

# Répercussions des recommandations de la mission flash : les 2 enquêtes de l'été de SUDF

**Après plus de deux années de pandémie Covid, la saison estivale 2022 aura été marquée par une situation sanitaire inédite pour le monde de l'urgence médicale française. Multifactorielle, systémique et surtout ubiquitaire sur le territoire national, la gravité de ce contexte a amené Samu-Urgences de France (SUDF) à réagir en réalisant deux enquêtes au cœur de l'été.**

À la fin du printemps 2022, notre système de santé traversait une crise sanitaire sans précédent, conséquence de plus de deux années de pandémie Covid mais aussi d'une situation déjà critique. Les perspectives pour l'été étaient sombres pour les services hospitaliers, avec une dégradation accélérée par les difficultés majeures en ressources humaines, la fermeture de lits d'hospitalisation et une moindre disponibilité de l'offre de soins libérale liée aux congés estivaux. De ce fait, l'accès aux soins urgents et aux soins non programmés était menacé, et les structures d'urgences en surtension.

Dans ce contexte, la « mission flash » pilotée par François Braun, alors président de SUDF, émettait 41 recommandations pour l'été. Leur mise en œuvre opérationnelle était appuyée par la parution d'une instruction urgente diffusée aux directeurs généraux des ARS, le 10 juillet 2022.

Samu-Urgences de France (SUDF), sous l'impulsion de son nouveau président, Marc Noizet, a tenu à effectuer au cœur de l'été deux points de situation auprès des équipes de professionnels de l'urgence. Il s'agissait de mesurer les difficultés rencontrées et l'impact de la mise en œuvre des recommandations de la mission flash.

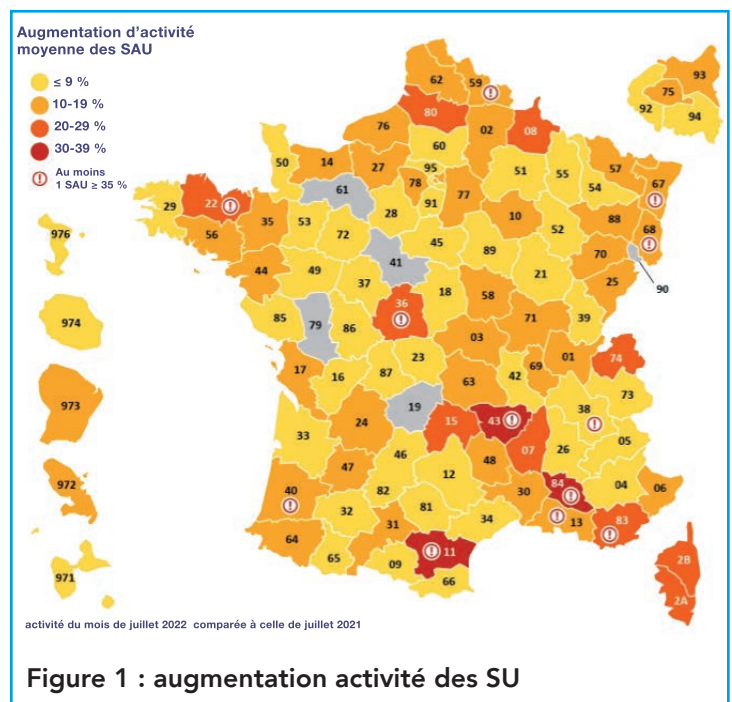
## 1<sup>ère</sup> enquête, juillet 2022

707 réponses sont reçues, dont 686 exploitables. 331 établissements de santé et 92 départements sont représentés. Une cartographie des difficultés est établie, décomposée dans les 3 modes d'exercice de la médecine d'urgence : Services d'Accueil des Urgences (SU), SAMU-Centres 15 et SMUR.

