

Enquête Urgences : la coupe est pleine !

La tension dans les structures d'urgences ne cesse de croître. La suractivité des structures d'urgences, le sous-effectif médical et paramédical patent ainsi que le manque de surface accueillant des urgences sont des facteurs à l'origine des derniers drames. Le SNPHARE et Samu et Urgences de France ont réagi conjointement au rapport de la mission d'enquête interne suite au décès aux urgences de Lariboisière, en lançant dès janvier 2019, une enquête nationale dont l'objectif était de faire un focus sur les conditions d'exercice des médecins urgentistes à l'Hôpital Public.

Il s'agit d'une enquête descriptive sur l'organisation du travail, les données d'activité et les conditions de travail des praticiens.

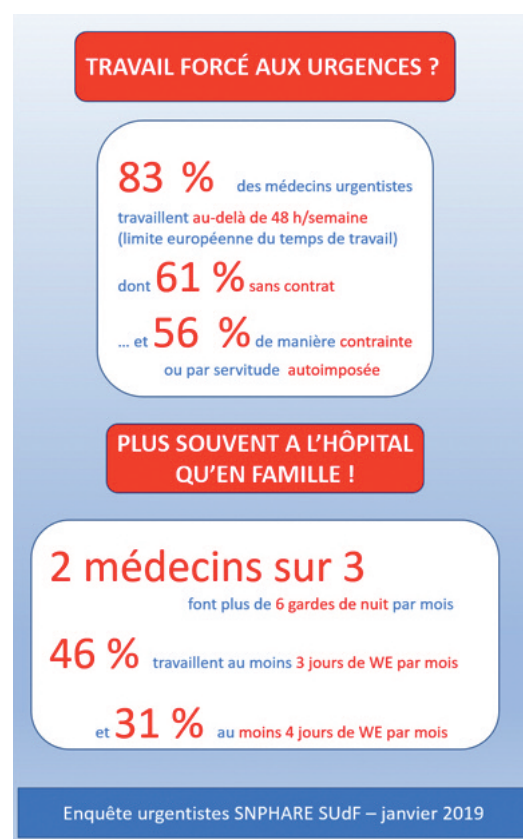
LES CONSTATS

1092 urgentistes de toute la France métropolitaine, ainsi que des DOM ont répondu à 77 questions :

Premier constat, les équipes médicales des structures d'urgences (Service d'Accueil des Urgences, SAMU et SMUR) sont sous dimensionnées au regard de leurs activités. En effet, les équipes sont incomplètes dans 85 % des cas avec une différence entre les effectifs médicaux en place et l'effectif cible souhaitée supérieure à 30 % chez la moitié des praticiens. Le temps non posté servant aux différentes réunions (réunions sur les organisations par exemple ou les staffs bibliographie etc.) est minoritaire et n'est présent que dans 16 % des cas. 34 % des médecins urgentistes déclarent plus de 30 % de départs de collègues durant les trois dernières années. La pénurie médicale des structures d'urgences de l'Hôpital Public s'accroît.

Deuxième constat, le travail hebdomadaire est important générant fréquemment du temps de travail au-delà des obligations de service. 83 % des médecins urgentistes font du Temps de Travail Additionnel. 61 % d'entre eux, en font sans contractualisation alors que la Loi l'exige. 56 % précisent qu'ils aimeraient ne pas faire du temps additionnel mais se sentent obligés vis-à-vis des collègues et de la permanence des soins.

Troisième constat, la pénibilité est accrue notamment aux horaires de la permanence des soins avec une charge de travail significative la nuit et très marquée les weekends. Le nombre de gardes mensuelles est supérieur à six gardes ou plus chez 62 % des médecins. À la pénibilité du travail de nuit s'ajoute le travail de weekend : 3 jours par mois chez 46 % des urgentistes, voire supérieur à quatre dans



31 % des cas. Le travail est souvent mutualisé entre le SAU et le Smur chez 88 % des praticiens. Dans 30 % des cas leur activité est même sur plusieurs sites.

Quatrième constat, le recours à l'intérim est fréquent mais ne diminue pas la charge de travail des praticiens. Le recours aux médecins intérimaires intervient dans 62 % des équipes.

Cinquième constat, les difficultés chroniques persistent comme la recherche de lits d'aval ou le fait de dégager du temps non posté pour les tâches non cliniques. Le nombre de passages au SAU par an est supérieur à 50 000 chez 40 % des médecins travaillant dans des SAU. Il existe en effet des difficultés chroniques avec chez 67 % des sondés, une recherche quotidienne de lits d'aval. Chaque matin en

arrivant au SAU, 59 % des praticiens constatent entre 5 à 20 patients en attente. De plus, 37 % des médecins déclarent ne pas avoir de service de brancardage. Concernant le Samu, le nombre de médecins régulateurs est insuffisant dans 65% des cas. Chez 50 % des praticiens, il n'y a qu'un seul médecin régulateur par nuit. Le nombre d'assistants de régulation médicale au vu de l'activité est insuffisant dans un tiers des cas et leur temps de formation continue est inférieur à 10 h par an.

