



**EVALUATION DES MESURES DE LA MISSION FLASH
ENQUÊTE SUDF - AOUT 2022**

SAMU-Urgences de France
103, avenue de Magenta
75010 PARIS
contact@sudf.fr

1. LE CONTEXTE

Début juillet la “mission flash” pilotée par François BRAUN a émis 41 recommandations pour l’été, suivie le 10 juillet 2022 de la parution d’une instruction urgente diffusée aux directeurs généraux des ARS permettant leur mise en œuvre opérationnelle.

Fin juillet, SAMU-Urgences de France (SUdF) a réalisé un point de la situation des structures d’urgences afin de mesurer les difficultés rencontrées et les premiers impacts de la mise en œuvre des recommandations de la mission flash.

A la fin de l’été SUdF a renouvelé une enquête auprès des professionnels afin de mesurer la mise en œuvre et l’intérêt des différentes mesures de la mission, d’évaluer les difficultés rencontrées, afin d’alimenter la réflexion concernant les modalités de gestion de cette crise sanitaire que nos structures traversent actuellement.

2. L’ENQUETE

Diffusée via un formulaire en ligne du 27 août 2022 au 3 septembre 2022, elle a recueilli les retours d’informations de 73 SAMU, 171 Structure d’accueil des urgences (SU) et 146 SMUR dans 84 départements et 11 régions.

3. LES CHIFFRES CLES



4. SITUATION DANS LES SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES (SU)

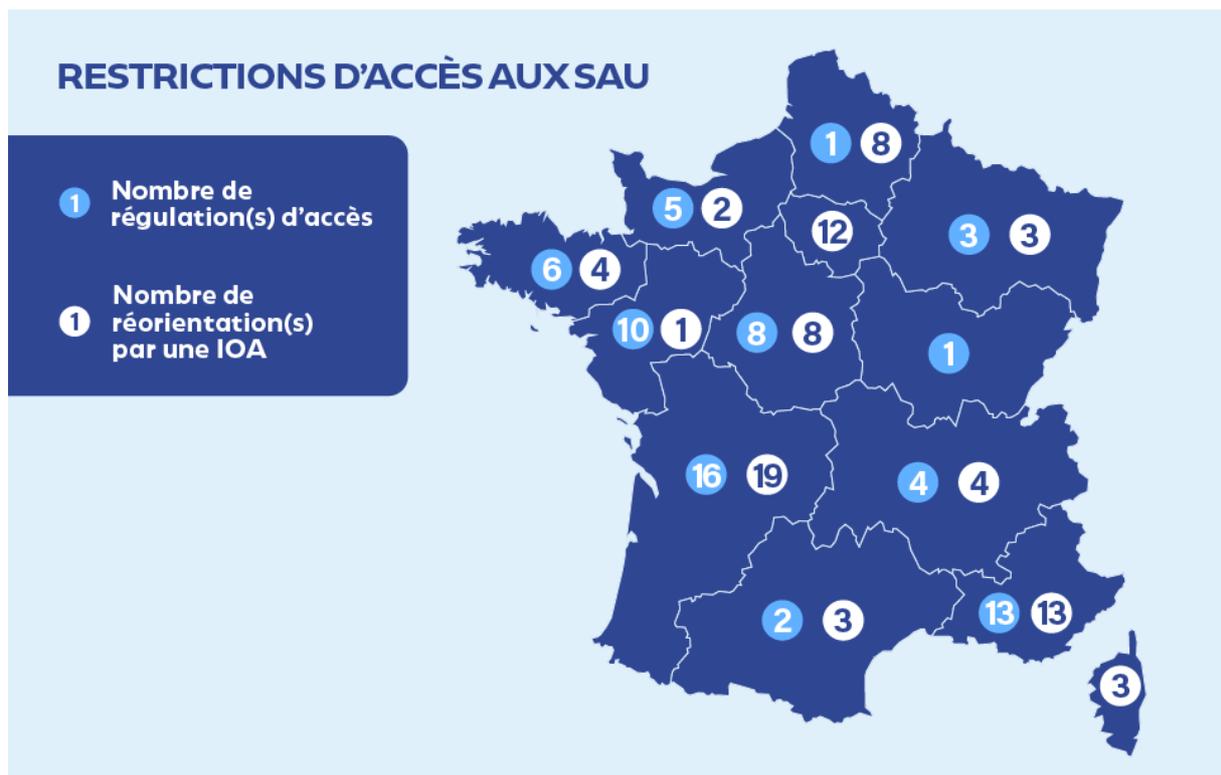
171 Service d'accueil des urgences sont représentés dans les éléments recueillis (2 établissements militaires, 14 établissements privés et 155 publics).

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 accompagné 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.

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
--	--	---------------------	------------------	-------------------

Seul un quart des établissements répondant ont connaissance du BJML, malgré son obligation de diffusion et mise en production depuis décembre 2019¹. 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°9 recommandation N°27	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%)
	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%)

Les SU ont payé un lourd tribut cet été face aux difficultés démographiques de professionnels de santé, engendrant notamment de nombreuses restrictions et fermetures d'accès. Les fermetures totales enregistrées ont touché la plupart du temps des établissements sur des dates isolées, où l'établissement n'a pas pu trouver les ressources pour maintenir un accueil.

