



RESSOURCES MEDICALES NECESSAIRES AU BON FONCTIONNEMENT D'UNE STRUCTURE D'URGENCE

Samu-Urgences de France
Décembre 2010

L'évaluation du nombre d'équivalents temps pleins (ETP) de médecins nécessaires au fonctionnement d'une structure d'urgence (SAMU, SMUR, SAU) est une problématique importante qui devient un enjeu crucial sous cette appellation ou sous une autre équivalente (temps médical).

Quelques principes ou réflexions guident les propositions d'évaluation qui vont suivre. Ces propositions sont, par ailleurs, probablement applicables à la plupart des activités médicales.

1. Principes

1. Il convient d'évaluer le travail dit posté des médecins car il s'agit du seul travail indiscutable du médecin où sa présence physique dans un lieu donné pour produire une activité médicale est certaine et aisément vérifiable. Ceci recouvre l'activité de consultation, de visite en salle (Unité d'hospitalisation de courte durée, UHCD), de régulation, de SMUR, ou de la présence dans le cadre de la permanence des soins (activité de garde ou d'astreinte où le temps passé n'est pas lié forcément à une production de soins).
2. Le travail posté ne résume pas l'activité médicale mais le temps de travail total doit pouvoir être estimé à partir du temps de travail posté, quitte à établir des ratios variables en fonction de critères prédéfinis.
3. La quantification du travail médical par la quantification des soins produits (nombres de consultations, activités produites en K, Z, ou B, T2A) est pervertie par des inégalités tarifaires enjeu de luttes de pouvoir politiques, syndicales, catégorielles ou disciplinaires.
4. L'activité médicale n'est pas une variable continue mais une variable de nature quantique : qu'il y ait 40 000 ou 45 000 passages dans un service d'urgence, il faut le même nombre de médecins pour le faire fonctionner. Il faut donc raisonner en terme d'intervalles d'activité requérant des « lignes » de présence médicale.
5. Il ne convient pas d'évaluer à la fois le temps médical nécessaire et la pertinence de ce temps car cette dernière variable peut être tributaire de variables structurelles sur lequel le chef de service ou la discipline ne peut agir seule. Ceci pose d'emblée la limite intrinsèque de cette évaluation si elle n'est pas couplée par ailleurs à d'autres indicateurs.
6. Le mode de calcul doit rester aussi simple que possible et s'adapter à la très grande majorité des structures.

2. Evaluation des ETP nécessaires

Cette évaluation se fait en plusieurs étapes avec un processus d'échanges entre les professionnels de la médecine d'urgence et les administrations, locales, régionales, et/ou nationales :

Etape 1 : Définition et description du périmètre de la structure d'urgence : accueil des urgences (SAU), UHCD, SAMU, SMUR, à l'exclusion des consultations non programmées ou programmées et de l'activité non polyvalente d'urgence (exemple : psychiatrie, chirurgie), des services dits de post-urgence (encore appelées département d'aval des urgences), et des charges particulières (UHSI, PAS, et autres activités annexes).

Etape 2 : Description des tableaux de service existant rapportant une activité type sur une semaine dans la structure avec la présence des « lignes » de médecins seniors assurant le travail médical, limité au travail posté.

Etape 3 : Mise à plat de ces tableaux de service types pour homogénéiser les pratiques en fonction de référentiels consensuels (nombre de médecins nécessaires par nombre de passage aux urgences, nombre de lits en UHCD, nombre de dossiers de régulation médicale, nombre de sorties en SMUR).

Etape 4 : Définition du calcul du temps médical nécessaire à la mise en œuvre de ce tableau de service suivant l'un des deux modes de calcul réglementaires (calcul en demi-journées ou calcul en heures dans le cadre du temps continu). Ce calcul comprend le temps dû par un praticien déduction faite des jours de congés, des jours de repos hebdomadaires, des jours fériés, des RTT, et du temps de formation. Il est rajouté à ce temps un forfait correspondant à l'évaluation du temps travail non posté (hors temps de formation éligible aux « congés formations » réglementaires) qui est évalué à 20% du temps de travail total. Il est alors possible de calculer le nombre d'ETP nécessaires en divisant le temps de travail annuel à effectuer dans la structure par le temps de travail effectué par un praticien en fonction des règles admises à ce moment. Ceci donne le nombre d'ETP nécessaires.

Remarque 1 : Pour rappel et pour les PH, il y a 365 - 10 fêtes légales - 104 repos hebdomadaires = 251 jours ouvrables, 251 - 25 CA - 20 RTT - 15 jours formation = 191 jours de travail. Donc un médecin travaille au maximum (48 heures par semaine) 382 demi-journées ou 1833,6 heures par an.

