur un secteur. Elle n'a pas pris en compte le fait que ça s'intégrait dans une dimension globale d'une ODS. Elle l'a géré avec une orientation hospitalière, médecine d'urgence et régulation donc elle donnait l'impression d'être conseillée par ceux qui nous posaient problème.

Elle était très opérationnelle et se donnait du mal mais elle n'avait pas les tenants et aboutissants pour faire la part des choses. Par ailleurs, elle n'était pas copilote du groupe gouvernance, pourtant c'était elle qui a fait le boulot.

Sur la relation avec les médecins du CHU ?

Ambivalents, exemple du dernier GT. Leur vision des choses n'était pas structurée sur le rôle du SAS dans la transformation du système de PEC des SNP. Ils n'ont pas eu une vision respectueuse des discussions et des éléments actés lors d'échanges bilatéraux. Ils ont souhaité conserver une vision ménageant leur personnel en interne pour ne pas se mettre à dos les régulateurs des urgences.

La méthode de conduite de projet a également impacté le projet car le projet SAS a été lancé sans attendre l'évaluation des SAS 2021 donc sans aucun élément issu de l'expérimentation. De la même façon on a travaillé de façon cloisonnée avec les autres départements.

Quel est l'apport du portage médical des groupes de travail ?

Vision de terrain sur leurs modes d'exercice. Ça permet d'éclairer la façon dont chacun travaille au quotidien pour la PEC des patients et interroge sur le modèle qu'on souhaite soutenir.

Meilleure connaissance des activités de chacun et pour l'hôpital de connaître l'activité et la structuration des médecins dans les CPTS. C'était nouveau aussi

Que pensez-vous de la proposition de gouvernance finale reposant uniquement sur les acteurs de l'effectif ? N'aurait-il pas été possible de trouver un règlement amiable entre médecins ?

Oui impossible, la menace de l'ASSUM était vouée à l'échec. Tourner autour du pot n'avait pas d'issue.

On parle de communauté médicale...

Pas là-dedans, il y a deux corps médicaux qui se distinguent par leur manière d'exercer. La vision de la structuration du soin est irréconciliable. Les mails de L.Terramorsi sont éloquents. Mais les CHE on sait ce que c'est comme médecine.

Un chirurgien dans le 16^e qui fait des prothèses mammaires a la même conviction de la médecine qu'un médecin libéral en exercice rural, je ne crois pas. On est obligés de se poser la question de ce qui doit ou pas être remboursé par la sécu, la médecine esthétique ne l'est pas.

On ne peut pas parler de médecin libéral mais plutôt d'exercice libéral de la médecine.

Entretien n°10 : Céline ETCHETTO, Mission Nationale SAS.

Comment avez-vous connu le projet SAS ? Et quand ?

Connu le projet SAS au CHU bordeaux en 2020 en tant que Directrice qualité expérience patient et sécurité sanitaire. Bordeaux est un SAS pilote, le projet avait été monté par Dr Henri Delelis-Fanien qui était à Poitiers. Le démarrage au CHU ne s'est pas forcément bien passé. J'ai suivi le projet à l'ARS ensuite, au titre de mes missions de portefeuille et ensuite par ma participation à la mission nationale SAS.

Je reviendrais sur le pilotage médico-administratif auquel je crois particulièrement, il faut l'expertise métier. Bénédicte qui m'accompagne sur le projet est une ancienne urgentiste qui a l'expertise métier du projet.

Vision métier des médecins qui accompagnent le projet.

L'année 2021 a été une année dense et on moyennement structuré l'accompagnement, le cahier des charges des SAS au niveau de l'ARS. Tu vois la carte du déploiement à juillet.

Je l'ai vu dans nos déplacements, l'ingénierie de projet pour des programmes de cette ampleur ça a manqué pour le développement des SAS et l'ingénierie de projet. Ça a manqué au niveau régional et local, et chacun des acteurs a fait son propre SAS ce qui explique la diversité des versions de SAS proposées.

Le cadrage a manqué sur la partie socle, parce que la partie territoriale est logiquement adaptée selon les territoires. Le même SAS ne sera pas mis en place dans les Ardennes et dans le 06, en tous cas pas au même rythme et avec les mêmes effecteurs.

Le cahier des charges d'ingénierie de projet a quand même manqué et c'est aussi ce qui fait que ça a pris du temps. Les SAMU ont été également en difficulté en 2022 sur les effectifs d'ARM et de régulateur.

Depuis quand être vous mobilisée sur le projet ? Quel est votre rôle sur le projet ?

Missionnée le 23 avril par le Ministre de la Santé.

Mon rôle est de représenter les ARS dans déploiement et accompagnement des SAS, avec Bénédicte. J'ai assuré la partie logistique et les liens avec les ARS pour préparer la journée et accompagner le déroulé.

Ce qui est intéressant dans la mission c'est la complémentarité métier qu'on avait. Cette complémentarité a rendu l'apport de la mission très opérationnel, on connaît le SAS. Structuré les déplacements et la mission pour avoir cette vue métier ville-hôpital.

Quelle est votre connaissance du projet SAS, de ses enjeux ?

Quand l'idée du projet est sortie, c'est sorti Clara de Bort nous a dit que le projet de SAS, Roselyne Bachelot en parlait déjà R. Bachelot dans les années 2010. En 2019, ça apparaît dans un contexte où l'organisation et démographie médicale est complexe, avec un accès des usagers qui se complexifie. L'objectif du SAS est d'apporter une simplification aux SNP, tout en ayant en tête de toujours passer par le MT. Les OSNP doivent demander en première intention si le MT est disponible, ce n'est pas un Doctolib géant, ce n'est pas une plateforme de rendez-vous. Je pense qu'il y a eu une difficulté, particulièrement au niveau des CPTS, avec la définition du SNP qui n'est pas arrêtée au niveau national à date, de même avec la conception de ce qu'est un SNP urgent => 48h/24h.