## Chiffres clefs pour les SU

- environ la moitié des SU du territoire a répondu,
- difficultés RH médicales = 90 %,

- difficultés RH non médicales = 89 %,
- recours à l'intérim = 73 %,
- difficultés de disponibilité de lits d'hospitalisation = 95 %,
- réduction ou fermeture d'UHCD = 22 %,
- augmentation d'activité en moyenne de 12,3 % par rapport à 2021,
- restriction d'accès aux urgences = mise en place dans 26 % des SU évalués,
- 42 établissements ont été contraints de réaliser une **fermeture TOTALE NOCTURNE** de leur SU, pour un nombre cumulé de 546 nuits en juillet,
- 23 établissements ont même dû réaliser une **fermeture TOTALE DIURNE** de leur SU,
- 20 % des établissements ont déclenché leur plan blanc.

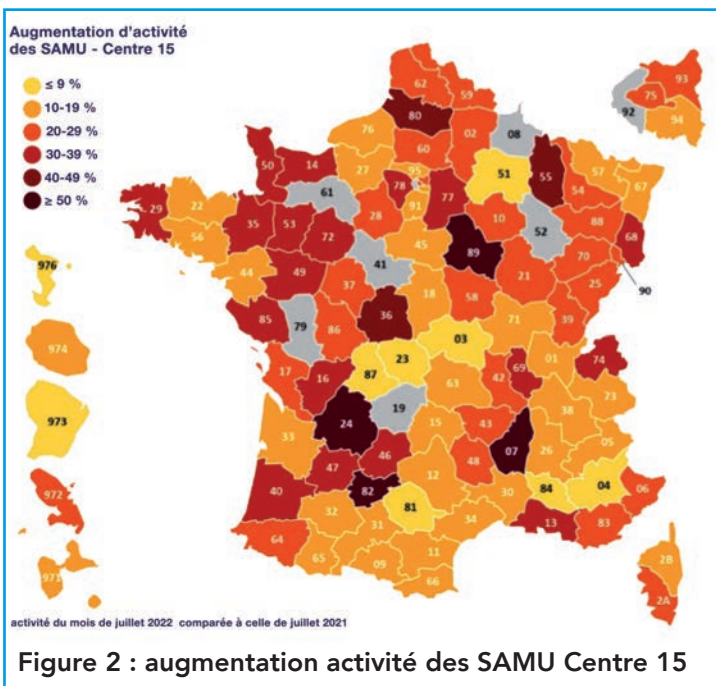


Une grande fragilité des SU est mise en évidence. La mise en œuvre des recommandations de la mis-

sion flash s'avère alors insuffisante. Le pire était alors à craindre pour le mois d'août.

## Chiffres clefs pour les SAMU-Centres 15

- 97 SAMU sur 102 ont répondu,
- difficultés RH médicales = 98 %,
- difficultés RH non médicales = 95 %,
- recours intérim = 68 %,
- augmentation d'activité par rapport à 2021 = 21,5 %,
- 43 % ont mis en place une régulation médicale systématique avant accès aux SU,
- 86 % des SAMU ont estimé que l'inadéquation entre le manque de RH et l'augmentation d'activité occasionnait des difficultés de fonctionnement et de sécurité de leur exercice.



SMUR ont été utilisés comme variable d'ajustement aux problèmes des SU. Cela a impacté nettement la prise en charge des urgences vitales dans plusieurs territoires. Par ailleurs, le travail sur le dimensionnement et le positionnement des EPMU est encore en cours. Il a pu faire l'objet de dérogations durant l'été, mais il doit faire l'objet d'un cahier des charges clair et précis.

## Synthèse

ÉTABLISSEMENTS RÉPONDANTS			
<b>331 SAU</b> environ 50 % des SAU du territoire national	Restriction d'accès mise en place dans <b>88 SAU</b>	Fermeture totale de nuit recourue par <b>42 SAU</b>	AUGMENTATION D'ACTIVITÉ* <b>+ 12,3 %</b>
<b>97 SAMU - Centre 15</b> soit 95 % des SAMU - Centre 15 du territoire national	Situation Insécuritaire inadéquation des ressources humaines en regard de la suractivité <b>83 % des SAMU - Centre 15</b>		AUGMENTATION D'ACTIVITÉ* <b>+ 21 %</b>
<b>268 SMUR</b> soit 60 % des SMUR du territoire national	Fermetures des lignes dont fermetures totales <b>75 SMUR</b>	Fermetures totales (toutes les lignes) <b>18 SMUR</b>	*Moyenne en juillet 2022 par rapport à juillet 2021