Au total c'est environ **1 SU sur 5 qui a dû modifier ses conditions d'accueil**. Dans chaque situation des dispositifs ont été mis en place pour répondre à la demande de soin de la manière la plus adaptée possible. La régulation médicale des SAMU-Centres15 a joué un rôle central dans ces réorganisations en permettant d'apporter à la population la meilleure réponse possible à la demande de soins formulée.

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 à terme afin de réserver l'accès au SU aux patients relevant de ce niveau de soins, et filiariser les autres patients vers une réponse structurée de soins non programmés.

La disponibilité de lit d'aval des SU reste le problème crucial de dysfonctionnement des SU, dénoncée depuis 2013. Malgré plusieurs rapports, plans et enveloppes de financement, les établissements ne se sont toujours pas organisés pour y faire face. Le BJML, indicateur clé reste très insuffisamment diffusé, et lorsqu'il est produit, il n'est pas utilisé pour définir un aval suffisant. Des expériences exemplaires existent dans plusieurs établissements. Il faut immédiatement passer à une contrainte réglementaire pour solutionner ce problème qui gangrène les conditions d'accueil et d'exercice des SU et qui 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 suites aux difficultés rencontrées lors de l'application de la procédure publiée en 2021².

5. SITUATION DANS LES SAMU-CENTRE 15

73 SAMU ont répondu (sur les 102 du territoire national).

Activité :

Elle est restée stable dans 3 SAMU, pour tous les autres on note une augmentation également en août estimée à 20% en moyenne [5-58].

Renforts ressources humaines :

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

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

- 64% des ARM (assistant régulation médicale)
- 24% des AMA (assistant médico-administratif)
- 8% des élèves IDE (infirmier diplômé d'état)
- 4% des étudiants en médecine³

A 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 candidat au recrutement du fait de la méconnaissance du métier 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 départ, non ou mal remplacés par les nouveaux arrivants.

recommandation N°4	Avez-vous réussi à avoir des renforts en médecins généralistes pour gérer la régulation libérale hors PDSA ?	12%	40%	10%	10%	28%
recommandation N°5		opérationnel et suffisant	opérationnel et insuffisant	Effectifs en place suffisant	projet à court terme	non retenu
recommandation N°6						

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

Engagement des moyens SDIS :

46% des SAMU répondant remontent des difficultés importantes pour obtenir dans certaines circonstances l'engagement d'un VSAV, refus argumentés comme ne relevant pas des missions du SDIS ou ne concernant pas une urgence vitale². Ces situations peuvent être préjudiciables au patient (urgence vitale masquée) engendrant des délais de prise en charge parfois très allongés et occasionnent des complexités d'organisation pour les SAMU-Centres 15.

Outils mis en œuvre pour améliorer la réponse au SNP

recommandation N°11 recommandation N°12 recommandation N°16	Avez-vous mis en œuvre une unité mobile de télémédecine 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 au 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...)	35% Opérationnel	28% en projet	37% non retenu

Système d'information :

Nous avons demandé aux SAMU-Centre15 s'ils disposaient d'un **système d'information** permettant de savoir si une structure était fermée ou en incapacité de recevoir un patient par surcharge d'activité, à un moment donné.

Portail SI-Samu (mains courantes régionales ou zonales, événements)	17%
Outil régional autre	11%
Outil local autre	12%

La pression sur les SAMU-Centres 15 a été majeure cet été, avec une **augmentation moyenne d'activité évaluée à 20%**. La régulation médicale s'est révélée une nouvelle fois le dispositif central de l'adaptation du système. Partout où des SAS existaient, 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 d'ARM et de régulateurs des centres de régulation a évidemment été compliquée durant l'été, et notamment pour des raisons budgétaires.

Les SAS doivent continuer à être déployés sur le territoire de manière coordonnée avec des moyens adaptés. Une implication des médecins libéraux tant sur la régulation que sur l'identification d'effecteurs de SNP doit être facilitée y compris en dehors des horaires de PDSA.

L'exercice professionnel du métier d'ARM doit évoluer, notamment pour en améliorer l'attractivité par une reconnaissance comme profession de santé et par une revalorisation d'exercice.

Transport sanitaire : l'application de la réforme des transports sanitaires urgents⁴ depuis le début de l'été engendre de nouvelles difficultés, notamment pour les transports de patients sortant des urgences ou d'hospitalisation. **Des solutions doivent être identifiées par exemple par évolution de la réglementation des transports sanitaires urgents** ou par le recours à des moyens des associations agréées de sécurité civile. **L'application de l'article 6 de la loi Matras doit bénéficier d'un cadrage national** pour éviter les situations locales de blocage préjudiciable à la prise en charge des patients. SUDF exige que toute nouvelle organisation respecte l'accès aux soins pour tous, le juste soin, la confidentialité et le secret médical.