Aujourd'hui l'important est qu'un usager puisse avoir accès à un conseil médical qui va lui permettre

- D'éviter d'aller aux urgences
- D'avoir accès à un conseil médical
- De trouver un effecteur qui va prodiguer le bon soin, au bon endroit, au bon moment.

Il y a un enjeu d'accès, de limitation d'entrées aux urgences et un enjeu de pertinence ?

Oui

Où en est le déploiement des SAS au niveau national actuellement ?

On a rappelé l'objectif de lancement des SAS avant le 31/12/2023. Clairement des SAS ne pourront pas se lancer avant la fin de l'année.

Concrètement qu'est-ce qui ne permet pas à certains SAS de se lancer ?

Le projet métier entre MdV et hospitalière n'est pas formalisé. Pour certaines structures il faut ce dialogue. On a des SAS qui sont 100% portés par l'hôpital, ça ne fonctionne pas bien. Inversement les projets 100% portés par la médecine de ville ça ne fonctionne pas non plus. Il faut donc une convergence MdV et hôpital est la clé du bon fonctionnement.

Globalement, là où c'est gris c'est là que l'ingénierie de projet a manqué et ça n'a pas fonctionné.

Si vous deviez-résumer les éléments saillants ressortis du tour de France des SAS ? Vous avez évoqué un manquement qu'est la coordination, le cadrage des ARS, il y en a d'autres ?

Lien ville-ville est très important, la nouveauté par rapport à 2019 ce sont les CPTS. Le lien SAS CPTS a redonné du lien et un rôle aux acteurs de la ville. Association de l'ensemble des acteurs de la ville, dans des parcours de soins non-programmés.

Le SAS c'est un outil de la pertinence des soins. Exemple du Grand-Est => le SAS n'est pas un mode dégradé, c'est bien un outil de pertinence des soins.

Difficultés cependant sur des territoires avec peu de MT, beaucoup de patients avec des maladies chroniques => les patients disaient que le SAS c'est bien mais la vocation du SAS ce n'est pas de donner de la patientèle en plus, c'est de remettre des patients dans un parcours de soins coordonné. C'est là que le SAS est un dispositif qui relie d'autres politiques publiques : les CPTS, l'accès à un MT des patients en ALD.

Tu as dit, un des éléments saillants c'est le lien ville-ville, c'est un lien qui est problématique ?

Non pas forcément. Dans l'accès au système de santé on parle beaucoup des médecins, mais il y a d'autres acteurs du système de santé. Par l'intermédiaire des CPTS et du SAS on voit les parcours qui peuvent se structurer avec pharmaciens, kiné, sage-femme.

On voit ces professions intégrées dans la structuration du parcours de soins aujourd'hui et on voit des acteurs qui montent des projets ensemble, la partie effecton est très riche.

A l'issue du rapport, quelles préconisations seront faites ?

L'objectif était de faire des recommandations opérationnelles. Par exemple, le recrutement des régulateurs, on a un exemple en Normandie sur une collaboration avec le département de médecine générale et comment faire en sorte dans le stage des internes de MG que la régulation soit incluse dans la maquette des stages aux urgences pour mieux faire connaître les métiers de la régulation.

Il y a des sujets en lien avec PLFSS sur la rémunération, on est en discussion avec le cabinet du Ministre.

Sur les filières de soin, le sujet est essentiellement financier.

Concrètement quels sont les moyens de la mission pour la mise en œuvre de ces préconisations ?

On a demandé au cabinet et au Ministre de pouvoir continuer ou faire une deuxième évaluation des SAS « fragiles » à l'automne pour proposer un accompagnement spécifique. Législativement il y a tout ce qu'il faut. L'ingénierie de projet c'est la plus-value, l'accompagnement, médiation, redonne du sens au projet. Notre venue permet de réunir des acteurs d'une même région et d'avoir un partage d'expérience.

Qu'est ce que ça apporte dans la mission d'être DH ?

J'y ai été avec ma casquette de l'ARS mais la complémentarité de la mission a été sa force. L'ingénierie de projet ça a constitué mon apport. Je voulais aussi apporter le rôle de l'ARS dans le projet. La double casquette de formation métier et d'animation de la politique publique SAS permet de professionnaliser l'accompagnement de projets structurants. Aujourd'hui, le binôme médico-administratif, j'y crois de longue date et je pense que les projets à l'hôpital doivent se porter ainsi. Les meilleures chefferies de projet du SAS sont celles qui ont associées un binôme médico-administratif, ce trinôme avec 2 médecins ville-hôpital et un administratif avec sa compétence d'ingénierie de projet, compétence financière et système d'info c'est la clé du succès.

Nous (DH) on a une compétence du dialogue, notamment quand on a géré des projets forts avec les syndicats, une écoute attentive et une vue transversale. C'est notre plus-value car on n'a pas été une mission d'audit mais bien d'accompagnement.

Comment tu décrirais les principes directeur du pilotage du projet SAS au niveau national ? Tu indiques que le cadrage était insuffisamment matérialisé mais comment les ARS ont mis en œuvre des principes directeurs ? Comment tu les qualifierais ? Qu'est ce qui a pêché ?

On avait tous l'instruction SAS. La question c'est comment l'ARS s'approprie l'instruction et l'outil numérique ?

En nouvelle aquitaine, les grosses tensions hospitalières de l'été 2022 ont fait que les acteurs se sont parlés. Moi je me suis posé la question de ce qui manquait pour les SAS et c'est comme ça qu'on a réuni un comité de pilotage en Nouvelle Aquitaine et qu'on a structuré une ingénierie de projet avec l'URPS et la FHF pour faire un modèle de convention (Houdart) et de cahier des charges. Ensuite former les collègues en DD et qu'ils puissent conseiller et accompagner les acteurs.

Comment est-ce que tu perçois la place laissée aux médecins dans les directives gouvernementales ?

Grande souplesse et liberté, ça fait partie des éléments forts de mise en œuvre.

Pour autant ça nécessite en parallèle de rappeler le cadre. Par exemple pourquoi le SAS => tout le monde n'a pas compris la même chose parfois.

