



Actu'APH

Journal d'Action Praticiens Hôpital

n°13

Les enquêtes de l'été



Octobre 2022

Réflexion : Défense et illustration de l'ère numérique

Interview : Marc Noizet, le nouveau président de Samu-Urgences de France

Après l'été de tous les dangers, voici possiblement venir le temps de la disette.

Au nom d'Action Praticiens Hôpital, je tiens à remercier toutes celles et tous ceux qui ont permis à l'hôpital et au système de santé de tenir cet été après plus de trente mois d'une crise sanitaire sans précédent.

Nous dénonçons depuis de très nombreuses années le manque de personnels soignants et de praticiens pour faire simplement notre métier de soins. *A fortiori* pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle qui perdure dans le temps. Notre résilience est à bout, nous sommes aujourd'hui éreintés et nous cherchons toutes et tous comment agir pour sauver notre système de santé à la française et garantir à nos concitoyens un juste accès à

des soins de qualité et en toute sécurité sur l'ensemble du territoire. Les conséquences de la loi HPST, avec le principe d'un seul maître à bord et de cette course effrénée à l'activité coûte que coûte, ont montré leurs limites. La politique de santé menée par la France depuis plusieurs décennies est un échec sans précédent. Le pouvoir vivre en bonne santé dans notre pays n'est plus garanti.

Les déserts médicaux se répandent et la qualité de soins s'effondre. L'espoir généré par une gouvernance nouvelle lors de la première vague COVID s'est envolé avec les promesses du Ségur...

Au début de l'été, la mission Braun a formulé des mesures estivales pour que l'accueil en urgence de nos concitoyens soit le plus « sûr » possible. APH a indiqué que ces mesures oubliant d'intégrer le reste du fonctionnement de l'hôpital au-delà des urgences. Cet été, les fermetures de lits dans un hôpital déjà exsangue se sont poursuivies par manque de personnels. Nous observons une augmentation de la mortalité sur l'été que les professionnels de la statistique imputent à la canicule. Considérant le nombre de patients qui ont passé des jours entiers sur des brancards aux urgences cet été, nous savons que ces situations intolérables ont eu un effet très négatif sur la morbi-mortalité des patients que nous avons pris en charge sur cette période. Les mesures flash ont eu un impact sur l'amont des urgences, mais l'aval et le reste de l'hôpital en souffrance ont été occultés avec des conséquences mortifères. Au travers des enquêtes d'APH, de Samu-Urgences de France et du SPH vous pourrez vous faire votre propre opinion sur le ressenti des praticiens et l'im-

SOMMAIRE

ENQUÊTES

Les propositions d'APH	4
ENQUÊTE NUITS BLANCHES : LES RÉSULTATS PAR SPÉCIALITÉ...	
Biologistes médicaux	6
Gynéco-obstétriciens.....	7
Pharmaciens.....	8
Anesthésistes-réanimateurs	9
Pédiatres et chirurgies pédiatriques	10

ENQUÊTE SUDF

Répercussions des recommandations de la mission flash : les 2 enquêtes de l'été de SUDF.....	11
--	----

ENQUÊTES SPH

Fermeture des lits et mesures « flash »... la psychiatrie publique aussi.....	17
---	----

ENQUÊTE CNP BIOLOGIE

...sur l'accréditation des laboratoires	19
---	----

INTERVIEW

Marc Noizet, le nouveau président de Samu-Urgences de France.....	20
---	----

ACTUALITÉ

Le ministre de la Santé et de la Prévention à l'écoute d'APH..	23
--	----

RÉFLEXION

Défense et illustration de l'ère numérique	24
--	----

OSAT

Bilan 2021 de l'Observatoire de la Souffrance Au Travail d'APH (OSAT)	26
---	----

PETITES ANNONCES	28
------------------------	----

ISSN : 2678-3606

DIRECTEUR DE PUBLICATION : CHRISTIANE MURA

RÉDACTEUR EN CHEF : JEAN-FRANÇOIS CIBIEN

COORDONNATEUR DE LA RÉDACTION : RICHARD TORRIELLI

COMITÉ DE RÉDACTION : ÉRIC BRANGER, EMMANUEL CIXOUS, FLORENCE COMPAGNON, MARIE-JOSÉ CORTÈS, ANNE DAVID-BRÉARD, DELPHINE GLACHANT, ERIC GUIHENEUF, YVES HATCHUEL, MARC NOIZET, ÉRIC LE BIHAN, PASCALE LE PORS, JEAN-MARIE LELEU, SALEM OULD-ZEIN, XAVIER PALETTE, CAROLE POUPON, YVES RÉBUFAT, ANNE WERNET, JACQUES YGUEL

ÉDITEUR : EKTOPIC

EKTOPIC@EKTOPIC.COM

PETITES ANNONCES : K. TABTAB

K.TABTAB@RESEAUPROSANTE.FR

IMPRESSION : IMPRIMATUR



pact des mesures sur les fermetures de services d'urgences et de Smur cet été.

les services d'accueil des urgences sont à la fois une vitrine et un prisme révélateur de l'état du système de santé, mais il faut savoir aussi que de grandes difficultés ont surgi en pédiatrie, en néonatalogie, en obstétrique, en gériatrie, en chirurgie... avec de nombreux services fermés et un accès aux soins de qualité qui n'était plus garanti sur le territoire.

APH a été reçu par notre nouveau ministre de la Santé et de la Prévention cet été, lors d'un entretien qui nous a permis de lister nos attentes et nos revendications non négociables.

Le ministre avait indiqué que le coût de l'intérim pouvait atteindre 5 000 € pour une garde. La lutte contre l'intérim deviendrait une priorité nationale quand les problèmes sont ailleurs. APH continuera à se battre pour l'attractivité de l'hôpital et pour les carrières hospitalières, que ce soit pour nos collègues soignants non médecins et pour vous, praticiens hospitaliers. À ce titre, nous exigeons sans relâche la reprise immédiate des quatre années d'ancienneté perdues par les praticiens nommés avant octobre 2020 et qui n'ont bénéficié que partiellement des mesures Ségur. L'attractivité, c'est aussi une gouvernance réfléchie, bienveillante qui se doit d'être en rupture avec les

injonctions paradoxales incessantes, les petits arrangements politiques.

La santé a un coût, mais elle n'a pas de prix. Votre bien-être à vous toutes et tous, praticiens hospitaliers titulaires ou contractuels comme hospitalo-universitaires, est notre priorité pour que votre qualité de vie et celle de vos familles ne se résument pas à des indicateurs abscons tels la QVT ou le taux d'absentéisme. Vous aurez bien compris que nous prônons un syndicalisme actif au plus près de vos besoins. APH est et sera force de proposition pour une juste reconnaissance des praticiens, et un financement de l'hôpital public à l'euro près pour l'ensemble de ses missions.

Dans les derniers numéros de votre revue APH, vous avez pu suivre les travaux sur l'entretien professionnel annuel que certains ont cherché à galvauder pour en faire un entretien d'évaluation. Il semblerait que nous ayons pu réunir une unanimité des praticiens autour d'une proposition collégiale dans l'intérêt de tous.

Le droit syndical ne s'use que si l'on s'en sert. Qui défend les praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires et l'hôpital public ? Action Praticiens Hôpital, avec vous dans votre exercice quotidien et l'engagement que vous nous témoignez en adhérant à nos différents syndicats qui composent APH !

Prenez soin de vous et des vôtres.

Jean-François Cibien, Président d'APH

**APH remercie GPM et APPA
de leur soutien**



Permanence des soins : oubli volontaire de l'État ou mépris d'une pénibilité quasi exclusive des hospitaliers ?

La Permanence Des Soins (PDS) est un sujet porté historiquement par les différentes composantes d'Action Praticiens Hôpital et d'Avenir Hospitalier pour la reconnaissance de la pénibilité et la juste valorisation des indemnités de sujétion pour les gardes, et de la Conférence des Praticiens des Hôpitaux pour la prise en compte des astreintes.