Remarque 2 : Le chiffre de 20 % a été choisi de manière arbitraire et homogène pour toutes les structures de médecine d'urgence. Il pourrait très bien être modulé en fonction de l'activité d'enseignement et de recherche, bien entendu dans les centres hospitalo-universitaires mais également dans les centres non universitaires qui participent effectivement à ces deux missions.

Remarque 3 : Le calcul des ETP nécessaires n'est pas figé. Il peut facilement être réévalué avec des modifications des règles sur le temps de travail ou avec l'évolution de l'activité du service.

Remarque 4 : Le calcul doit rajouter :

- les charges de direction de chaque structure d'urgence (évaluées au minimum à 0,5 ETP pour chacune des structures Samu, Smur, et Accueil des urgences),
- les charges de direction de structures plus importantes (pôle, CCM, CME, Directoire) évaluées à 0,5 ETP, cumulables,
- et des charges particulières à la médecine d'urgence comme la direction d'un CESU évaluée à 0,5 ETP au minimum.

Remarque 5 : Les emplois universitaires titulaires (PUPH, MCUPH) et non titulaires (CCA, PHU) ne comptent que pour 0,5 ETP dans ces calculs.

Remarque 6 : Le poids des gardes est toujours considérable. Pour les astreintes, un ratio de 3 (3 astreintes de 24 heures = 1 garde de 24 heures) est proposé.

3. Temps continu vs demi-journées

L'existence de deux modes de calcul du temps de travail d'un médecin (temps continu vs demi-journée) constitue une incohérence, une source de concurrence déloyale entre structures d'urgences, et une anomalie sur le plan du droit. Ces deux modes de calcul aboutissent de fait à une différence majeure évaluée à 24%, que ce soit en terme de temps médical individuel ou d'ETP nécessaires. La source principale de cette divergence est en rapport avec le temps nocturne (18h00-8h00, soit 14 heures) qui est équivalent au temps diurne (8h00-18 heures, soit 10 heures) lorsque le calcul est effectué en demi-journée. Le simple fait de comptabiliser 3 demi-journées pour le temps nocturne suffirait à rendre les deux systèmes à peu près comparables, sans pour autant tenir compte de la pénibilité du travail nocturne.

Une « ligne » de médecins sur 24 heures correspond, avec les calculs actuels, à 4,7 ETP en demi-journées et 6,0 ETP en temps continu (ou en demi-journées si la nuit est décomptée 3 demi-journées).

4. Structuration des emplois

Le calcul du nombre d'ETP nécessaires au fonctionnement d'une structure d'urgence ne peut résumer la problématique des emplois médicaux. La nature de ces emplois constitue un enjeu majeur pour le fonctionnement de cette structure et la qualité des soins prodigués. La structuration entre les emplois de titulaires (PH, MCU-PH, PU-PH), les emplois de contractuels (PHC), les emplois de médecins attachés, et les emplois entrant dans le cadre du post-internat (assistants spécialistes et CCA), doit être prise en considération. En particulier, le pourcentage de titulaires ne devrait pas être inférieur à 50%. La proportion de praticiens attachés ne devrait pas dépasser 10%.

5. Charge de travail posté individuel

Il appartient au chef de la structure de vérifier que le temps de formation qui est un droit individuel est effectivement réalisé et en rapport avec le plan de formation du service.

Il appartient au chef de service de décliner la répartition du travail posté entre les différentes catégories de personnels médicaux (PH, PHC, Praticien Attaché) et en adaptant cette quotité en fonction des activités de chacun (activités du service, enseignement, recherche) dans un dialogue entre le chef de service et chaque médecin, au mieux lors d'un entretien individuel annuel. Ces éléments sont reportés dans le tableau de service.

6. Nombres de lignes de médecins en fonction de l'activité

L'activité d'urgence n'étant guère variable d'un jour à l'autre, le nombre de médecins présent doit être le même du lundi au dimanche. Des variations saisonnières peuvent être observées et doivent être prises en compte mais elles sont très variables d'une région à l'autre. Les tableaux ci-dessous considèrent une structure d'urgence type sans variation saisonnière significative.

Tableau 1 : Nombre (N) de médecins seniors nécessaires au fonctionnement d'un SAMU en fonction du nombre de dossiers de régulation médicale (DRM) effectués (rythme moyen de 6 DRM par heure et par médecin), y compris la régulation médicale de la PDSA effectuée au sein des locaux du Samu Centre 15.

SAMU (N DRM/an)	N médecins seniors H24	N ETP
<50 000	1	6
50 - 75 000	1,5	9
75 – 100 000	2	12
100 - 125 000	2,5	15
125 - 150 000	3	18
150 - 175 000	3,5	21
175 – 200 000	4	24
200 – 225 000	4,5	27
225 – 250 000	5	30
250 – 275 000	5,5	33
275 – 300 000	6	36
300 – 325 000	6,5	39

Tableau 2 : Nombre (N) de médecins seniors (ou d'équipes) nécessaires au fonctionnement des SMUR en fonction du nombre d'interventions primaires ou secondaires effectuées en SMUR (or transports infirmiers interhospitaliers). Ceci comprend le fonctionnement des HéliSmur régionaux qui ne doit pas faire rajouter une ligne supplémentaire médicale.