Sixième et dernier constat, quatre ans après la mise en place de la circulaire urgence qui régleme[n]te normalement le temps de travail des urgentistes, un tiers des équipes ne l'applique pas.

LES PROPOSITIONS DU SNPHARE

Le SNPHARE fait des propositions pour une régulation médicale, des SMUR et des services d'accueil d'urgences, performants et modernes, répondant tous à des critères de qualité :

- 1 - **Le SNPHARE demande la mise en place et l'application du référentiel sur « les ressources médicales et non médicales** nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgences » daté de novembre 2011. Ce référentiel établit des ratios fondamentaux, tels que les rythmes moyens suivants : « pour un médecin régulateur, 6 dossiers de régulation médicale par heure et pour un assistant de régulation médicale, 7,2 appels par heure. Il formalise une quantité et une répartition des effectifs médicaux et non médicaux indispensables à mettre en place pour permettre le « juste soin » en structures d'urgences ». Ce référentiel existe depuis novembre 2011 et il doit être appliqué à toutes les structures d'urgences SAMU, SMUR et SAU.
- 2 - **Le SNPHARE dénonce « le travail forcé aux urgences »** avec le non-respect du temps de travail. La majorité des médecins urgentistes travaille au-delà des 48 heures hebdomadaires (limite maximale européenne du temps de travail) et la circulaire urgence qui régleme[n]te le temps de travail n'est pas appliquée de manière homogène sur l'ensemble du territoire. **Le SNPHARE ne cesse d'appeler à un plan d'attractivité pour les praticiens hospitaliers : la reconnaissance du temps de travail effectivement réalisé en est un pilier essentiel.**
- 3 - **L'arrêt immédiat de la fermeture de lits** notamment des lits de soins critiques mais aussi une réorganisation de l'hôpital afin de faciliter l'aval des urgences. **Les surfaces des structures d'urgences doivent être adaptées à l'activité** afin de garantir des soins en toute sécurité avec des organisations adaptées.
- 4 - **Systématiser une démarche assurance-qualité et de gestion des risques** : compléter et actualiser toutes les procédures de traitement des appels au 15 et de prise en charge des patients au SAU et au SMUR, mettre en place des revues de morbi-mortalité et des staffs d'évaluation des pratiques professionnelles, déclarer les événements indésirables graves.
- 5 - **La généralisation des entrepôts de données**, au sein des SAMU, afin de mesurer, en temps réel, la charge de l'activité vis-à-vis des ressources mises en place (temps d'occupation en ligne des ARM, temps de décroché etc.), pour structurer et adapter les organisations (indicateurs d'activité, indicateurs de performance, indicateurs de structures).
- 6 - **La mise en place au plus tôt d'une formation initiale obligatoire et standardisée** pour les Assistants de Régulation Médicale (ARM) valorisée par un diplôme d'État qualifiant.
- 7 - **Une formation continue, avec un temps dédié identifié et un volume horaire annuel défini** pour les ARM, dans chaque SAMU, incluant les outils pédagogiques comme la simulation d'appels déjà mise en place dans certains SAMU, la double écoute, les tests de concordance de scripts, les stages, etc.
- 8 - **La mise en place obligatoire de superviseurs**, au sein des SAMU Centre 15, afin de répondre aux besoins de pilotage, d'encadrement en salle de régulation et d'accompagnement des ARM.
- 9 - L'ouverture anticipée, transitoire et adaptée d'unités d'hospitalisation adossées aux urgences dans les périodes à forte pression.
- 10- **Une réforme en urgence de l'organisation des transports sanitaires** qui dysfonctionnent depuis plusieurs années et provoquent, *ipso facto*, des erreurs dans le processus de décisions en régulation médicale.
- 11- Développer des projets de **coopération entre les SAU et la médecine de ville** du même territoire en dehors des temps de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) comme aux horaires de la PDSA.
- 12- Le SNPHARE propose qu'au niveau de chaque territoire un plan « Hôpital sous tension » soit élaboré par les structures hospitalières publiques et privées et coordonné par le SAMU. Ce plan doit pouvoir proposer des organisations nouvelles capables d'apporter des solutions aux patients lorsqu'une structure est saturée.
- 13- Le SNPHARE demande l'arrêt des transformations de services d'urgences en centres de soins non programmés. En effet, il s'agit d'un coup porté au maillage médical indispensable de notre territoire national avec une atteinte péjorative sur l'offre de soins, pourtant déjà réduite dans de nombreux territoires.
- 14- Développer la télémédecine entre les EPHAD, les SAU et le SAMU dans tous les GHT pour un soin efficient.