Cet élément essentiel de la reconnaissance de la pénibilité de notre exercice a été exclu du champ des négociations du Ségur malgré l'insistance d'APH sur la nécessité urgente de régler ce dossier. C'est aussi une des raisons pour lesquelles APH n'a pas signé le protocole d'accord du Ségur.

APH a alerté les pouvoirs publics

Dès le 13 juillet 2020, date à laquelle l'INPH, le SNAM-HP et la CMH ont signé le Ségur avec la FHF et le gouvernement, APH a alerté, dans un communiqué de presse [1], les pouvoirs publics sur le fait que l'absence de valorisation conséquente de la PDS pour les gardes comme pour les astreintes des praticiens allait rapidement poser de grandes difficultés organisationnelles. Conjugué au non respect de l'injonction européenne sur le décompte du temps de travail des praticiens, cet élément vient renforcer l'impression de déconsidération des PH dans leur travail. En effet, la pénibilité du travail de nuit et de week-end comme au-delà des 48 heures hebdomadaires maximales réglementaires n'est pas prise en compte à sa juste valeur du temps de travail des praticiens conformément à l'arrêt de la Cour de Justice européenne de mai 2019 vient renforcer l'impression de déconsidération des praticiens hospitaliers dans leur travail, sans que la pénibilité de ce travail de nuit, de week-end ou au-delà des 48 heures réglementaires ne soit prise en compte à sa juste valeur.

APH a établi des propositions claires

APH a établi des propositions claires sur ces sujets en janvier 2021 [2] et a de nouveau abordé le sujet lors de notre entrevue avec le ministre Olivier Véran du 27

mai 2021 : nous avons essuyé une fin de non-recevoir. APH, Avenir Hospitalier, la Confédération des Praticiens des Hôpitaux comme le SNPHARE et Samu-Urgences de France n'ont eu de cesse de demander l'ouverture d'une réelle concertation sur ce dossier brûlant tant en termes d'injustice sociale pour le corps des praticiens hospitaliers que d'absence de réel choc d'attractivité.

APH a sollicité le gouvernement, la FHF, les conférences des PCME

APH a sollicité sans relâche le gouvernement, la FHF, les conférences des PCME pour que ce dossier soit enfin ouvert. APH note que pour la première fois, suite à une mission menée par des experts métiers autour de la mission flash estivale, Madame la Première ministre, en décidant d'ouvrir la possibilité d'une majoration estivale, a enfin pris en compte cette pénibilité. APH regrette cependant que les astreintes aient été exclues de ces mesures, alors que c'est bien le travail de l'ensemble des praticiens hospitaliers qui nous a permis de tenir depuis le début de la crise sanitaire contre les vagues Covid. APH déplore également que ces mesures, attendues depuis des années, ne soient pas pérennisées à l'heure où nous rédigeons cet article.

Les modalités de paiement différentes entre les universitaires et les hospitaliers sont un non-sens

APH rappelle que pour les gardes, les modalités de paiement différentes entre les universitaires et les hospitaliers sont un non-sens qui frise l'hérésie. Un praticien perçoit sans majoration

277,19 € brut, soit sur la période estivale 415,79 € brut, quand un universitaire pour le même travail touche 496,43 € brut, soit sur la période estivale 744,65 € brut.

Les mesures flash

Les mesures estivales qui ont valorisé les gardes sont un premier pas...

...mais il est urgent d'analyser la PDS dans sa globalité en acceptant :

- de valoriser à sa juste valeur soit 745 € brut, c'est-à-dire sur la base estivale perçue par les hospitalo-universitaires ;
- de prendre en considération les astreintes dans leur totalité avec obligation aux directions de déclarer ces heures en temps de travail, en intégrant les temps de trajet ;
- d'intégrer les conséquences de cette pénibilité dans la réflexion sur les conséquences sur la santé des praticiens avec un système de bonification retraite.

Pour APH, ces mesures flash présentées comme du « *damage control* » ont eu un effet positif. Elles ont permis de limiter les conséquences d'une situation hospitalière préexistante de rationnement de l'offre de soins qui ne tenait compte ni des besoins de soins de la population ni des forces en présence, mais seulement d'injonctions parfois paradoxales entre course à l'activité, équilibre financier et prétendue qualité de vie au travail.

Une fois de plus, APH alerte...

APH sonne encore une fois l'alerte devant des services hospitaliers dans l'obligation de suspendre une par une des lignes de garde, faute de professionnels de santé paramédicaux et médicaux, alors qu'ils doivent assurer la permanence des soins. Le paroxysme est atteint par certains services qui ferment non plus des lits mais leurs portes. APH rappelle régulièrement aux tutelles les conséquences néfastes de l'exercice de la PDS quand elle est couplée à l'absence de récupération : épuisement professionnel des praticiens avec majoration des risques psychosociaux, facteurs de risque de surmortalité chez ces praticiens, d'erreurs

médicales dans leur pratique quotidienne et, au final en partie responsables d'une désaffectation de l'Hôpital Public.

Pour terminer, APH exige la prise en compte globale du temps de travail sous forme d'un décompte horaire.

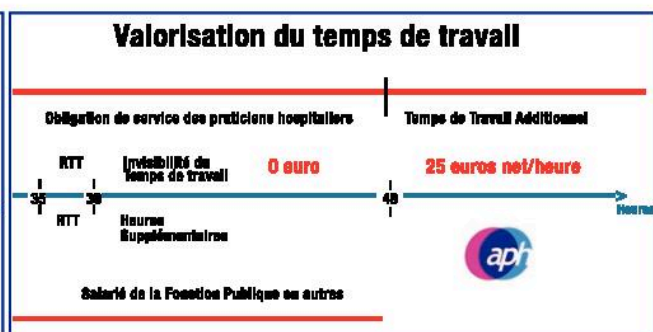
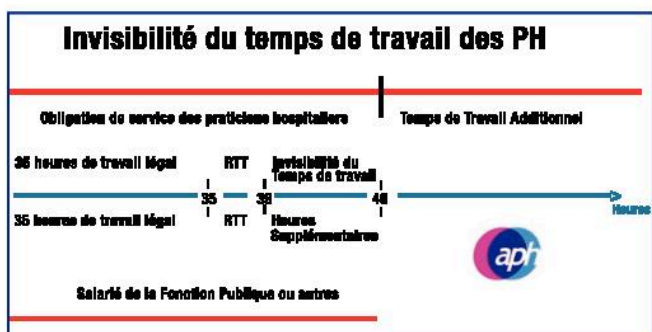
Il n'existe aucune valorisation du temps de travail des praticiens entre la 39^{ème} heure de travail et la 48^{ème} heure comme pour les autres personnels de la Fonction Publique Hospitalière. Dans le système actuel, le TTA est payé sous une forme de forfait qui ne tient pas compte de la grille de salaire du praticien ni d'aucune majoration comme c'est le cas pour les autres salariés de la FPH. Avec environ 25 € net de l'heure, ces périodes sont payées en dessous du salaire de base du praticien. Les mesures estivales corrigent très partiellement cette anomalie en portant ces montants horaires à 50 € net ce qui reste en dessous du tarif horaire d'une majorité de praticiens. APH précise que les enseignants et les universitaires comme les internes sont exclus des mesures TTA, ce qui est encore une aberration : des mesures immédiates pour la reconnaissance de leur implication dans notre système de soin doivent être formalisées.

Il est évident que les mesures estivales sur le principe du « *damage control* » se doivent d'être pérennisées. Dans l'attente des résultats de la mission IGAS, diligente sur le sujet par le ministre, APH demande la prorogation de ces mesures indispensables. APH insiste pour que la PDS soit reconnue et rétribuée pour l'ensemble des praticiens sur un principe plus juste, certes encore palliatif, en attendant le traitement réellement curatif et définitif que le ministre de la Santé et de la Prévention doit initier.