Le problème du SAS c'est le COVID et en même temps c'est un accélérateur. Dans le Grand Est, les acteurs se sont rapprochés beaucoup pendant le COVID et ils ont beaucoup innové. Ça a constitué une assise pour démarrer le SAS.

Est-ce que le problème du SAS ce ne sont pas aussi les cabinets à horaires élargis ?

Le rapport Carli-Mesnier est une bible de l'offre de soins ville-hôpital. Il n'y a que des éléments de pertinence des soins et de parcours patient. Le rapport est sorti juste avant le Covid mais ajd ces thématiques sont revenues sur la table.

L'enjeu pour les ARS c'est donc de faire de la gestion de projet, sans se substituer aux acteurs mais en les accompagnant mais ne pas faire à la place de. Je fais très attention à ça aujourd'hui, je ne me substitue pas à un DH, je l'accompagne pour mettre en œuvre.

Comment résumer les apports des médecins dans les différents projets SAS ?

La vision métier. Le SAS 68 c'est Mulhouse, la présentation de l'ingénierie de projet avec Dr Marc Noizet, président de SUDF et un méd G. Présentation exemplaire de projet métier, du rôle de la med hospi de la MDV. Ingénierie de projet avec GT, freins leviers... pas de DH. Au déjeuner, j'ai interrogé le MG sur son parcours et il me dit qu'il a travaillé en ARS pendant quelques années et il a fait une formation en ingénierie de projet. **Là tu avais le top du top, un acteur de la médecine de ville formée à l'ingénierie de projet.**

Quand on rajoute à la vision métier une connaissance du management et de la gestion de projet, on est complémentaires. Nous on n'a pas fait de la régulation avec des appels non-stop qui s'accumulent à la régulation.

Est-ce que tu identifies des différences dans les rendus finaux de projet quand la médicalisation est moins marquée ? Quels éléments varient ?

Pas de projet 100% administratifs.

En l'absence de chargé de mission administratif identifié, l'ingénierie de projet a été beaucoup plus lente et moins structurée. Il faut un outil juridique rapidement dans le projet SAS et c'est là où les compétences de chacun s'arrêtent.

L'ingénierie de projet SAS passe par une médicalisation et une administration (GT,...) et des médecins qui donnent de leur temps pour animer le projet. Également avoir un directeur d'hôpital qui fait de la médiation c'est utile.

Sur le SAS 06, quels sont les grands traits qui te restent ?

La structuration de la MdV nous a paru d'une grande complexité mais avec une volonté de respecter la réussite du lien ville-ville.

Concrètement ça veut dire quoi ?

La gouvernance c'est une usine à gaz clairement (rires), avec les collègues, les pourcentages... par contre elle répond à la problématique du respect de chacun des acteurs et de leur répartition et en cela c'est une vraie réussite qui a certainement pris du temps mais il en résulte une gouvernance structurée.

La chance que vous avez c'est une médecine hospitalière résiliente et une main tendue de la médecine hospitalière qui a une ouverture sur la ville importante.

Le binôme hospitalier médico-administratif a été riche et ça fait partie de l'ingénierie de projet et de sa réussite qu'à porté la collègue. Sur les CPTS on a compris les difficultés et le positionnement mais je pense qu'elle n'a eu de cesse d'aller vers la ville. ce qui est compliqué quand on confie la chefferie de projet à un DH c'est de garantir la neutralité attendue du chef de projet.

Dans certaines structures il faut la neutralité d'un consultant alors que dans d'autres certaines structures cela va se faire naturellement. Il y a des enjeux financiers dans le SAS. Quand la chefferie de projet est confiée à un administratif de l'hôpital il fallait une certaine neutralité de ce chargé de projet. Pareil quand on avait des chargés de mission CPTS pour le SAS c'est la même chose et je pense que la collègue a eu cet état d'esprit, c'était très bien structuré.

C'est là l'intérêt de l'ARS c'est de partager l'ingénierie de projet dans une région.

Est-ce que tu considères que l'ARS DT et PACA a joué son rôle, en comparaison avec les autres ?

Ils ont été comme nous tous, ils ont pris l'ingénierie de projet au fil de l'eau.

Peut-être ARA avait un temps d'avance et Bourgogne Franche-Comté.

Monter une ingénierie de projet en 2022 quand on a géré que des tensions, c'est compliqué, il faut passer du chaud au froid.

Pour accompagner l'organisation de l'ODS et avoir moins de tension à gérer il faut structurer les projets : SAS, Bed-management, admissions directes, hotline gériatriques. Ça va se faire tout seul là où on a des acteurs formés à la gestion de projet, sinon il y a besoin d'un appui.

Entretien n°11 : Camille Conan, Directrice référente du pôle urgences, CHU de Nice.

Depuis quand es-tu impliquée dans le projet ?

On n'a pas été impliqué dans les SAS pilotes de projet, le DG n'était pas favorable à se positionner. Donc les premiers balbutiements ont eu lieu à fin 2021 avec une première visite au SAS 69.

Le démarrage opérationnel a coïncidé avec une période de départs à la tête des urgences : le chef de service et le DRP au CHU et aussi à l'ARS.

Moi j'ai récupéré le projet en juin 2022 en même temps que le pôle. L'ARS a convoqué els acteurs, sans ciblage, en visant les grands représentants mais sans travail de cadrage précis et sans contact préalable.

Quelle est ta connaissance du projet et quels sont ses principaux enjeux ?

C'est ne rénovation de l'orientation du patient dans le parcours de soin et de recentrer le point d'entrée sur le 15. Le choix a été fait de positionner tous les acteurs pivots de la PEC SNP = moyen d'équilibrer la charge :

- Pour que les urgences ne soient pas saturées
- Pour pallier au manque de MT

Quel regard tu portes sur le pilotage global du projet ?

- 1- Représentatif de ce qu'est le CHU de Nice : mouvant. Il s'est lancé dans un cadre insuffisamment défini et travaillé en amont pour que l'ARS nous missionne en

responsabilité. Ils ont toujours donné des responsabilités au CHU mais sans le préparer en amont et nous non plus.