15- Une coordination entre les ARS, les directions hospitalières et les structures d'urgences plus proches du terrain à l'échelle du territoire avec une prise de décisions décentralisée.

LE SNPHARE TIRE UNE NOUVELLE FOIS LA SONNETTE D'ALARME !

Les chiffres de l'enquête objectivent le malaise insoutenable dans les structures d'urgences. Les équipes n'ont pas les moyens adéquats en rapport avec leurs activités. Les praticiens et les patients vivent au quotidien une véritable crise sanitaire. On ne cesse de demander aux structures d'urgences de tout faire, avec

un contexte économique contraint. Le financement des urgences est déconnecté avec la réalité de l'évolution des soins. Les propositions du SNPHARE pour les structures d'urgences ont pour objectif l'amélioration des prises en charge des patients au quotidien. La qualité des soins et la sécurité des patients sont le fil conducteur de nos propositions. Le SNPHARE reste mobilisé et disponible pour travailler dans ce sens, dans l'intérêt des patients et des soignants. Il est temps que le ministère de la Santé prenne ses responsabilités et apporte des réponses à nos propositions, au risque de voir la situation s'aggraver en entraînant avec elle une multitude de drames à venir.

Anouar Ben-Hellal, secrétaire général du SNPHARE

L'ENQUÊTE EN BREF

MATÉRIEL ET MÉTHODES : L'enquête s'est déroulée du 18 décembre 2018 au 3 février 2019. Un questionnaire en ligne (Google Form®) a été adressé aux médecins urgentistes (MU). Les réponses ont été anonymisées pour l'analyse des résultats. Données recueillies (77 questions) : description des répondants, activité (mutualisation des activités, travail sur différents sites), le temps de travail (TT) clinique et non clinique, l'organisation des Samu-Smur et des Services d'accueil des urgences (SAU), les conditions d'exercice, le décompte du TT, le TT additionnel (TTA), l'application de la circulaire urgence, l'activité et la formation des assistants de régulation médicale au Samu-Centre 15.

RÉSULTATS ET DISCUSSION: 1092 urgentistes ont répondu au questionnaire. 57 % sont des hommes (âge médian : 44 ans). Ils sont titulaires de la Capacité de médecine d'urgence (55 %) ou du DESC de médecine d'urgence (44 %) et sont principalement praticiens hospitaliers (62 %). 85 % exercent à temps plein.

TEMPS DE TRAVAIL : La circulaire de 2015 organisant à 39h le temps posté n'est pas appliquée pour 33 % des médecins. Le temps non posté est minoritaire (16 % des cas). 83 % des médecins urgentistes font du TTA et chez 61 % d'entre eux, ce TTA n'est pas contractualisé comme la législation le prévoit. 56 % des MU aimeraient ne pas faire du TTA mais se sentent obligés vis à vis des collègues et de la permanence des soins. Le nombre de gardes mensuelles est supérieur à six gardes chez 62 % des médecins. Le travail de week-end et jours fériés représente 3 jours par mois chez 46 % des MU avec 31 % des MU réalisant plus de 4 jours par mois.

SAU / SMUR : Le travail est mutualisé entre le SAU et le Smur chez 88% des praticiens. Dans 30% des cas l'activité est multi-site. 34 % des MU déclarent plus de 30 % de départs de collègues durant les trois dernières années. Les équipes sont incomplètes dans 85% des cas : la différence entre les effectifs médicaux en place vs l'effectif cible est supérieure à 30% dans la moitié des services. Le recours aux médecins intérimaires intervient dans 62 % des équipes. SAU : le nombre de passage au SAU par an est supérieur à 50 000 pour 40 % des interrogés. 59 % des praticiens constatent 5 à 20 patients en attente chaque matin. Des difficultés quotidiennes récurrentes pour trouver des lits d'aval sont déclarées par 67 % des MU. 37 % des MU déclarent ne pas avoir de service de brancardage.

SAMU : Le nombre de médecins régulateurs est insuffisant dans 65 % des cas. Chez 50 % des praticiens, il n'y a qu'un seul médecin régulateur par nuit. Le nombre d'assistants de régulation médicale au vu de l'activité est insuffisant dans un tiers des cas et leur temps de formation continue est inférieur à 10 h par an.

CONCLUSIONS : Les difficultés des MU se retrouvent sur l'ensemble du territoire national. Quatre ans après la mise en place de la circulaire sur l'organisation du TT, un tiers des directions hospitalières ne l'applique pas et un autre tiers n'a pas mis en place la contractualisation du TTA. La plupart des équipes médicales sont en pénurie. Les praticiens ont une charge de soins élevée (volumes horaires, nuits, week-ends). La pénibilité est accrue par le manque de lits d'aval disponibles, l'absence de temps non clinique et un travail clinique à flux toujours plus tendu couplé à une pénurie de moyens hospitaliers humains et matériels.