Jean-François Cibien, Président d'APH

RÉFÉRENCES

- [1] <https://aph-france.fr/Segur-bade-APH-JM-demandent-des-prolongations.html>
 [2] <https://aph-france.fr/Du-Segur-de-la-cesure-a-la-rupture.html>



Enquête Nuits blanches : les résultats par spécialité...

Dans le dernier numéro d'Actu'APH, nous vous avons présenté les résultats globaux de l'enquête Nuits blanches initiée par Action Praticiens Hôpital et dans l'article précédent, les propositions d'APH. Voici les résultats spécifiques à certaines spécialités.

Biologistes médicaux

Sur les 7 500 réponses des praticiens à l'enquête « Nuits blanches », nous avons recueilli **335 réponses de biologistes médicaux**. La répartition démographique (âge, sexe, statut) est sensiblement la même que pour l'ensemble des praticiens. Plus de **80 %** des biologistes ont une quotité de temps de plus de **80 %**. **Un seul praticien a répondu avoir une activité libérale ce qui fait l'originalité de cette spécialité.**

Parmi les 94 % des biologistes déclarant faire des gardes et/ou astreintes, seulement 6 % font des gardes sur place. Il aurait été intéressant de faire une différenciation selon le statut et selon l'origine (CHU ou non-CHU).

Le nombre médian d'astreintes par mois est de 7, mais **73 % déclarent faire plus de 3 astreintes par semaine**. Les astreintes se font aussi bien de nuit que de jour (samedi après-midi, dimanche et jours fériés). Pour plus de la moitié (**52 %**), le temps de travail n'est pas décompté et le temps de trajet n'est pas intégré dans le temps de déplacement pour **47 %**. L'activité en nuit profonde est toutefois exceptionnelle (**61 %**) mais systématique pour **16 %** d'entre eux. Les déplacements en astreinte sont exceptionnels pour **70 %** des répondants mais **17 % déclarent se déplacer entre 1 et 2 fois par astreinte**. La durée du déplacement est de 1 à 2 heures pour **44 %**, inférieure à 1 h ou de 2 à 3 h pour les autres, les déplacements de plus de 5 h sont exceptionnels. Il est à préciser que le nombre et la durée des appels téléphoniques pendant les astreintes n'ont pas été évalués.

45 % des biologistes ne connaissent pas la réglementation par rapport **au repos de sécurité**, pour **52 %** ce repos n'est pas possible pour raison de contraintes de service et **97 % n'en bénéficient pas**.

Après une astreinte déplacée, **78 % déclarent un état de fatigue important ou moyen, 53 %** rapportent des troubles du sommeil et certains prennent des médicaments pour « mieux dormir » (**10 %**).

Seulement **25 %** des biologistes médicaux supervisent des docteurs juniors de garde la nuit, et uniquement **10 %** reçoivent une prime d'exercice territorial.

Pour **86 %** d'entre eux, le samedi matin est une activité programmée ou non programmée, et pour **70 %** cette activité déborde sur le samedi après-midi, et ce, le plus souvent de façon bénévole et invisible (**30 %**). **90 % estiment que le samedi matin doit être intégré à la Permanence Des Soins.**

28 % des biologistes médicaux ne font pas de Temps de Travail Additionnel, mais **72 %** ne savent pas quand il est déclenché et seulement **16 %** ont un contrat signé.

Le travail en PDS est jugé intéressant pour **36 %**, mais est une corvée pour **39 %** et **48 %** estiment être mal payés. Leur rémunération se situe entre 30 et 100 €. Ce montant devrait être au moins de 100 €, les gardes entre 400 et 500 €.

Bien qu'inférieure à la réponse globale des praticiens toutes spécialités confondues, **55 %** des biologistes médicaux pensent ne pas rester à l'hôpital.

Le manque d'attractivité de notre profession se situe sans doute ailleurs que sur la problématique de la PDS. Le choix des internes en médecine suite aux résultats aux ECN est édifiant.

Carole Poupon, Présidente du SNBH et Vice-Présidente d'APH

Gynéco-obstétriciens

Le SYNGOF a extrait les données de **269** gynéco-obstétriciens (GO) : un ratio femme/homme de **69 %**, une répartition équilibrée de tous âges entre 30 et 64 ans, **81 %** de praticiens hospitaliers (PH) titulaires à temps plein.

Les astreintes

57 % en font plus de 5 par mois, temps non décompté dans **67 %** des cas. Les appels téléphoniques sont de 2 à 5 dans **36 %** des cas. Il y a au moins un déplacement dans **31 %** des cas. Le temps de chaque déplacement, hors temps de trajet, est de 1 à 3 heures dans **78 %** des cas. Le temps de trajet n'est pas intégré au temps de déplacement, comme cela devrait l'être, dans **43 %** des cas, avec un décompte de temps de travail (TT) pour chaque plage de 5 heures. En cas de déplacement, le repos de sécurité de 11 heures n'est pas respecté dans **97 %** des cas, faute d'effectif (directive européenne 2003/88/CE relative à l'aménagement du TT).

Les gardes

67 % des GO prennent plus de deux gardes de 24 heures en 7 jours, **39 %** consécutifs sur 48 heures régulièrement. L'activité en nuit profonde, minuit - 5 h du matin, est quasi systématique dans **69 %** des cas.

Niveau de fatigue ressentie

Après une astreinte déplacée, il est au moins modéré dans **84 %** des cas, important dans **28 %** des cas. Après une garde, le niveau de fatigue est « important, avec retentissement majeur sur l'organisation de la journée » dans **73 %** des cas. Il y a des troubles du sommeil dans **66 %** des cas avec la nécessité de prendre des médicaments pour dormir ou rester éveillé pour **10 %** d'entre eux.

L'activité du samedi matin

Dans **30 à 50 %** des cas, une activité programmée le samedi matin se surajoute au travail de garde, à effectif identique au dimanche, et déborde sur l'après-midi dans **36 %** des cas, sans reconnaissance dans **31 %** des cas.

Temps de travail additionnel

70 % des GO en font, dont **35 %** sans contrat signé contrairement à la Circulaire DHOS/M 2 n° 2003-219 du 6 mai 2003.

Méconnaissance des textes et réglementations

De **20 à 50 %** des GO ignorent leurs droits dans la PDS*.

Vécu de la PDS*

souhaite_arreter_gardes
mal_payé
travail_intéressant
très_mal_payés
souhaite_en_faire_moins
corvée bien_payé stress_intense

Rémunération de la PDS*

Pour les astreintes, la rémunération est inférieure à 70 € dans **55 %** des cas, alors qu'elle devrait se situer entre 100 et 300 € selon **69 %** GO. Pour les gardes, la rémunération devrait être de 500 € pour **78 %** des GO.

Ressenti des GO

Les problèmes relationnels avec les Directions, le mépris, le manque d'effectif, la pénibilité, le stress, l'atteinte à la vie de famille, la fuite des jeunes sont le ressenti des GO.

Salaires souhaités par rapport à la charge de travail

Lissé selon l'âge et l'ancienneté dans l'hôpital public, les GO estiment devoir être rémunérés au-delà de 8 000 € pour **58 %** d'entre eux.

Avenir de la PDS

45 % des GO qui pourraient arrêter les gardes dans les 5 ans et **30 %** hésitent.

Conclusion

La permanence des soins pour des GO entraîne un épuisement professionnel réel, physique et psychologique. Le recours au temps additionnel, le non-respect du repos de sécurité aggrave la situation, d'autant que la rémunération n'est pas à la hauteur de la charge de travail ni des responsabilités qui reposent sur les épaules des GO. La prise en compte de la santé des GO, de leur grossesse et de l'âge s'impose.

Le travail programmé et urgences du samedi matin, débordant sur l'après-midi de garde, devraient être intégré à la PDS. Une fuite de **45 %** des GO vers une activité sans garde, moins à risque, programmée, pourrait faire tache d'encre.