Quand j'ai pris le projet, je n'avais pas la vision permettant de me rendre compte de l'ampleur et des impacts. On a plus tard essayé de donner du corps au projet en interne et ensuite l'ARS m'a désigné pilote administratif. Le projet a manqué de structuration en amont qui aurait permis de dérouler plus rapidement.

La légitimité des acteurs médicaux est incontestable. Pour moi le problème est qu'on a deux têtes, ils se complètent bien, Didier a une capacité méthodologique, Pierre Marie est davantage politique. Ça a cependant brouillé la lisibilité du pilotage.

Sur le volet MDV ça a été clarifié dès le premier COPIL, le pb est que la mise en R de ces pilotes a été faite sans que les acteurs réalisent l'engagement et sans cadrage méthodologique, sans lettre de mission.

- 2- Au regard du fort renouvellement on s'en est bien sorti grâce au fort lien médico-administratif et a illustré le virage de la gouvernance.

Un an en arrière, je n'aurais pas piloté le projet de la même manière. On a vraiment travaillé bien parce que ce sont eux mais avec une forte responsabilisation des acteurs médicaux.

Qu'est ce que tu aurais fait de différent ?

Là on a cadencé, rappelé les objectifs et les enjeux, fait des alertes, mobilisé les directions fonctionnelles, cadencé le dialogue avec la DG. Tout le fond a été apporté par le pôle. On les aurait laissés moins libres dans la définition des organisations et surtout on aurait pris le lead sur le pilotage stratégique du dialogue avec la médecine de ville. On l'a orchestré parfois derrière mais quasi jamais en direct. Cet élément là je n'aurais pas fait pareil avant. Culturellement la volonté de positionner le corps médical est venu vite mais a été renforcé par la délégation polaire.

Laisser les acteurs qui sont au cœur du sujet parler entre-eux de comment on fait les choses c'est essentiel. Ils ont plus de pertinence et notre rôle n'est pas sur les aspects pratiques et techniques.

Quelle(s) différence(s) peux-tu relever dans le pilotage par rapport à d'autres projets de même ampleur ?

La différence c'est qu'il y a peu de projets pilotés avec la MDV donc d'habitude on s'en sort avec des acteurs qui ont les mêmes enjeux et le même cadre. Là on n'a pas les mêmes enjeux ou le même cadre juridique ou financier. Par ailleurs le rôle de la MDV dans le pilotage est nouveau, c'est la première fois qu'on fait rentrer la MDV à ce point dans l'hôpital.

Comment décrirais-tu les rapports entre médecins dans le cadre du projet ?

Ambivalents, il y a eu un enthousiasme au début du projet sur ce que ça pouvait représenter donc dans les relations c'était constructif.. au début.

Le lien entre les acteurs s'est rapidement enkysté en raison de intérêts de chacun et chacun s'est raidi sur son positionnement. Les acteurs hospitaliers étaient finalement plus à l'aise car avec moins d'enjeu de positionnement, la position est plus facilement neutre et positionnée en arbitrage sur l'efficacité des organisations. Notre positionnement était d'emblée garanti.

Les rapports entre médecins libéraux et CHU ?

Le rapport est celui de partenaires qui se connaissent et savent que ça fonctionne et cherchent à préserver ce fonctionnement.

En façon a un caractère tumultueux du Dr Terramorsi mais qui tient un planning de libéraux depuis 20 ans, avec une franchise importante. Peu d'enjeu de positionnement et de pouvoir entre regH et reg lib travaillent en confiance avec une antériorité.

Entre hospitaliers et CPTS a permis de structurer les rapports et d'amener les acteurs à se connaître. JLG a vraiment créé du lien avec le CHU et une connaissance mutuelle a grandi au fil du projet. Plus de méfiance dans les rapports => exemple du GT effectif de novembre 2022.

Quels sont les ressorts de la méfiance ?

La méconnaissance et le fait qu'en tant qu'établissement SAMU on une position assise et bcp de certitudes. Par contre on participe à leurs GT qui dessine le futur de la PEC SNP qui elle va vraiment bouleverser leurs façons de faire.

Tes rapports à toi avec les médecins du CHU ?

Je les adore, j'ai confiance en leur expertise, connaissance et légitimité. Je suis certaines que ce qu'ils défendent est fait avec la conviction que l'apport était réel pour les équipes et le patient. Nous on peut lui apporter cependant un recul sur les équilibres à préserver au niveau institutionnel pour compenser sa très forte implication.

J'avais aussi conscience de leurs limites : besoin de méthode et de cadre.

J'apprécie leur capacité de co-pilotage et de restitution, on avait une confiance mutuelle et réciproque.

Tes rapports à toi avec les médecins libéraux ?

Relation n'est pas assez aboutie, aurait nécessité l'identification d'un pilote médical et administratif pour le CHU. Ça ne m'a pas permis d'avoir un pilotage lisible pour les acteurs de la MDV. Ça ne m'a pas permis de me saisir des enjeux sociologique et économiques liés à ces acteurs.

Tu penses qu'en tant qu'administrative tu avais une légitimité suffisante pour t'impliquer dans le groupe effectif ?

Non insuffisante, j'y ai peu siégé. Je pouvais siéger en tant que copilote pour le CHU mais sans participation active.

La vision globale permet cependant de faire des alertes si le schéma dessiné s'éloigne de ce qui est technique par ailleurs.

Est-ce que tu dirais que la gouvernance de projet est médicalisée ?

Oui très médicalisée car elle était médicalisée à tout niveaux, ARS et projet. Au CHU c'était nous et les copilotes médicaux ainsi que tous les pilotes médicaux qui ne sont que des médecins. En termes de cinétique les forces qui ont fait avancer le projet sont essentiellement médicales. Nous on a été une structure d'appui. 25/75 en ratio.

Quand on parle avec les acteurs, la plupart évoquent une répartition très équilibrée...