À l'issue de cette première enquête, SUDF a rédigé un communiqué de presse le 3 août 2022 proposant une conduite à tenir pour le mois d'août :

- mettre en œuvre le besoin journalier minimal en lits (BJML) dans tous les établissements,
- renforcer la participation du secteur privé : urgences, aval des urgences, permanence de soins en établissement de santé (PDSES),
- augmenter les possibilités d'accueil des soins non programmés mis à disposition des centres 15,
- donner moyens aux centres 15 de renforcer rapidement et efficacement leurs propres ressources humaines,
- sanctuariser le maillage territorial des SMUR et leur médicalisation,
- reconnaître la pénibilité du travail augmentée pour l'ensemble des personnels des urgences, reprendre l'ancienneté des PH, doubler les indemnités de garde, augmenter la rémunération du TTA (temps de travail additionnel).

## 2<sup>de</sup> enquête, août 2022

Fin août, SUDF réalise une nouvelle enquête auprès des professionnels. Celle-ci mesure la mise en œuvre et l'intérêt des différentes mesures de la mission, évalue les difficultés rencontrées, et a pour ambition

## Actu'APH n°13- octobre 2022 Chiffres clefs pour les SMUR

- 81% des SMUR ont répondu,
  - 75 SMUR ont été dans l'obligation de fermer une ligne de SMUR faute de personnel,
  - 18 SMUR ont effectué une fermeture totale de leur activité SMUR,
  - 30 SMUR ont mis en œuvre une équipe paramédicale mobile d'urgences (EPMU), dont 5 pour remplacer la fermeture d'un SMUR médicalisé.
- Contrairement aux consignes nationales, certains

d'alimenter la réflexion sur les modalités de gestion de la crise sanitaire que nos structures traversent.

## ÉTABLISSEMENTS RÉPONDANTS



171 SAU



73 SAMU CENTRE 15



146 SMUR

Répartis dans 84 départements et dans 11 régions

73 SAMU, 171 structures d'accueil des urgences (SU) et 146 SMUR dans 84 départements et 11 régions participent à cette enquête.

## Situation dans les SU

### ■ Restriction d'accès

Recommandation n°23	Mise en place d'une solution de restriction ou fermeture de l'accès au Service des Urgences ?	25 % Opérationnel	5 % en projet	70 % non retenu
---------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------	------------------	--------------------

Tous les établissements ayant mis en place une solution de restriction d'accès au SU l'ont accompagnée par la mise en place d'une solution de régulation médicale.

70 % ont également mis en œuvre un accueil physique par un personnel aidant à la réorientation à l'entrée du SU.

Fermeture totale de l'accès de leur structure au moins sur une nuit : 51 services ont été recensés par les répondants à l'enquête, parmi ceux-ci 41 % sont des établissements privés.

Les restrictions d'accès ont touché environ 12 % des SU du territoire et ont fait l'objet d'une mise en place d'une régulation médicale d'accès souvent couplée à un accueil physique participant à la réorientation des patients.

### ■ Les besoins en lits d'aval

Recommandation n°37 Recommandation n°38	Le BJML (besoin journalier minimal en lit) est-il diffusé dans votre établissement ?	25 % Opérationnel	10 % en projet	59 % non retenu
--------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	----------------------	-------------------	--------------------

### RESTRICTIONS D'ACCÈS AUX SAU



Seul un quart des établissements répondant a connaissance du BJML, malgré son obligation de diffusion et sa mise en production depuis décembre 2019. Parmi ceux-ci seulement 40 % disposent d'une gestion des lits prenant en compte le BJML dans l'évaluation de l'aval des urgences.

### ■ Renfort médical des SU

29 % des SU ont pu mobiliser une solution de renfort médical durant le mois d'août.

Recommandation n°37	Votre service d'urgence a-t-il été renforcé ce mois d'août par des médecins du SSSM ?	4 (2 %)
Recommandation n°38	Votre service d'urgence a-t-il été renforcé ce mois d'août par des médecins généralistes ?	25 (15 %)
	Votre service d'urgence a-t-il été renforcé ce mois d'août par des médecins retraités ?	6 (3,5 %)
	Votre service d'urgence a-t-il été renforcé ce mois d'août par des médecins d'autres spécialités de votre établissement ?	30 (18 %)

### ■ Bilan SU

Les SU payent un très lourd tribut face aux difficultés démographiques des professionnels de santé, engendrant notamment de nombreuses restrictions et fermetures d'accès.