Pascal de Bièvre, Pascale Le Pors, SYNGOF

* PDS = permanence des soins

Pharmaciens

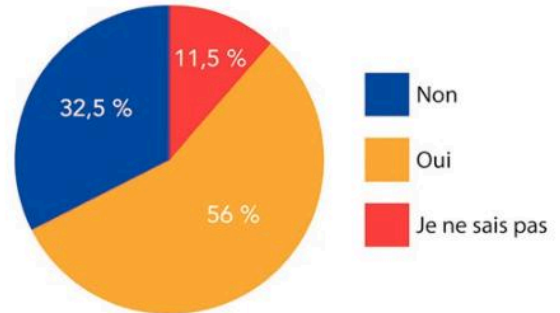
168 Praticiens Hospitaliers ont répondu à cette enquête Nuits blanches. **Plus de la moitié** ont au moins 45 ans et **89 %** sont des PH titulaires.

La pharmacie est habituellement une spécialité dont la permanence des soins est sous forme d'astreinte de sécurité ou opérationnelle. **148** praticiens font des astreintes avec en moyenne 5 astreintes mensuelles allant de une à quinze astreintes. Plus de **74 %** des pharmaciens ont une quotité de temps de travail de 100 %. Aucun praticien ne fait d'activité libérale.

La pharmacie est une profession à prédominance féminine (2/3). **43 %** resteraient à l'hôpital. Ce qui est frappant c'est le peu de connaissance de la réglementation. En effet, **42 %** ne savent pas si leur temps de travail en astreinte est compté et seulement **49 %** ont connaissance de l'intégration du temps de trajet dans le temps de déplacement.

42 % sont sujets à des troubles du sommeil. **78 %** pensent que le samedi matin doit être intégré à la permanence des soins et donc être l'objet d'une indemnité de sujétion.

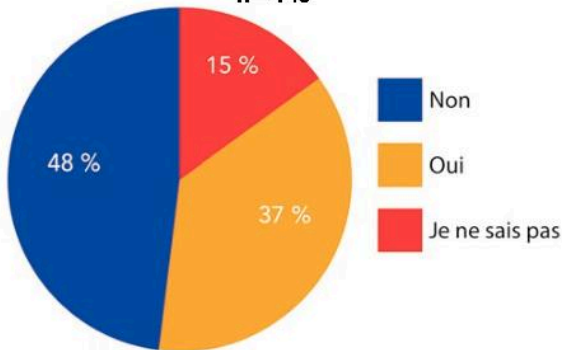
Le temps de trajet est-il intégré au temps de déplacement ?
n = 148



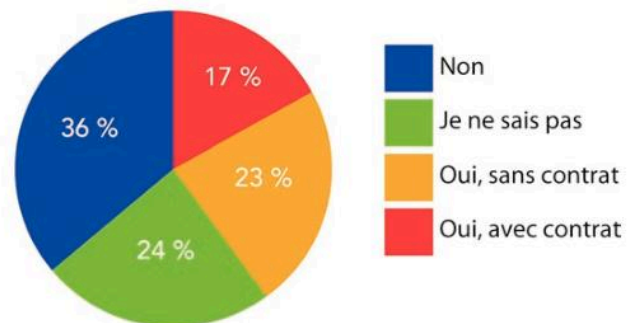
reçoivent au moins deux appels et jusqu'à plus de 5 par astreinte. La durée de chaque déplacement en astreinte est en moyenne (sans compter le temps de trajet) de moins de deux heures (125/168). Et ce sont principalement des astreintes de jour et de nuit (148/168).

À la question « du niveau de rémunération souhaitée d'un praticien de votre âge et avec votre ancienneté dans l'hôpital public (rémunération hors indemnités de sujétion, primes, etc.), en euros net, par mois », **la moitié** estime ce chiffre à 7 000 € et plus.

Votre temps de travail en astreinte est-il décompté ?
n = 148



Vous faites du temps de travail additionnel ?
n = 168



Pour **21 %**, les astreintes sont mal payées. La rémunération est très variable puisqu'elle s'échelonne de 30 à 190 € avec une moyenne de 61 €. Le montant de l'indemnité de sujétion d'une astreinte en euros net devrait être pour **67 %** au moins de 100 € et pour **28 %** au moins de 200 €.

À dominante féminine, avec seulement un peu moins de la moitié qui resteraient à l'hôpital, la spécialité pharmacie hospitalière souffre d'une valorisation des astreintes insuffisante et d'une pénibilité que ce soit en termes de dérangement ou de perturbation de la qualité de vie.

Seulement **10 %** ne prennent ni astreintes ni gardes. **Pour plus de la moitié**, les praticiens

Éric Branger, président du SPHP

Anesthésistes-réanimateurs

1 413 praticiens anesthésistes-réanimateurs ont répondu à l'enquête APH : de fait les résultats issus de l'anesthésie-réanimation pèsent beaucoup (près de 20 %) dans les résultats globaux.

98 % des AR participent à la permanence des soins. Outre leur spécialité, **5 %** d'entre eux font des gardes dans une autre spécialité (urgences, SAMU). **15 %** des praticiens font des gardes dans plusieurs sites ou établissements, sans dispositif particulier de rémunération supplémentaire dans la majorité des cas (**54 %**).

Pour les AR qui prennent des gardes (**96 %** des répondants), le nombre médian de gardes est de 4 par mois ; **74 %** d'entre eux font de manière habituelle des successions de gardes à 24 heures d'intervalle (le « vendredi – dimanche » par exemple). Le décompte du temps de travail nocturne est très hétérogène : **45 %** en temps réel (« temps continu »), **38 %** à 2 demi-journées, **6 %** seulement à 3 demi-journées (le fameux « 24 h = 5 DJ »)... sachant que **10 %** des répondants ignorent totalement comment ce temps est compté. L'activité en nuit profonde est systématique ou régulière pour **97 %** des praticiens... Le corollaire est naturellement le résultat sur la question de la fatigue, jugée moyenne (**26 %**) ou importante (**72 %**) dans la journée post-garde. Cela souligne – nous le savons, mais les tutelles ou la population l'ignorent sans doute – que le terme de « garde » n'est plus une activité de veille au cas où, mais d'activité intense, pénible et éprouvante physiquement. Ceci justifie également pleinement le repos de sécurité post-garde, victoire syndicale désormais ancienne du SNPHARE, qui ne souffrira jamais d'être remise en cause.

Concernant les astreintes (**46 %** des répondants), le nombre médian d'astreintes s'élève à 3 par mois : **7 %** d'entre eux font systématiquement des salves d'astreintes dépassant 3 astreintes par semaine (ce qu'on ne peut imposer à un PH), et ce régulièrement pour **19 %**. La durée de déplacement moyenne se situe entre 2 et 4 heures par déplacement (**56 %**), le nombre de déplacements moyen est de 1 à 2 par astreinte (**41 %**) ; **57 %** des répondants ne sont qu'exceptionnellement déplacés. **65 %** des répondants ne sont sollicités par téléphone que zéro à une fois (avec potentiellement un déplacement), **32 %** le sont 2 à 5 fois. **53 %** des praticiens indiquent que leur temps de travail n'est pas décompté, et **35 %** des praticiens ignorent si ce temps

est compté. Le temps de déplacement n'est pas décompté pour **34 %** des praticiens, tandis que **16 %** des praticiens ignorent également si ce temps est décompté. La fatigue après une astreinte non déplacée est jugée importante ou moyenne pour **18 %** des répondants, alors qu'elle s'élève à **78 %** après une astreinte déplacée. Pourtant, le repos post-astreinte (réglementairement : 11 heures après le dernier déplacement) n'est observé que chez **25 %** des répondants : lorsqu'il n'est pas observé, c'est soit parce que les praticiens ne connaissent pas cette réglementation (**12 %**), soit parce que l'organisation du service ne le permet pas (**62 %**).

Les résultats sur les troubles du sommeil et la consommation de psychotropes sont sensiblement identiques aux résultats globaux.

96 % des répondants souhaitent que le samedi matin soit intégré à la permanence des soins.