Sur du pilotage de projet il y a à organisé la réflexion et la matérialiser, la piloter et la construire et chacun a agi sur des ressorts différents. Les administratifs ont cadencé la démarche, les médecins ont agi sur le fond, réfléchi = cadrer et alimenter.

On peut revendiquer la structure du SAS mais pas son organisation donc les médecins ont tendance à surestimer l'envoi d'un simple CR dans la participation plus globale et les pouvoirs de l'administration.

Les rôles de chacun sont différents et comme on ne se les ait pas expliqué assez au début du projet, on surestime le pouvoir de chacun.

Quels sont les apports de la participation médicale au le projet global ?

Légitimité à construire une organisation sur la base de leurs connaissances et de leur expertise

Expertise car ils connaissent l'environnement et les besoins des patients

Engagement car ils connaissent le sujet et savent ce qu'il y a à faire.

Quels facteurs limitants peuvent-être identifiés ?

La méthode, les manières de voir ne sont pas similaires.

Le pendant de l'engagement c'est une défense marquée des convictions on tombe rapidement dans la défense d'intérêts personnels qui tendent les rapports.

Beaucoup d'émotionnel, a regard du temps et des moyens consacrés donc ils sont plus challengés et moins solides que les hospitaliers.

Comment décrirais-tu le positionnement de l'ARS ?

L'ARS n'a pas fait le travail de structuration en amont compte tenu du nombre et de la sociologie des acteurs. Deux sources de légitimité : expertise (Didier, PMT) ou d'une légitimité conférée, ce qui n'a pas été mon cas sur le projet.

On peut aussi se dire que volontairement ils n'ont pas positionné...

E ne sais pas mais par contre je n'ai pas eu d'appui. Par contre pour structurer l'ensemble, mon nom est revenu et petit à petit on m'a conféré une légitimité et je l'ai acquise difficilement.

Pour ce qui me concerne je pense que je ne me suis pas suffisamment auto-conféré la légitimité quand je me suis retrouvé devant plein d'acteurs différents et j'ai essayé d'avancer

par petits pas. J'aurais dû me positionner plus clairement sur mes apports avec Didier, il aurait fallu rencontrer tout le monde et qu'on se dise ce que chacun faisait.

L'ARS avait aussi des problèmes de positionnement par rapport au siège et ça a un peu nuit au projet.

Comment décrirais-tu ton rôle auprès des effecteurs de MdV ?

Uniquement via la gouvernance, en cadencant l'action du groupe.

Quel est l'enjeu représenté par le SAS pour la médecine de ville ?

Enjeu de structuration des CPTS pour asseoir leur positionnement en acteur principal de l'effectif en ayant une filière d'adressage direct.

Pour la MDV globale, c'est aussi un enjeu de structuration et de rééquilibrage pour qu'il n'y ait pas que les CHE qui fassent ce qui les arrange et ce qui rapporte et les CPTS qui essayent d'avoir une organisation et sont un peu perdants.

Le SAS est un outil de rénovation du lien ville-hôpital ?

On sait qu'ils existent mais on n'avait pas créé de lien particulier hors cas particuliers, par exemple la MMG. Ça permet la connaissance réciproque des acteurs et de rassembler derrière un objectif commun matérialisé et structuré. Au-delà de la médecine de premier recours, le SAS va aussi structurer dans les filières la médecine de spécialité. C'est une façon efficace de créer du lien entre les acteurs du territoire

Que penses-tu du mode de gouvernance adopté à l'issue de la médiation ?

On n'a pas une représentation lisible des acteurs de l'effectif. On a souvent travaillé à partir de personnalités mais on ne s'est pas posé la question en matière de représentation de l'effectif pour permettre le plus grand choix aux patients. Je suis un peu dubitative sur la représentation.

Malgré tout elle est fonctionnelle.

En trois mots le SAS 06 et ses particularités ?

C'est un SAS ambitieux qui repose sur les acteurs de la régulation et de la ML.

Un SAS jeune, qui mérite de mûrir parce qu'on a encore bcp à construire sur l'effectif. L'enjeu du SAS est de construire la confiance entre les acteurs, parce qu'on en a perdu en route et les acteurs restants doivent montrer que ça fonctionne. Il faudra être rigoureux dans l'évaluation et ne pas laisser tomber la dynamique pour monitorer ce que ça apporte et valoriser la contribution des acteurs.

Trouver un bon équilibre entre la médicalisation et l'administration c'est pouvoir laisser aux médecins exprimer toute leur expertise sur ce qui est bon pour les patients et nous laisser avoir un rôle de cadenciers quand l'engagement de chacun des acteurs peut nuire à l'organisation qu'on met en place.

Entretien 12 : Dr Giolito, chef de pole urgences adjoint, responsable du département hospitalo-universitaire de médecine d'urgence.

Médecin depuis 2008 – responsabilités médicales depuis 2017 – responsable du DHUMU et idem VCP depuis 1 an.

Depuis quand êtes-vous impliqués dans le projet SAS ?

Depuis 1 an et demi, fin 2021 / début 2022– réunion en juin pour le lancement.

Quelle est votre compréhension du projet SAS et de son objectif principal ?

Renforcement de la régulation actuelle dans interface ville-hôpital

Développement ou renforcement du lien ville-hôpital

Bon patient au bon endroit au bon moment.

Comment a évolué votre compréhension du projet ?

Initialement le réseau de MDV était opaque. La coordination de MDV était floue de même que la charnière régulation / effectif.

Comment décririez-vous votre rôle dans le projet ? Votre niveau d'implication ?

Pas de variation de l'implication, j'ai toujours été très impliqué.

Mon rôle : la construction, une partie de l'architecture, coordination, explication entre les différents acteurs qui ne se connaissent pas mais que les philosophies de chacun soient exprimées pour arriver au même angle de vue.

Quelles sont vos attentes vav du projet ?

Renforcement RH dans la régulation et mettre à niveau pour traiter une activité et un flux

Baisse du nb de passages aux urgences par une redirection du flux de patients.

Quels avantages / bénéfices le CHU va tirer ?