Effecteurs de SNP : de nombreuses expérimentations ont eu lieu sur tout le territoire, montrant l'intérêt de la diversité de ces solutions s'intégrant différemment selon la configuration des territoires. **Leur recours doit être poursuivi, mais nécessite d'être encadré pour être sécurisé et doivent bénéficier de modalités de financement pérenne.**

Système d'information des SAMU-Centre 15 : la situation de cet été a une nouvelle fois montré la précarité de nos systèmes d'information. Les outils de communication inter-SAMU doivent être mis en œuvre, notamment par **l'utilisation sur tout le territoire du portail SI-SAMU**. Le déploiement de **solutions techniques permettant une articulation et un délestage inter-SAMU** doit être accéléré et mis en œuvre dans les meilleurs délais avec énergie.

SUDF demande que **l'avenir du programme de modernisation des systèmes d'information des SAMU soit rapidement discuté avec les professionnels de l'aide médicale urgente**. Nous demandons que soit réalisé une **évaluation continue (bimensuelle) de la volonté des éditeurs à interfacier leur LRM (logiciel de régulation médicale) avec le « bandeau de communication SI-SAMU » et le « hub santé »**. La reprise de la construction du LRM SI-SAMU s'imposera si la volonté des éditeurs est insuffisante, pour atteindre les objectifs initiaux de pilotage national de l'activité, de mise en place de l'entraide entre SAMU et de sécurisation mutuelle et de recherche clinique sur l'activité de régulation médicale.

6. SITUATION DANS LES SMUR

146 établissements sièges de SMUR ont répondu (44% des SMUR du territoire national).

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 redéploiement des VLI SP pour couvrir les zones blanches ?	10% Opérationnel	6% en projet	84% non retenu

Parmi les établissements répondant **34 SMUR ont été dans l'obligation de fermer une ligne de SMUR faute de personnels**, dont un a fermé deux lignes simultanément sur trois normalement ouvertes.

7. Focale EPMU (équipe paramédicale de médecine d'urgence) :

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 (moyenne 43 km) du SMUR de renfort. Trois EPMU ont été créées dans des SMUR disposant de plusieurs lignes de départ en remplacement de l'une d'entre elle.

Dans 27% des cas ces EPMU sont créées en plus des lignes SMUR existantes, dans les autres situations elles viennent remplacer un SMUR fermé faute de personnel médical.

Les équipages sont constitués dans 64% des cas d'un ambulancier SMUR et d'une IDE (parfois IADE). Deux EPMU proposent un équipage à trois : ambulancier SMUR, aide-soignant (AS) et IDE. Une EPMU sort uniquement avec une IDE, et dans trois situations l'IDE est accompagné d'un AS ou d'un conducteur non ambulancier.

Dans 77% des SAMU-Centre 15 bénéficiant d'une EPMU il existe des critères d'engagement spécifique à ce moyen.

Modalités d'engagement de l'EPMU mis en œuvre :

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 de poly-victimes	56%
gestion d'une urgence interne intra-hospitalière du CH d'appartenance	12%

Deux tiers des SAMU bénéficient de la mise en œuvre d'outils de télémédecine pour encadrer ces exercices : transmission de l'ECG, visio-régulation, transmission des données multiparamétriques des scopes ;

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

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 de l'urgence vitale.

L'expérimentation de l'EPMU doit être poursuivie et encadrée. Plus largement la **réflexion de la place de l'infirmier SMUR en préhospitalier** portée actuellement par SUdF doit être menée à son terme et fera l'objet prochainement d'échanges avec notre ministère.

8. EXERCICE PROFESSIONNEL

recommandation
N°33

Malgré les arrêtés publiés début juillet³, 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.

Les mesures de reconnaissance et de revalorisation de la pénibilité de la permanence des soins doivent être pérennisées tant cette dimension est pesante dans l'exercice de nos professions⁵.

SUdF demande l'ouverture immédiate d'une mission sur la PDS (permanence des soins) comme le gouvernement s'y était engagé pendant le Ségur car la PDS est quasiment assurée par les hospitaliers avec un impact majeur sur leur qualité de vie mais également sur 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 continu par ailleurs à demander 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.

9. Mesures à pérenniser :

Avis recueillis auprès des professionnels répondant à l'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%



LES 15 PROPOSITIONS FORMULEES 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.
3. La révision de la procédure de nomination des PADHUE.
4. Le déploiement du SAS sur tout le territoire.
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.

¹ CIRCULAIRE n°DGOS/R2/2019/235 du 07 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non-programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements et groupements hospitaliers de territoire

² En application de l'article 6 de la LOI n° 2021-1520 du 25 novembre 2021 visant à consolider notre modèle de sécurité civile et valoriser le volontariat des sapeurs-pompiers et les sapeurs-pompiers professionnels

³ Arrêté du 11 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire

⁴ Décret n° 2022-631 du 22 avril 2022 portant réforme des transports sanitaires urgents et de leur participation à la garde

⁵ <https://aph-france.fr/Nuits-Blanches.html>