24 % des praticiens seulement pensent rester à l'hôpital pour les cinq années qui viennent malgré la contrainte de la permanence des soins, et **35 %** s'interrogent. Ces résultats sont identiques aux résultats globaux : la permanence des soins est une contrainte de toutes les spécialités hospitalières.

Concernant les rémunérations, les PH (tous échelons confondus) estiment la valeur de leur travail, hors garde, à 10 000 € net, et suggèrent un plancher de rémunération des astreintes (toutes confondues) à 200 € net, et des gardes à 500 € net.

Le SNPHARE a souvent été locomotive pour la défense de la permanence des soins, et se réjouit qu'APH partage ce juste combat pour toutes les spécialités à gardes et astreintes. L'attractivité hospitalière de l'anesthésie-réanimation passe par une amélioration notable des conditions de travail lors de la permanence des soins :

- **Juste décompte du temps de travail (5 DJ = 24 h), facilitation du passage au temps continu.**
- **Valorisation de la pénibilité liée à la permanence des soins :**
 - financière (cf. supra),
 - pour la retraite,
 - via la réduction de la durée maximale des obligations de service à 40 heures par semaine.

Anne Wernet, administratrice du SNPHARE et d'APH

Pédiatres et chirurgiens pédiatriques

Les pédiatres

Les « réponders » sont un peu moins de **20 %** de l'ensemble des pédiatres hospitaliers (949/5500) : c'est la plus grande « mobilisation » du monde pédiatrique depuis longtemps !

Cette « fraction » de réponders est-elle représentative ? L'enquête a été d'abord adressée à une centaine de pédiatres plus souvent « sensibilisés » qui ont ensuite relayé.

98 % des pédiatres qui ont répondu prennent des gardes. Ce sont majoritairement des titulaires temps plein.

10 % des répondants prennent des gardes dans une autre spécialité (réanimation néonatale, SAMU pédiatrique et néonatal, urgences traumatologiques/chirurgicales, urgences pédiatriques, neuro pédiatre...), ils exercent essentiellement en CHU ou en CH avec une néonatalogie de niveau 3.

Le nombre de gardes est le plus souvent considéré comme étant « moyen », mais les pédiatres de quelques services prennent un nombre important de gardes (très certainement lorsque l'effectif est réduit).

Les gardes épuisent les PH : ils passent beaucoup de temps éveillés en nuit profonde, plus que la moyenne des PH (**96 %** vs 90 %) ! Le niveau de fatigue est aussi plus important que la moyenne des PH (**80%** vs 73 % sont très fatigués après une garde). Le repos de sécurité ne semble pas suffisant : ils ne parviennent pas à faire grand-chose le lendemain d'une garde. Ils considèrent la garde comme une corvée (comme toutes spécialités confondues).

Seuls **19 %** des pédiatres pensent rester à l'hôpital dans les cinq années et **33 %** s'interrogent.

Ils estiment que les motifs d'exemptions de garde devraient être plus nombreux mais avec une certaine hétérogénéité : âge, maladie, allaitement, 1^{er} trimestre de grossesse, enfants en bas âge.

6 % bénéficient déjà de 3 demi-journées pour une garde de nuit et **11 %** d'un décompte horaire : **cela devrait pouvoir se faire partout ce qui permettrait certainement de diminuer l'effet nocif des gardes sur la pénibilité et l'attractivité.**

La majorité souhaite une augmentation importante des salaires, des indemnités de sujétion et une reconnaissance des échelons perdus . Cela pourrait atténuer l'hémorragie : **il y a extrême urgence à prendre des mesures efficaces au risque de laisser s'aggraver la catastrophe démographique.**

Les chirurgiens pédiatriques

C'est un petit effectif mais ils sont peu nombreux (362 tous exercices confondus en France a priori).

Par rapport aux pédiatres, c'est une population plus masculine, plus âgée (50-59 ans contre 30-39), et plus exigeante financièrement sur la revalorisation de la Permanence Des Soins (effet de la concurrence du privé plus net ?).

Ils font plus d'astreinte, moins de gardes que les pédiatres. Ils respectent encore moins le repos de sécurité après une astreinte.

Ils sont autant, voire plus fatigués par leurs astreintes. Elles sont lourdes, retentissent sur leur vie personnelle et celle du conjoint. Pour eux aussi, c'est majoritairement une corvée. **40 %** environ envisagent de faire autre chose, **20 %** se questionnent sur leur avenir. **Là aussi, il y a urgence si on veut garder ces professionnels peu nombreux et à la compétence spécifique.**

Emmanuel Cixous, président du Syndicat National des Pédiatres en Établissement Hospitalier

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.

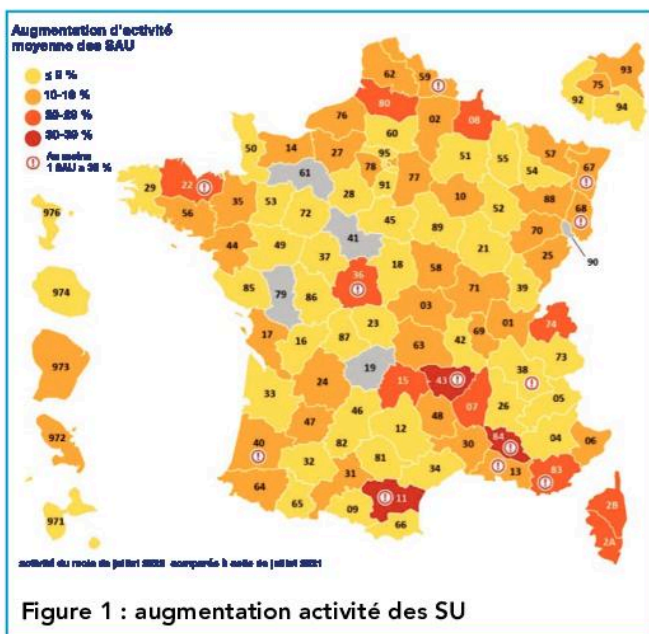
1^{ère} enquête, juillet 2022

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.

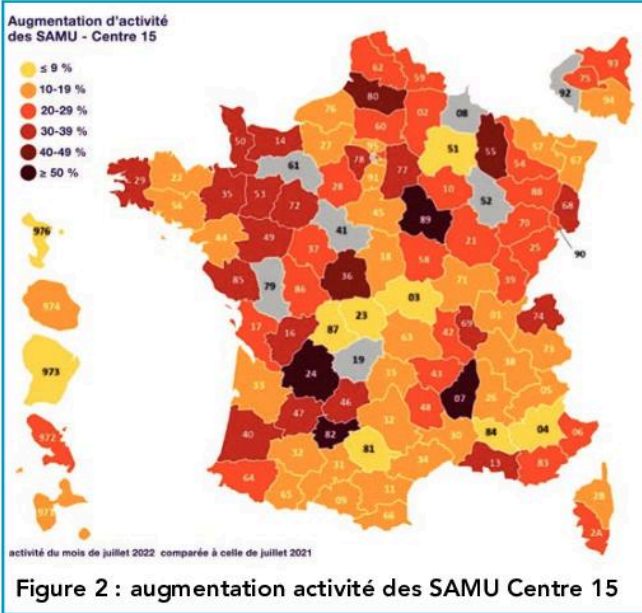


Une grande fragilité des SU est mise en évidence. La mise en œuvre des recommandations de la mis-

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



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 (PDSSES),
- 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^{de} 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

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 %)
	Votre service d'urgence a-t-il été renforcé ce mois d'août par des médecins généralistes ?	25 (15 %)
Recommandation n°38	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 programmées (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 ?	24 % Opérationnel	5 % en projet	71 % non retenu
	Une solution EPMU ou SMUR avec IDE seul a-t-elle été mise en œuvre ?	15 % Opérationnel	11 % en projet	74 % non retenu
	Avez-vous mis en œuvre un re-déploiement des VLI-SP pour couvrir les zones blanches ?	10 % Opérationnel	6 % en projet	84 % 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	69 %
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	88 %
Renfort d'un SMUR sur une situation polyvictimes	56 %
Gestion d'une urgence interne intrahospitalière du CH d'appartenance	12 %

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 PDSES (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 directeur. **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 PDSSES entre les secteurs public et privé.