Qualité de réponse au patient améliorée => rapidité de réponse dans la concurrence avec les pompiers qui ont des effectifs supplémentaires.

Qualité de réponse apportée et disposer de davantage de temps médical à consacrer par un effectif médical adapté.

Que pensez-vous des modalités du pilotage et de l'organisation du projet SAS ?

Apprécié environnement qui porte tout en laissant de la liberté = autonomie pour faire les objectifs et définir la stratégie dans un cadre cependant, tout en sentant un appui et un guide si besoin. Sécurisant, bienveillant, enrichissant au CHU, au niveau ARS et aussi DGOS.

Comment décririez-vous le rôle et le positionnement des médecins en général dans le projet ?

Centraux, au cœur de la meule pour définir la stratégie. Il m'a été important d'associer les ARM et encadrement soignant mais on nous a laissé la totale liberté de tout définir.

Quelle place a été laissée aux médecins sur la conduite de projet ? (En comparaison avec des projets antérieurs ?)

Place plus importante, on n'est pas loin de 80-90% de portage propre du projet par des réflexions médicales.

Quel est l'apport du portage médical des groupes de travail ?

Je suis sur le terrain donc dans une réunion stratégique j'apport mon expertise de mon quotidien.

Ça diminue le coté technocratique et ça légitime la décision auprès des équipes et surtout on sait tout de suite de quoi on parle sur la stratégie d comment on prend en charge le patient.

Comment s'est fait l'articulation avec Pierre-Marie ?

Naturellement, je m'occupais de la régulation donc c'était logique que ça soit moi. Par sa connaissance de la médecine de ville et moi par ma connaissance de la régulation on a défini nos positionnements

Quel est le rôle selon vous de la direction administrative sur ce type de projet ?

Être facilitant pour que le cadre de suivi, de discussion soit celui attendu. La relation particulière avec la direction permet d'avoir n échange quotidien et un esprit d'équipe, de collaboration médico-administrative et donc de connaître ce cadre et savoir parfois comment le dépasser.

Le rôle est un rappel du cadre et de voir comment on s'adapte à la volonté médicale d'une organisation qui semble être la bonne.

Quel impact ont eu les évolutions dans la gouvernance du CHU sur le projet et son déroulement ?

Je ne sais pas si ça a eu un impact => déjà un fonctionnement similaire avant, ça a conforté dans la façon de faire même si on n'a pas encore la carte bleue.

Même avec un autre directeur, on aurait de toutes façons impliqué A.Duchossoy et S.Kacemi.

Comment ressentez-vous le rôle de l'ARS dans le projet ?

Rappel du fondamental, rappel du cadrage SAS de la DGOS. Arbitrage aussi (exemple OSNP dans la CPTS). L'ARS éclaire, fait des points d'étape formels pour rappeler l'attendu.

Comment envisagez-vous la collaboration entre les médecins libéraux et les professionnels du CHU actuellement ?

De la meilleure des façons je veux travailler avec des organismes au-delà des personnes qui les incarnent. Il faut que ça fonctionne et ça va fonctionner car c'est la bonne organisation.

Quel niveau de collaboration sur le SNP existe avant la mise en place du SAS ?

Les effecteurs historiques c'était SOS / médecins généralistes référencés => fonctionnait de moins en moins bien. SOS connaît une pénurie de médecins, les tableaux de garde se

sont progressivement éclaircis en raison des départs en retraite et d'un nombre croissant de médecins qui ne font pas de la MG et/ou qui ne participent pas à la PDSA.

A 90% ils sont regroupés dans l'ASSUM.

Comment envisagez-vous la collaboration entre les médecins libéraux et les professionnels du CHU dans le cadre du projet SAS ?

Bcp d'espoir dans les CPTS et inter-CPTS pour avoir coordination du territoire et qu'elle soit l'interface avec les médecins hospitaliers. A travers l'ASSUM aussi présente sur la régulation. Il faut que la CPTS prenne son ampleur.

Enjeu des CPTS ?

Démontrer l'intérêt du système aux médecins et au-delà. Montrer pour les MG que la CPTS n'est pas une contrainte mais qqch qui fluidifie et rend un SMR au patient supérieur.

Est-ce qu'il n'y a pas un lien plus catégoriel en lien avec les CPTS ?

Je suis peut-être un peu naïf, on sent les jeux de pouvoir entre Dr Saccomano et Terramorsi, des enjeux financiers aussi => médecins des CPTS vont avoir des financements (300k) donc la question est de savoir comment ils vont les utiliser. Les MG qui n'adhèrent pas aux CPTS perdent aussi une prime pour les médecins qui n'adhèrent pas aux CPTS.

On veut une coordination ville-hôpital et l'hôpital aura son mot à dire sur l'interface donc je suis assez confiant sur l'équilibre final. Je ne m'intéresse pas plus que ça aux jeux de pouvoir car on aura suffisamment de poids coté hospitalier pour mettre en place le modèle attendu par la DGOS.

Comment percevez-vous les relations entre médecins libéraux dans le cadre du projet SAS ?

Implication de LT dans CHE qui n'est pas un modèle de qualité – on fait du consumérisme médical, pas de suivi. C'est le Mc Donald de la médecine, quand on voit 80 patients dans la journée ça ne peut pas être dans l'écoute mais plutôt de l'abattage ; il n'y a cependant rien d'autre ajd qui permet de proposer une solution alternative.

Il n'y a pas de régulation par les tutelles, je vois des médecins formés aux urgences, qui ont quitté l'hôpital pour la clinique et qui maintenant quittent la clinique pour aller dans les CHE. Ils finissent vers 23h et cotent mieux que quand ils étaient à la clinique mais sans astreintes.

Ce modèle était défendu par une partie de la médecine libérale bien qu'ils aient aussi répété qu'ils n'avaient pas besoin du SAS pour remplir les consultations donc pourquoi se battre ? Pourquoi ils se sont battus ?

Il y a un enjeu de réponse aux soins – entre ASSUM et CPTS.

