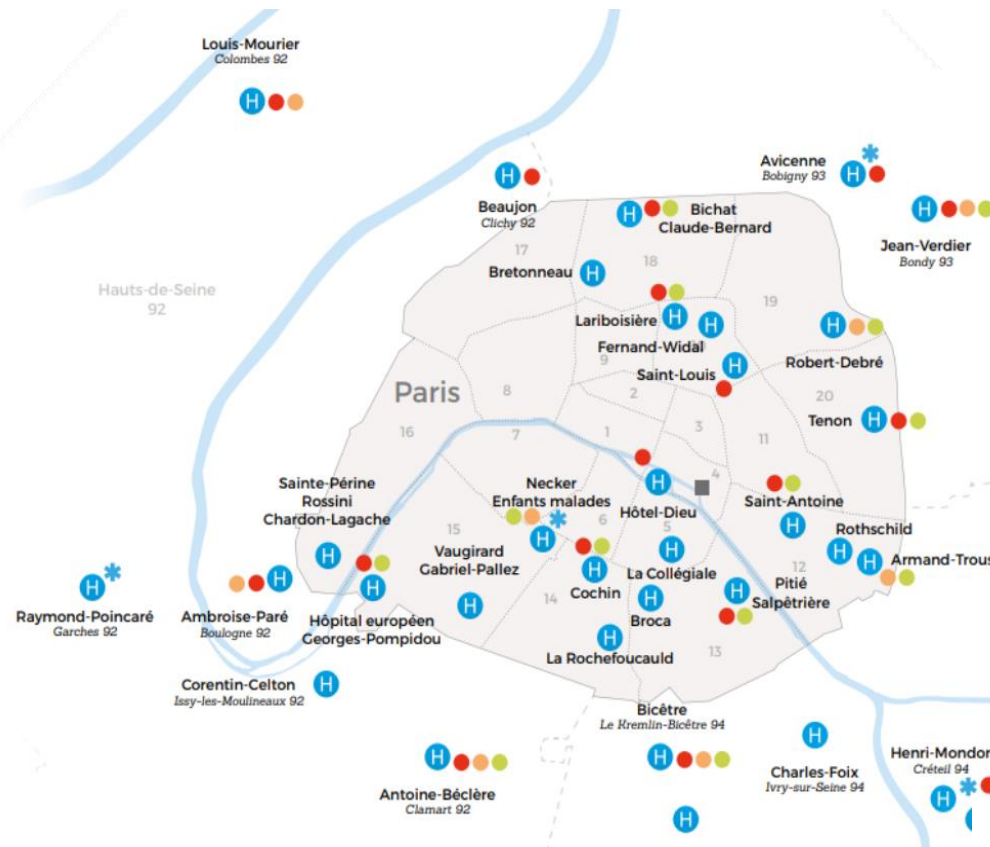


Attractivité des structures d'urgences

État des lieux et enjeux

CME 5 avril 2022

Offre de soins de médecine d'urgence à l'AP-HP



25 services d'accueil des urgences (SAU)