Fermeture des lits et mesures « flash »... la psychiatrie publique aussi...

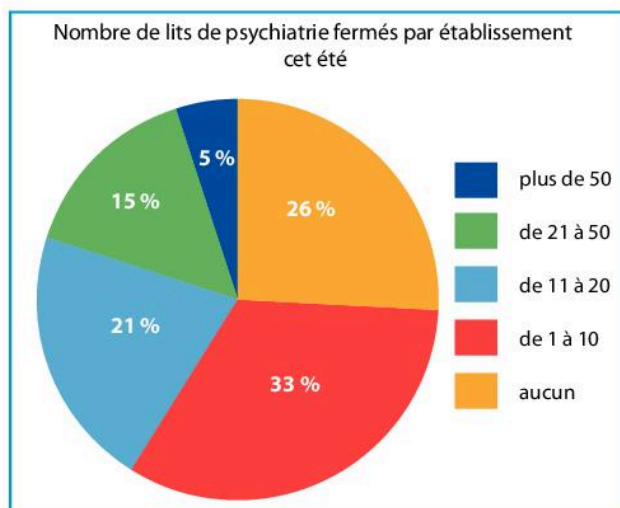
Dans les suites du mouvement de mobilisation nationale et de grève des psychiatres d'exercice public du 28 juin 2022, tandis que les conditions de travail et de soins paraissent se dégrader continuellement, le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH) a sollicité les psychiatres d'exercice public à deux reprises cet été à travers de courts questionnaires .

Un premier questionnaire début juillet a été envoyé aux psychiatres afin de connaître les situations locales et nationales en termes de continuité des soins et de fermetures de lits non souhaitées ainsi que de structures extrahospitalières.

Un second a été envoyé mi-septembre avec d'abord un « bilan après l'été » de ces fermetures de lits et de leurs impacts, mais aussi un premier constat quant à l'effectivité des mesures flash et leur éventuelle efficacité.

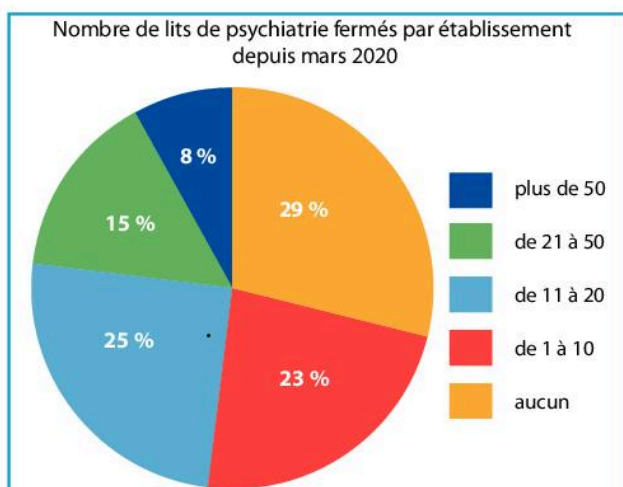
Les réponses ont été nombreuses et proviennent de l'ensemble des régions de France et d'un très grand nombre d'établissements accueillant des lits de psychiatrie publique.

Les résultats ont confirmé nos craintes et l'ampleur de la dégradation.



Fermeture de lits de psychiatrie

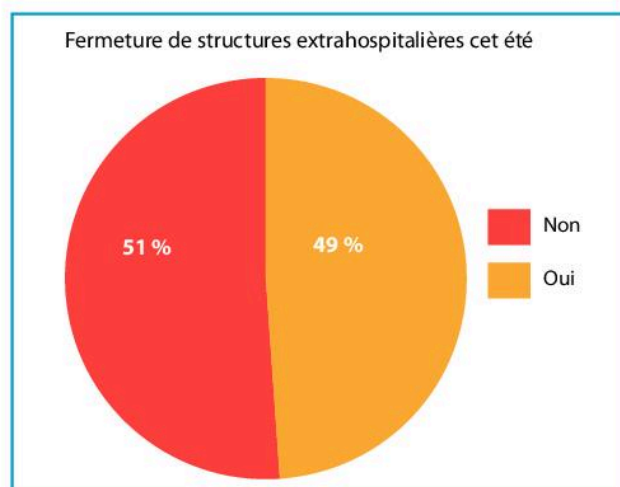
Depuis le début de la crise sanitaire (mars 2020), 70 % des établissements ont fermé des lits.



En France, cet été, plus de trois quarts des établissements ont été concernés par des fermetures de lits non souhaitées. Pour un certain nombre d'entre eux, c'est plus d'une cinquantaine de lits qui ont été fermés.

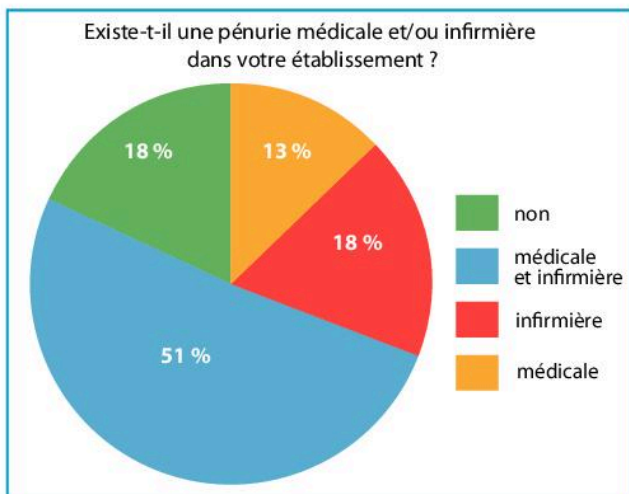
Fermeture de structures extra-hospitalières

Dans un établissement sur deux, des structures extra-hospitalières ont également dû fermer cet été pour permettre un redéploiement - souvent insuffisant - de ressources sur l'intrahospitalier, au détriment donc de la continuité de l'accueil ambulatoire de proximité.



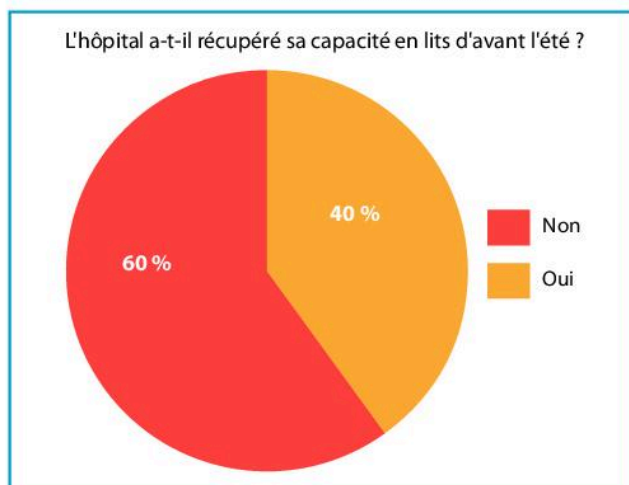
En cause, la pénurie en personnel soignant

Les causes en sont hélas assez simples : pénurie médicale et pénurie infirmière, conjuguées dans un établissement sur 2, médicale ou infirmière dans un établissement sur 3. Seul un établissement sur 6 semble ne pas être concerné par cette pénurie.