Au total, c'est environ 1 SU sur 5 qui doit modifier ses conditions d'accueil. Dans chaque situation des dispositifs sont mis en place pour répondre à la demande de soins de la manière la plus adaptée possible. La régulation médicale des SAMU Centres 15 joue un rôle central dans ces réorganisations.

Ces dispositifs de régulation médicale d'accès sont à maintenir partout où une organisation normale ne peut pas être proposée. Une généralisation du dispositif doit être envisagée afin de réserver l'accès des SU aux patients relevant de ce niveau

de soins. Il s'agit aussi de filiariser les patients vers une réponse structurée de soins non programmés, à chaque fois que c'est possible.

**La disponibilité de lits d'aval des SU reste le problème crucial de dysfonctionnement des SU. Elle est dénoncée depuis 2013 !** Malgré plusieurs rapports, plans et enveloppes de financement, les établissements ne sont toujours pas organisés pour y faire face. Le BJML, indicateur clef, reste très insuffisamment diffusé, et lorsqu'il est produit, il n'est pas utilisé pour définir un aval suffisant. Il faut immédiatement mettre en place une contrainte réglementaire pour solutionner ce fléau. Il gangrène les conditions d'accueil et d'exercice des SU et augmente surtout la morbi-mortalité des patients.

**Les renforts en ressources médicales** restent évidemment compliqués à mettre en œuvre. Toutes les pistes doivent être facilitées, et notamment l'accueil de PADHUE (Praticien à diplôme hors Union européenne en France), dont les modalités de nomination doivent impérativement être revues suite aux difficultés rencontrées lors de l'application de la procédure publiée en 2021.

## Situation dans les SAMU-Centres 15

### ■ Activité

Elle est restée stable dans seulement trois SAMU. Tous les autres estiment cette **augmentation à 20 %** en moyenne par rapport à l'an passé.

### ■ Renforts ressources humaines (non médicales) :

Recommandation n°2	Avez-vous réussi à avoir des renforts en RH en juillet-août (ARM, AMA, étudiants) pour gérer le décroché ?	36 % Opérationnel	8 % en projet	22 % non retenu	25 % pas de solution identifiée
Recommandation n°3					

Lorsqu'une solution de renfort RH pour assurer le décroché des appels a été trouvée, il s'agit de :

- 64 % des ARM (assistant de régulation médicale),
- 24 % des AMA (assistant médico-administratif),
- 8 % des élèves IDE (infirmier diplômé d'État),
- 4 % des étudiants en médecine.

À la question de justification des difficultés de renforts en ARM, les répondants avancent la notion de budgets non débloqués pour les SAMU non encore en mode SAS juridiquement constitué, le faible nombre d'ARM formés par les CFARM (centre de formation des ARM), l'absence de candidats au

recrutement du fait de la méconnaissance du métier, ce qui mériterait une campagne nationale d'information sur le métier d'ARM, et l'absentéisme des ARM en poste lié à des arrêts maladie ou départs, non ou mal remplacés par les nouveaux arrivants.

### ■ Renforts ressources humaines (médicales) :

Recommandation n°4	Avez-vous réussi à avoir des renforts en médecins généralistes pour gérer la régulation libérale hors PDSA ?	12 % Opérationnel et suffisant	40 % Opérationnel et insuffisant	10 % effectifs en place suffisants	28 % non retenu
Recommandation n°5					
Recommandation n°6					

À la question de justification des difficultés de renforts en régulation libérale, les répondants avancent la démographie de médecins insuffisante dans leur département, des difficultés déjà identifiées pour assurer leurs missions de PDSA (permanence des soins ambulatoires), l'attractivité insuffisante de la fonction de médecin régulateur libéral.