Rapports avec l'URPS ?

L'URPS c'est flou, je n'ai jamais à faire à eux. C'est un syndicat mais quelle représentation des gens de terrain, je ne sais pas. Les gens qui sont dans des commissions uniquement déconnecte du terrain.

Quel intérêt avait l'URPS à se positionner ?

Enjeu de pouvoir et de représentativité et aussi financier car ils emploient des personnes. Mais ils n'étaient plus dans leur cœur de métier.

Quel intérêt le CHU avait à ce que l'URPS ne soit pas partie à la gouvernance du SAS ?

Je ne sais pas si le CHU avait un intérêt. L'intérêt ça aurait été de donner moins de pouvoir à LT mais l'ASSUM doit être forte peu importe son représentant.

L'ASSUM c'est 85% de CHE, la partie libérale c'est très faible. Pourquoi ne pas avoir milité en faveur des CPTS ?

ASSUM c'est aussi la régulation => il y a une collaboration ASSUM et hospitaliers, promouvoir davantage d'échanges c'est l'enjeu du SAS. L'ASSUM a un poids pour honorer la régulation libérale.

Le projet va-t-il amener une évolution dans les modalités de collaboration ville-hôpital ?

La collaboration avec la MDV fonde beaucoup d'espoirs. Avec certains CPTS on a déjà des réponses en effecton.

Etes-vous satisfait des modalités de gouvernance adoptées ? Les pensez-vous adaptées pour le fonctionnement du projet ?

Satisfait – les gens de terrain vont prendre les décisions stratégiques – Je garde un œil sur l'ASSUM et l'organisation. C'est une gouvernance équilibrée et représentative.

Pourquoi tu conserves une vigilance ?

JE suis un défenseur de la qualité du SMR et je connais les travers des médecins, en lien avec leur portefeuille quelque fois avant l'intérêt du patient. risque des intérêt financiers.

Je vois déjà des générations de médecins plus centrés sur eux que sur le patient notamment dans le réseau de MDV plus centré sur l'individualisme

Le risque c'est que l'ASSUM souhaite garder sa part de SNP ?

Oui mais je n'ai pas de main là-dessus à part mobiliser les tutelles et les institutions pour interroger les CHE. Je ne suis pas sur que voir pousser ces CHE a limité le flux aux urgences.

Pensez-vous qu'un règlement amiable entre pairs aurait été possible ?

Non, compte-tenu des personnalités.

PMT et toi auriez-vous pu vous positionner ?

Je pense qu'il fallait l'échelon ARS. On aurait pu tenter de le faire mais serait allé moins vite alors que là ça tombait de plus haut et plus fort.

L'arbitrage au niveau de l'ARS interroge car il est technique et médical ?

L'enjeu était politique surtout.

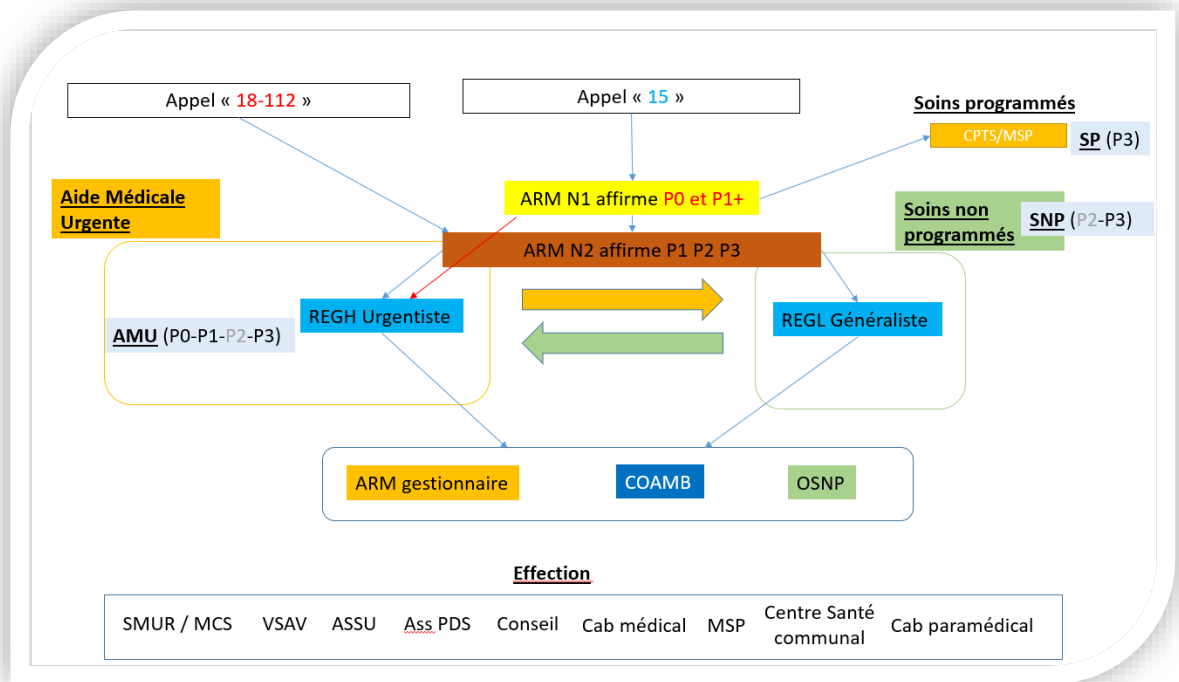
C'était un conflit de pratiques médicales ?

C'était un conflit de personnes sur des propositions d'organisation de pratiques et l'avenir de ces pratiques médicales. Le poids politique emporterait la façon de faire. Ça a atténué l'importance de l'ASSUM et des CHE par l'arbitrage.