Des résultats confirmés à la rentrée

La deuxième phase de l'enquête, réalisée à la rentrée, montre que les réductions de lits ont été effectives dans un cas sur deux, n'ont pas eu lieu dans un cas sur trois, et ont été plus importantes que prévu dans un cas sur six. Dans plus d'un cas sur deux, l'hôpital n'a pas été en

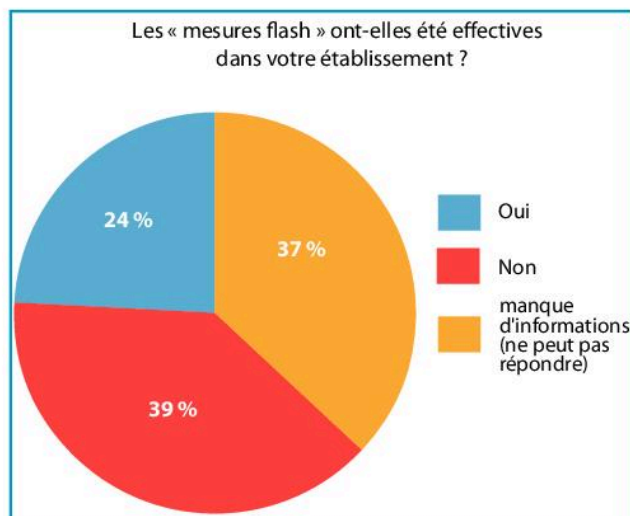


mesure de retrouver sa capacité d'accueil antérieure. Comme déjà retrouvé dans l'enquête de début d'été, dans près d'un établissement sur deux (48 %), du personnel de l'extrahospitalier a dû être affecté en intra-hospitalier, altérant le travail de secteur et la continuité des soins aux patients.

Les mesures « flash »

Concernant les mesures dites flash et leur lisibilité pour le personnel médical exerçant en psychiatrie publique :

- Plus d'un répondant sur trois (37 %) indique qu'il n'est pas en mesure de répondre aux questions concernant ces mesures par manque d'information sur son établissement.
- Parmi les personnels médicaux correctement informés, il semblerait que dans seulement 2 établissements sur 5, les mesures décidées soient effectives.



Quant à leur efficacité, elles sont apparues de façon majoritaire « partiellement efficaces » (pour 50 % des répondants), voire « inefficaces » (pour 45 % des répondants). Seuls 5 % des répondants les ayant trouvées « efficaces » pour répondre aux difficultés.

Dans ce contexte de difficulté extrême à assurer un parcours de soins sans délai et sans rupture à nos patients, les quatre syndicats représentatifs des psychiatres d'exercice public ont sollicité une rencontre auprès du ministre de la Santé et de la Prévention... aucune proposition de rendez-vous avec lui ne leur a été faite à ce jour...

Stéphane Henriette - Secrétaire Général du SPH,
Marie José Cortes - Présidente du SPH

Enquête du CNP de Biologie Médicale sur l'accréditation des laboratoires

Une enquête à destination de l'ensemble des laboratoires des secteurs publics et privés en France, initiée par le CNP de Biologie Médicale (BM) et diffusée par les réseaux professionnels de ses structures constitutives, s'est déroulée entre octobre et décembre 2021.

Le rapport de cette enquête a été publié le 13 juillet 2022 et a accompagné un courrier à destination du Directeur Général du Comité Français d'Accréditation (Cofrac) avec copie au ministre de la Santé et de la Prévention. Le SNBH et le syndicat « Les Biologistes Médicaux », syndicats constitutifs d'APH, ont largement contribué à la réalisation du questionnaire, à sa diffusion et à son analyse.

Cette enquête a recueilli **467** réponses de biologistes médicaux, dont **185** exerçant en CH et **81** en CHU, ce qui représente un échantillon significatif de la profession.

La moitié des répondants estime que l'accréditation n'a pas amélioré la qualité des soins. L'augmentation des coûts de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale (LBM) pour l'accréditation est une évidence. Un peu plus de la moitié des LBM n'ont pas bénéficié de ressources humaines supplémentaires et le temps affecté à l'accréditation s'est fait au détriment des autres tâches des BM (dialogue clinico-biologique, formation continue, expertise médicale, conseil, recherche...).

Malgré les récents changements réglementaires ayant permis une simplification de l'accréditation, **24,4 %** estiment que ce changement n'a pas simplifié la démarche et **7,9 %** estiment même que ces changements ont complexifié la démarche. **83 %** des répondants deman-

dent un allègement supplémentaire. Parmi les thèmes proposés d'allègement, une demande forte concerne les documents référentiels du Cofrac qui ne devraient plus être opposables (**49,7 %**).

63,7 % des répondants pensent que la démarche qualité a été une entrave pendant la crise sanitaire.

La grande majorité (**80,7 %**) estime que l'accréditation dans sa forme actuelle n'est pas adaptée à la BM. Plus des trois quarts des sondés sont favorables à la mise en place d'un référentiel de bonne pratique qui devrait remplacer l'accréditation Cofrac.

Les biologistes médicaux rejettent majoritairement l'accréditation dans sa forme actuelle et dans sa gestion par le Cofrac !

Une réponse du Directeur Général du Cofrac proposant une rencontre avec le CNP est arrivée le 13 octobre, soit 3 mois après ! Entre temps le SNBH avait pris rendez-vous auprès des conseillers du ministre de la Santé et de la Prévention et de la 1^{ère} ministre pour aborder ce sujet aigu du découragement des biologistes hospitaliers qui ne font plus leur métier.

*Carole Poupon, Vice-présidente d'APH,
Présidente du SNBH*



Marc Noizet, le nouveau président de Samu-Urgences de France

Après la nomination du Dr François Braun au ministère de la Santé et de la Prévention, Samu-Urgences de France a élu le 11 juillet son nouveau président, le Dr Marc Noizet, chef de service du SAMU-SMUR 68 et des Services d'Accueil des Urgences du Groupe Hospitalier de la région Mulhouse Sud Alsace.



© D SZUSTER – L'Alsace

Actu'APH : Vous avez été « lanceur d'alerte » en mars 2020, au début de la crise COVID. Quelles leçons/quels souvenirs avez-vous de cette première vague que vous avez prise en premier sur le territoire ?

Marc Noizet : J'arrivais aux urgences de Mulhouse, un service fragilisé qui venait de traverser une crise intense. Nous avons été les premiers frappés par la COVID et avons traversé une crise qu'aucun autre service n'a connu puisque nous avons été amenés à transférer 300 patients vers d'autres réanimations, en dehors du département, ce qui correspond à la moitié des transferts réalisés au niveau national. C'était la première fois que j'étais confronté à une crise sanitaire de cette ampleur.

Ce qui a été marquant c'est la solidarité, la collaboration au niveau des équipes et la résilience du système. Il faut se rappeler que quelques mois avant le début de la crise sanitaire, les hospitaliers étaient dans la rue en scandant que l'hôpital public était en train de mourir, ce qui n'a pas empêché qu'en mars, les mêmes pro-

fessionnels se serrent les coudes pour faire face à cette crise inédite. J'ai vraiment été marqué par ce mouvement collectif car à aucun moment, personne n'a douté de la nécessité de sa présence.

Nous avons eu une collaboration avec les directions qui était tout à fait inédite et extraordinaire. On a fait des « choses folles », on a inventé de nouvelles choses qui, depuis, font école.

Nous n'étions pas préparés à vivre l'intensité de ce phénomène en termes de mortalité, avec la blessure d'une maladie dont on ne savait pas grand-chose et pour laquelle nous n'avions pas de traitement, mais cela a été une aventure humaine extraordinaire.

Actu'APH : Vous prenez la présidence de Samu-Urgences de France suite à la nomination de François Braun au ministère de la Santé et de la Prévention. François Braun était déjà l'un des conseillers santé du candidat Macron et a réalisé la mission flash à la demande du président de la République en juin 2022. Quelles sont désormais les relations entre SUdF et François Braun ?

Marc Noizet : Je connais François Braun depuis 20 ans. Cette succession a été compliquée à vivre, car elle s'est faite brutalement, sans avoir été préparée.