### ■ Outils mis en œuvre pour améliorer la réponse aux Soins Non Programmés (SNP) :

Recommandation n°11 Recommandation n°12 Recommandation n°16	Avez-vous mis en œuvre une unité mobile de télé-médecine intervenant à la demande du SAMU durant l'été ?	13 % Opérationnel	7 % en projet	80 % non retenu
	Avez-vous mis en œuvre des transports sanitaires vers des points de consultations non programmés (cabinet MG, CSNP, MMG) ?	40 % Opérationnel	25 % en projet	35 % non retenu
	Avez-vous mobilisé des IDE libéraux pour assurer une demande de SNP dans votre département ?	7 % Opérationnel	38 % en projet	55 % non retenu
	Avez-vous obtenu l'ouverture le samedi matin de MMG ou de CSNP durant l'été pour mieux répondre du SNP ?	16 % Opérationnel	16 % en projet	68 % non retenu
	Avez-vous obtenu durant l'été un élargissement de l'offre de SNP mis à la disposition du SAMU-SAS (ouverture de consultations non programmées, créneaux SNP, via outil numérique type Entr'acte...)	16 % Opérationnel	16 % en projet	68 % non retenu

## ■ Bilan SAMU

La pression sur les SAMU-Centres 15 a été majeure cet été, avec **une augmentation moyenne d'activité évaluée à 20 %**. La régulation médicale a été une nouvelle fois le dispositif central de l'adaptation du système. Partout où le Service d'Accès aux Soins (SAS) existait, la réorganisation a été facilitée, car proposant déjà une coexistence de gestion des flux de SNP (soins non programmés) et d'AMU. L'adaptation des ressources humaines (en ARM, en régulateurs...) a évidemment été compliquée durant l'été, notamment pour des raisons budgétaires.

**Certains chantiers sont prioritaires afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des SAMU face aux défis de demain** : déploiement du SAS, évolution du métier d'ARM, application de la réforme des transports sanitaires urgents, organisation des effecteurs de soins non programmés, amélioration des systèmes d'information des SAMU-Centres 15...

## Situation dans les SMUR

**34 SMUR ont été dans l'obligation de fermer une ligne de SMUR faute de personnels.** L'un d'entre eux a fermé deux lignes simultanément sur trois normalement ouvertes.

## ■ Focus sur les EPMU (équipe paramédicale de médecine d'urgence)

Recommandation n°21 Recommandation n°22	Une solution de fermeture de ligne SMUR a-t-elle été mise en œuvre ?	<b>24 %</b> Opérationnel	<b>5 %</b> en projet	<b>71 %</b> non retenu
	Une solution EPMU ou SMUR avec IDE seul a-t-elle été mise en œuvre ?	<b>15 %</b> Opérationnel	<b>11 %</b> en projet	<b>74 %</b> non retenu
	Avez-vous mis en œuvre un re-déploiement des VLI SP pour couvrir les zones blanches ?	<b>10 %</b> Opérationnel	<b>6 %</b> en projet	<b>84 %</b> non retenu

**22 SMUR déclarent avoir mis en œuvre une EPMU opérationnelle** et 16 sont en projet.

Elles sont situées à une distance comprise entre 30 et 60 km (43 km en moyenne) du SMUR de renfort. Les modalités d'engagement des EPMU ont été :

Mise en place d'un PISU en attente de l'arrivée d'un SMUR	<b>69 %</b>
Mise en place d'un PISU sans envoi concomitant systématique d'un SMUR. L'envoi complémentaire d'un SMUR est à l'appréciation du médecin régulateur urgentiste	<b>88 %</b>
Renfort d'un SMUR sur une situation polyvictimes	<b>56 %</b>
Gestion d'une urgence interne intrahospitalière du CH d'appartenance	<b>12 %</b>

59 % des SAMU ont mis en œuvre une formation spécifique pour les personnels de ces EPMU.

## ■ Bilan SMUR

Le maillage territorial des SMUR a été fragilisé cet été, même si des solutions d'EPMU ont pu amortir l'impact de certaines fermetures de lignes SMUR.

**Le maintien d'un réseau opérationnel de SMUR doit être une priorité pour sécuriser la prise en charge des urgences vitales.**

L'expérimentation de l'EPMU doit être poursuivie et encadrée.