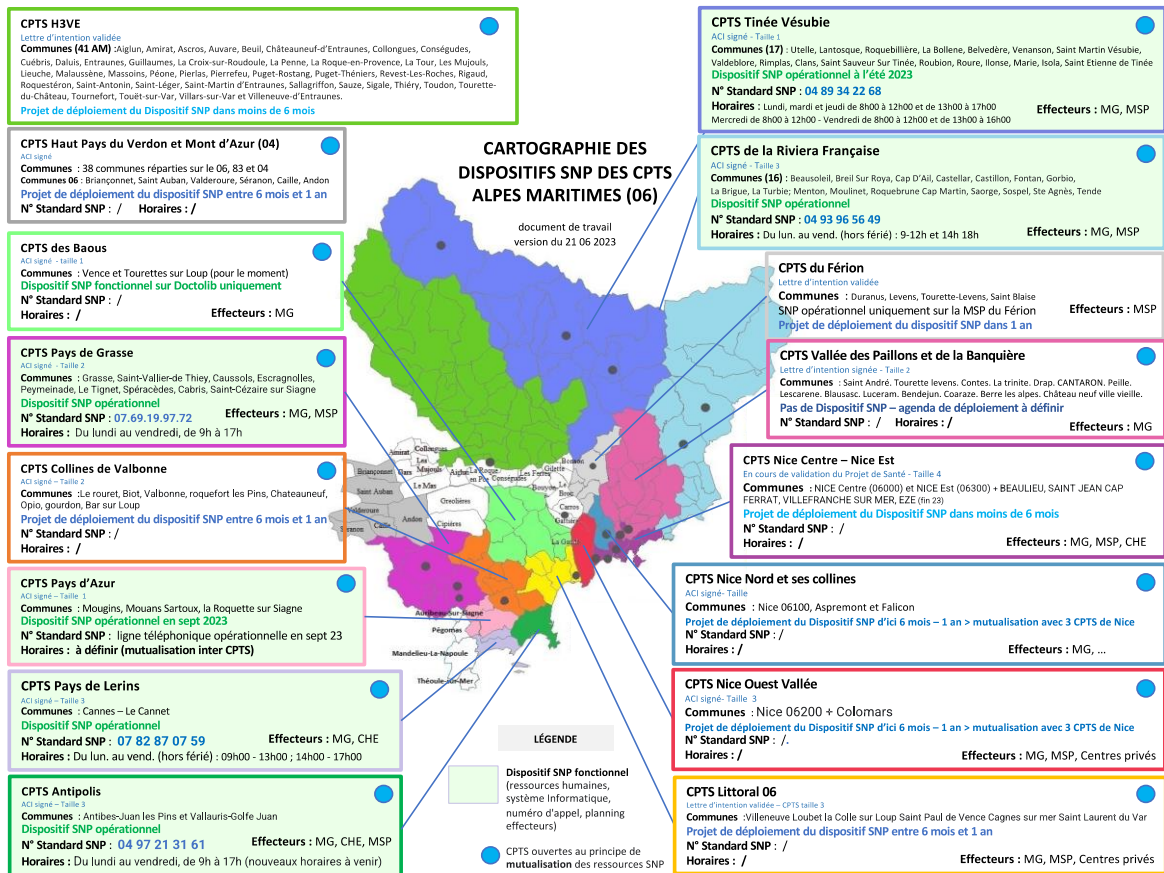
Est-ce que le risque de retrait de l'ASSUM était avéré ?

Non, il a bluffé. Il aurait peut-être retiré ses médecins 15j/3 semaines max mais il n'aurait pas pu se retirer du projet.

Annexe 4 : Schéma de traitement des appels SAS 06



Annexe 6 : Carte des dispositifs SNP des CPTS du département des Alpes Maritimes



Annexe 7 : Schéma initial de la gouvernance SAS 06

	Collège support SAMU	ES Collège Régulation SNP	Collège effectif SNP	Invités permanents	Personnalités qualifiées
Parties	CHUN	ASSUM 06	CPTS URPS	- DT ARS 06 - CDOM 06 - CPAM 06	- ES du GHT avec SAU - 1 ES privé avec SAU - Usagers
Voix	7	3	4		

Annexe 8 : Schéma final de la gouvernance SAS 06

	Collège support SAMU	ES Collège Régulation SNP	Collège effectif SNP	Invités permanents	Personnalités qualifiées
Parties	CHUN	ASSUM 06	CPTS	- DT ARS 06 - URPS ML 06 - CDOM 06 - CPAM 06	- ES du GHT avec SAU - 1 ES privé avec SAU - Usagers
Voix	6	3	3		

Les apports de la participation médicale au pilotage de projet : l'exemple du SAS 06.

Résumé :

Mon stage d'élève-directeur au CHU de Nice m'a amené, à travers une de mes missions de stage à m'impliquer fortement dans le déploiement du Service d'Accès aux Soins des Alpes Maritimes, autrement appelé SAS 06. Ce projet est intervenu dans un contexte institutionnel particulier pour le CHU de Nice, puisqu'il se déroule concomitamment au lancement de la transformation de la gouvernance interne du CHU pour aller vers un modèle de délégation polaire renforcée. Cette évolution s'inscrit dans un contexte national plus large de volonté de renforcer la participation médicale à la décision à l'hôpital. Ce mode de fonctionnement se retrouve de façon marquée dans la structuration de la démarche projet SAS 06. Les médecins hospitaliers mais également leurs confrères libéraux ont été fortement mobilisés et représentés parmi les pilotes de projet.

L'analyse proposée dans le présent mémoire interroge ainsi le positionnement et les apports des médecins engagés dans la démarche de projet aux coté de directeurs d'hôpitaux. En l'absence de liens hiérarchique entre les acteurs, une répartition des rôles s'opère, selon les compétences de chaque acteur et abouti à une complémentarité médico-administrative et hospitalo-libérale servant le projet. L'analyse revient également sur l'impact du contexte local et des enjeux de pouvoirs qui traversent le projet. Ils révèlent la difficulté pour la communauté médicale de se départir d'intérêts catégoriels au bénéfice d'un projet commun au service des patients.

Mots clés :

Accès aux soins – médicalisation – gouvernance – pilotage de projet – SAS – soins non programmés – leadership – lien ville-hôpital - CPTS