SMUR (N Interventions/ans)	N médecins seniors H24	N ETP
< 1 500 (urbain*) < 1 200 (mixte**)	1	6
1500 à 3000 (urbain) 1200 à 3000 (mixte)	2	12
3 000 – 4 500	3	18
4 500 – 6 000	4	24
6 000 – 9 000	5	30
9 000 – 12 000	6	36

* urbain : plusieurs bases Smur se trouvent dans une même zone urbaine

** mixte : une seule base Smur se trouve dans la zone urbaine et/ou rurale

Tableau 3 : Nombre (N) de médecins seniors nécessaires au fonctionnement des structures d'accueil hospitalières en fonction du nombre de passages au SAU. Le renfort diurne comprend des horaires variables (par exemple 8h00-18h00 et 11h00-21h00) de façon à s'adapter au flux variable dans la journée) et à assurer un chevauchement avec la garde, sans dépasser 21h00. Le renfort nocturne correspond à la présence d'un médecin sur la période pouvant aller de 18h00 à 23h00 (hors nuit profonde). Il est rappelé que les renforts nocturnes, la période nocturne, le samedi après-midi et le dimanche (jour et nuit) donnent lieu au paiement d'une garde (ou demi-garde jusqu'à 23h00-0h00).

N passages/an	N médecins H24	N médecins Renfort diurne	N médecins Renfort nocturne (hors nuit profonde)	N médecins au pic d'activité	N ETP
10 – 20 000	1	1	0	2	8,4
20 – 30 000	1	2	0	3	10,8
30 – 40 000	2	1,5	0	4	15,6
40 – 50 000	2	2	1	4	19,2
50 – 60 000	2	2,5	1	5	20,4
60 – 70 000	3	2,5	0	5	24,0
70 – 80 000	3	2,5	1	6	26,4
80 – 90 000	3	3	1	6	27,6
90 – 100 000	4	3	0	7	31,2

Ceci correspond à un rythme moyen de 1,6 patients par heure et par médecin dont 85% sont vus entre 8h00 et 0h00. Le tableau est adapté à un SAU polyvalent (médico-chirurgical) hospitalisant au moins 15% des passages, et doit faire l'objet d'adaptation éventuelle lorsque l'accueil est uniquement médical (plus lourd, consommant plus de temps médical et se traduisant par plus d'hospitalisations). Ces tableaux sont annuels alors qu'il convient de les adapter aux périodes épidémiques hivernales en pédiatrie.

Tableau 4 : Nombre (N) de médecins seniors nécessaires au fonctionnement de l'UHCD.

(N lits UHCD)	N médecins seniors Diurne	N ETP
< 10	1	2,4
10 – 20	1,5	3,6
21 – 30	2	4,8

Le fonctionnement de l'UHCD n'est envisagé que pour la période diurne (8h00-18h00), ce qui correspond au travail de réévaluation des patients et d'orientation devant aboutir à la libération complète de l'UHCD afin de garantir un séjour < 24 heures. Pour la période nocturne, l'équipe d'accueil s'occupe également de la gestion des patients de l'UHCD. Ce dernier point suppose que l'UHCD soit contiguë à l'accueil ce qui devrait être la règle.

7. Mutualisation et temps partagé

La mutualisation des postes consiste pour un même praticien à pouvoir effectué son temps de travail de manière partagé entre plusieurs types d'activité d'urgence, essentiellement en alternance entre SAU, le SAMU et le SMUR. Le terme de « temps partagé » est préférable et constitue une excellente pratique pour le médecin des urgences lui permettant de varier son exercice professionnel, développer et maintenir ses compétences et sa polyvalence. Pour les structures d'urgences c'est une pratique à encourager, sans la rendre forcément systématique, certains praticiens pouvant développer des compétences pointus dans un domaine donné, notamment utiles sur le plan de la recherche ou de l'enseignement.

En revanche, la pratique simultanée de plusieurs fonctions (accueil hospitalier et SMUR, régulation et SMUR) constitue un danger médico-judiciaire pour le praticien, la structure d'urgence, et son institution. Elle doit être proscrite, en dehors d'une activité en surnombre des effectifs ci dessus calibrés ou lors de circonstances exceptionnelles validées par les instances professionnelles de la médecine d'urgence, où tout autre solution s'avère impossible à mettre en œuvre. Une sécurisation juridique par les autorités sanitaires est alors nécessaire.