## Exercice professionnel

Malgré les arrêtés publiés début juillet, de nombreux professionnels nous rapportent qu'un nombre conséquent de directions indiquent qu'elles ne vont pas appliquer ces mesures, pour diverses raisons qui demeurent contradictoires avec l'arrêté, avec un effet évidemment contre-productif calamiteux.

**Les mesures de reconnaissance et de revalorisation de la pénibilité de la permanence des soins doivent être renforcées et pérennisées** tant cette dimension est pesante dans l'exercice de nos professions.

SUDF demande l'ouverture immédiate d'une mission sur la PDS (permanence des soins) comme **le gouvernement s'y était engagé pendant le Ségur**. La PDS est massivement assurée par les hospitaliers avec un impact majeur sur leur qualité de vie, leur santé physique et morale.

**Le partage de la PDESES (permanence des soins en établissement de santé) entre les secteurs public et privé doit nécessairement être réévalué** pour maintenir l'attractivité de nos carrières au sein de l'hôpital public.

SUDF continue par ailleurs de **demander pour tous les praticiens nommés avant octobre 2020 la reprise immédiate des 4 ans d'ancienneté volatilisés pendant le Ségur**. Cette reprise n'est pas un élément négociable mais simplement un dû. **La mensualisation du TTA** doit être mise en œuvre pour mettre fin à un décompte machiavélique directorial. **Sa défiscalisation** avec maintien des charges sociales, en particulier patronales, est également une mesure de justice sociale.

## Mesures de la mission à pérenniser selon les répondants de la seconde enquête

Mise en adéquation de l'aval des SU avec le BJML	90 %
Mise en place d'une gestion territoriale des lits	82 %
Régulation médicale de l'accès aux services des urgences	72 %
Mise en place d'EPMU	58 %
Redéploiement des VLI sur les zones blanches	86 %
Utilisation des unités mobiles de télémédecine	44 %

## Conclusion

L'été 2022 a été le pire connu par tous les professionnels de santé. Pour cela, c'est une « catastrophe ». Elle était attendue : elle est survenue. **C'est une nouvelle fois la résilience des professionnels et leur capacité d'adaptation qui ont permis de répondre aux difficultés et de maintenir un système de soins opérationnel.** Cette résilience a atteint ses limites. Tous les indicateurs montrent que la rupture est consommée. Fort de ce constat, SUDF formule **15 propositions qu'il est impératif de mettre en œuvre (voir ci-contre).**

*Edwin Rouff, SUDF*



## LES 15 PROPOSITIONS FORMULÉES PAR SUDF

1. La poursuite des dispositifs de régulation médicale en amont des SU en difficulté puis la généralisation progressive du dispositif sur tous les SU.
2. La diffusion d'une réglementation imposant aux établissements de santé la mise en place d'une gestion des lits en aval des urgences respectant le BJML.
4. La révision de la procédure de nomination des PADHUE.
5. L'évolution de l'exercice professionnel du métier d'ARM.
6. L'encadrement de l'application des réformes de transport sanitaire afin de respecter l'accès aux soins pour tous, le juste soin, la confidentialité et le secret médical.
7. La poursuite des expérimentations des nouveaux effecteurs de SNP.
8. L'utilisation sur tout le territoire du portail SI-SAMU.
9. La tenue d'une réunion du programme SI-SAMU avec les professionnels de l'aide médicale urgente et une évaluation continue (bimensuelle) de la volonté des éditeurs d'interfacer leur LRM avec le « bandeau de communication SI-SAMU » et le « hub santé ».
10. Le maintien d'un réseau opérationnel de SMUR comme priorité pour sécuriser la prise en charge de l'urgence vitale.
11. L'engagement d'une réflexion sur la place de l'infirmier SMUR en préhospitalier.
12. La pérennisation des mesures de reconnaissance et de revalorisation de la pénibilité de la permanence des soins.
13. La reprise d'ancienneté oubliée dans les mesures Ségur sans mesures transitoires pour les PH nommés avant octobre 2020, ainsi que la mensualisation et la défiscalisation du TTA avec maintien des charges sociales, en particulier patronales.
14. L'ouverture immédiate d'une mission sur la PDS.
15. Le partage de la PDSES entre les secteurs public et privé.