Les relations entre SUdF et le nouveau ministre de la Santé sont bonnes et constructives, dans le respect du rôle de chacun. François Braun a des fonctions de ministre pour l'ensemble du système de santé qui traverse une période difficile. Pour ma part, je suis devenu président de SUdF et je garde les missions de représentations professionnelles et syndicales. SUdF a un rôle de lanceur d'alerte face aux difficultés qui touchent à la sécurité des patients et au bien-être des professionnels. François Braun reçoit nos informations, comme celles des autres organisations, avec sans aucun doute une sensibilité particulière vis-à-vis de son ancienne équipe.

Actu'APH : Les services d'urgences dépassent la saturation. Vous avez fait un bilan très inquiétant dans le courant de l'été, et êtes très rassurant en cette fin d'été. Pensez-vous que ceci est dû aux effets des mesures issues de la mission flash ?

Marc Noizet : Nous avons réalisé une communication durant l'été qui comportait deux phases. Une première phase d'alerte, car le mois de juillet a été très compliqué à gérer. Puis une deuxième phase à la fin de l'été qui a consisté à faire l'analyse de ce qui s'est passé durant l'été afin d'être force de propositions pour la suite.

Si l'été n'a pas été une catastrophe, c'est sans doute parce que nous avons été autorisés à expérimenter certaines choses !

Certaines propositions de la mission Braun ont été source d'atténuation de la complexité de ce que nous avons vécu cet été. Cependant, cela n'a pas été simple, car il n'y a jamais eu autant de structures d'urgences fermées, il n'y avait jamais eu auparavant de mesures de régulation d'accès aux urgences ou encore de SMUR qui ont dû être fermés ou qui fonctionnaient de manière dégradée.

Si cela n'a pas été une catastrophe, c'est sans doute parce que nous avons été autorisés à expérimenter certaines choses et encore une fois parce que les professionnels ont pris le problème à bras le corps en prenant leurs responsabilités.

Actu'APH : Si tous les étés, on dit que la situation n'a jamais été aussi grave, on a franchi un palier cet été en assumant le filtrage des patients avant leur arrivée aux urgences. Comment peut-on accorder le message « n'allez pas aux urgences sans appeler au préalable » et le principe de « service public hospitalier : ouvert à tous à toute heure » sans conflit éthique ? Quid des patients qui vont s'autocensurer, notamment les patients « vulnérables » ?

Marc Noizet : Pour moi, il n'y a pas de conflit éthique. Il y aurait un conflit éthique si on fermait la porte et si on disait aux patients de se débrouiller.

Partout où on a fermé les portes, un système de dérivation a été mis en place.

Nous vivons une crise démographique qui touche l'ensemble du système de santé et en particulier les urgences. Les urgences sont devenues une ressource rare, à haute technicité et compétence. Il est responsable de réserver cette ressource aux patients qui en ont besoin. Cependant, tous les patients doivent être accompagnés dans la bonne filière : c'est le rôle des centres 15 et du SAS.

Il est responsable de réserver la ressource des urgences aux patients qui en ont besoin.

Dans tous les départements où on a mis en place une régulation d'accès, nous avons passé des accords avec la médecine libérale pour donner des créneaux de rendez-vous de soins non programmés, pour activer le rôle des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et pour activer la télémédecine. Ce sont des solutions plurielles qui ont été mises en place qui montrent bien la richesse de ce que l'on est capable d'initier. Quand on regarde les flux d'appels sur des soins non programmés dans le SAS, 40 à 50 % des appels se soldent uniquement par un conseil.

Concernant l'autocensure, il y a effectivement un risque si on envoie un message frontal « ne venez pas aux urgences ». Mais ce n'est jamais le cas, puisqu'on demande aux patients d'appeler le centre 15, qui fera le tri.

Il y a évidemment un sujet concernant les patients vulnérables qu'il faut traiter avec bienveillance. Nous devons développer des compétences sociales, qui sont en cours d'expérimentation dans le SAS où on y associe des structures sociales pour identifier, le plus précisément possible, les difficultés sociales et diriger les patients vers la bonne filière de soins.

Actu'APH : Quelles sont les attentes de SUDF pour les services d'urgences et les SAMU ? Pour les praticiens ?

Marc Noizet : Pour les Urgences, la priorité est de résoudre la crise de l'aval. Depuis 2013, cette difficulté majeure est dénoncée et on a demandé au

gouvernement des mesures réglementaires fortes pour imposer l'identification de solutions qui existent au niveau des hôpitaux, quitte à ce qu'il y ait des sanctions financières en inscrivant des objectifs dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Pour les SAMU-centres 15, c'est clairement le déploiement du SAS sur l'ensemble du territoire. C'est une structure agile qui permet la cohabitation de la médecine libérale, de la médecine d'urgence et des professionnels de santé qui amènent des compétences nouvelles, toujours dans un seul but : aider le patient à trouver l'offre de soins la plus adaptée.

Enfin, pour les praticiens, il est indispensable de prendre toutes les mesures nécessaires pour améliorer leur qualité de vie, remédier au manque de considération et à la difficulté d'exercice dans les services d'urgences et de reconnaître la pénibilité des nuits et des week-ends.

Actu'APH : Comment SUDF envisage-t-il les relations avec le SNPHARE, qui représente également des urgentistes ? Et avec l'AMUF ?

Marc Noizet : Je les envisage constructives. On a certes des sensibilités différentes, mais notre action sera d'autant plus efficace si on sait collaborer sur des sujets qui nécessitent d'être défendus collectivement.

Actu'APH : Comment imaginez-vous la place de la psychiatrie dans le dispositif SAS ?

Marc Noizet : C'est une place pleine et entière. La présence d'un psychiatre ou d'une infirmière à compétence psychiatrique est indispensable, car leur expertise dans le SAS est unique et ne peut pas être substituée. L'expérience dans le Nord nous montre tout l'intérêt de leur présence dans la gestion de ces appels qui sont spécifiques, compliqués et chronophages.

L'expertise des psychiatres dans le SAS est unique et non substituable.

Actu'APH : Que pensez-vous de la loi de financement des urgences et les retombées sur les urgences pédiatriques ?

Marc Noizet : Dès la publication de la Loi de financement, les pédiatres nous ont alertés sur le sous-financement des urgences pédiatriques par cette nouvelle réglementation. Avec un an de recul, on a la capacité de comparer ce que sont devenus la dotation populationnelle et le financement à l'activité dans les services de pédiatrie par rapport à ce qu'ils percevaient avant cette Loi. Le constat est qu'il est indispensable de revoir la copie de la Loi de financement pour les urgences pédiatriques.

Actu'APH : Comment envisagez-vous la prise en charge des enfants aux urgences et quel rôle respectif entre pédiatres et urgentistes ?

Marc Noizet : La pédiatrie est une spécialité à part entière, mais les pédiatres ne sont pas forcément urgentistes. Il faut savoir faire appel à la compétence de chacun. Devant des situations complexes, lorsqu'il n'y a pas de pédiatres avec une spécificité urgences, les urgentistes doivent assurer, en collaboration avec les pédiatres, la prise en charge des enfants.

Pédiatres et urgentistes doivent travailler ensemble.

Actu'APH : Que pensez-vous de la régulation des enfants en amont ? Y êtes-vous favorable et avec quels moyens ? Que pensez-vous de la formation des ARM en pédiatrie ? De l'utilisation de libéraux au côté des hospitaliers pour la régulation ?

Marc Noizet : Je ne vois pas de spécificité particulière à une régulation médicale préalable des demandes de soin pour les enfants, d'autant plus qu'une grosse part relève du soin non programmé. Cependant, les critères d'orientation doivent être réfléchis.

Les ARM sont déjà formés à la pédiatrie, mais il faut sans doute que l'on affine les critères d'orientation pour aboutir à une standardisation.

Dans la plupart des centres 15, des médecins libéraux sont présents. Je ne pense pas que la présence d'un pédiatre soit nécessaire. L'idée c'est que dans le SAS, un médecin libéral soit présent toute la journée, afin d'assurer l'organisation et l'orientation de l'enfant en fonction de ses besoins en soins.

Propos recueillis par Christiane Mura