- 17 adultes, 8 pédiatriques
- 1.143.865 patients pris en charge

4 SAMU (75, 92, 93, 94)

- 2 millions d'appels par an

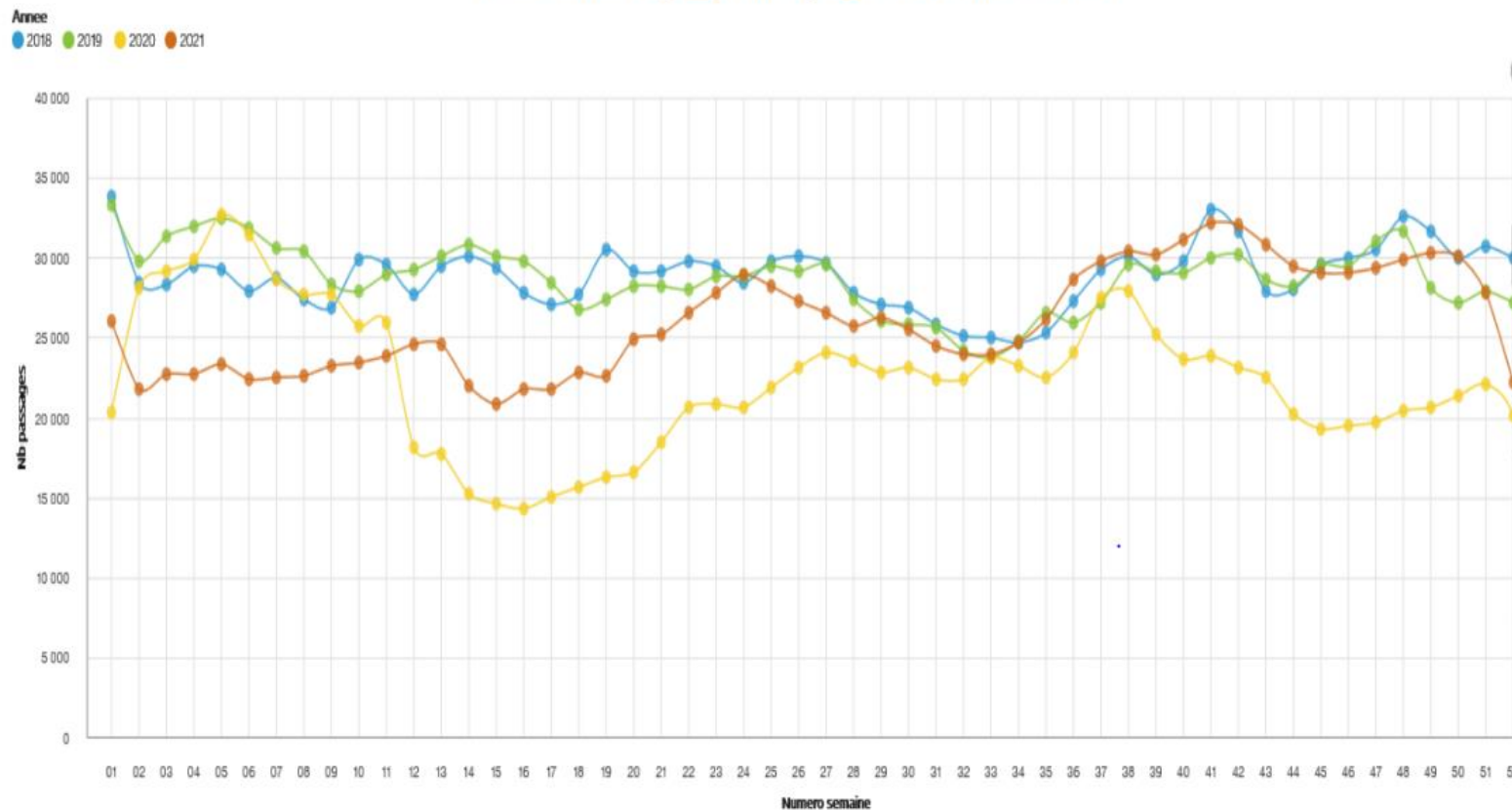
10 SMUR (dont 4 SMUR pédiatriques)

- 27.231 interventions « primaires »
- 10.767 transferts inter-hospitaliers

- Hôpital
- SAMU de l'AP-HP
- Siège de l'AP-HP
- Urgences générales
- Urgences pédiatriques
- Urgences spécialisées

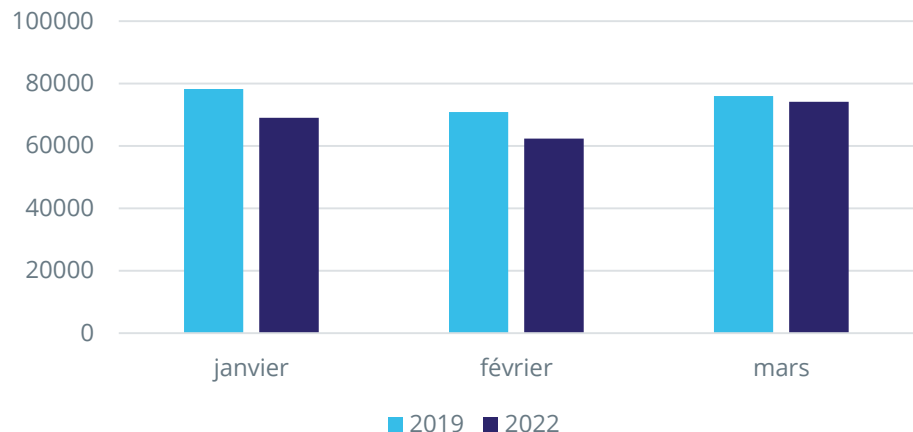
Nombre de passages aux urgences sur la période 2018 - 2021

Evolution du nombre de passages en SAU par semaine sur les 4 dernières années



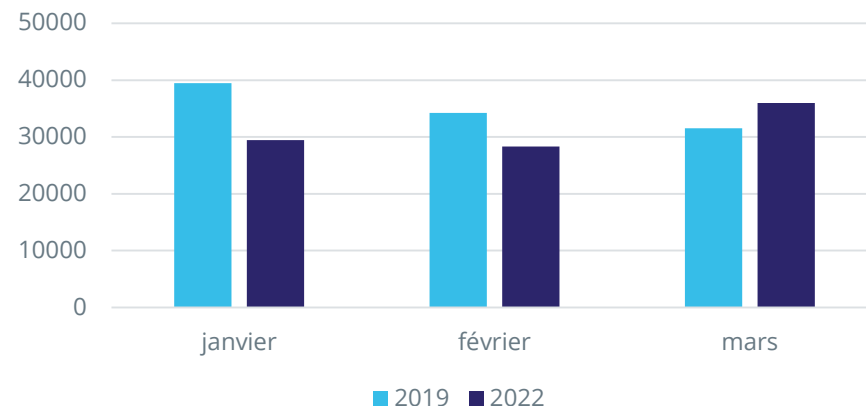
Source : Pilote

Nombre de passages SAU adultes (total AP-HP)



	Janvier	Février	Mars
2019	78 249	70 864	75 988
2022	69 060	62 353	74 215

Nombre de passages SAU pédiatriques (total AP-HP)



	Janvier	Février	Mars
2019	39 504	34 246	31 539
2022	29 441	28 351	35 996

Augmentation de l'activité sur la fin du premier trimestre 2022 - en mars : activité comparable à celle de 2019 (voire supérieure pour la pédiatrie)

- **Au niveau national et régional, situations inédites avec**
 - Fermeture de lignes de SMUR
 - Fermeture de SAU la nuit et le WE
 - Au niveau AP-HP :
 - Recours à l'intérim dans certains SAU
 - Environ 50 ETP non pourvus dans les différentes structures d'urgences / activité 2019

- **Changement du rapport au travail**
 - Fuite des métiers à forte contrainte tant en termes de charge de travail que de permanence des soins, touchant le PNM et le PM
 - Multiplication des temps partiels
 - Durée moyenne de carrière des médecins urgentistes \approx 7ans

▪ Pénibilité renforcée par :

- Le manque de PNM et les fermetures de lits = difficulté d'aval
- L'augmentation mécanique du nombre de lits brancards, malgré les plans « zéro brancard » contractualisés par les GHU avec l'ARS début 2020
- Saturation des plateaux techniques
- *Overcrowding* des SAU source d'augmentation de la mortalité et de la morbidité

À l'échelle nationale et régionale

▪ **Recentrer les services d'urgence sur leur véritable cœur de métier**

- En amont des SAU : mise en place du service d'accès aux soins (SAS)
 - Permettant notamment de réorienter les soins non programmés non urgents vers des effecteurs de ville
- Réforme du financement des urgences, effective dès 2022
 - Objectif *in fine* : réduire la part des consultations simples et favoriser la réorientation vers les structures de ville
 - En concertation avec les différents acteurs des structures d'urgences, les usagers et l'ARS dans le cadre de la commission d'allocation des ressources pour les urgences (CARU)

▪ **Objectif de revalorisation générale de la PDES +++**

À l'échelle de l'AP-HP

- **Appliquer les modalités du décompte du temps continu défini par l'instruction DGOS de juillet 2015**
- Dans les services d'urgences, SAMU/SMUR : le temps est décompté en heures et non en demi-journées
- L'instruction détaille les composantes du temps continu, qui déterminent les obligations de service :
 - Temps clinique posté (39h)
 - Temps clinique non posté, notamment les staffs (5h)
 - Temps non clinique non posté, notamment les missions institutionnelles (jusqu'à 4h)
- L'ensemble de ces obligations ne doit pas dépasser 48h/semaine.

▪ Application à l'AP-HP : protocole conclu avec la collégiale, janvier 2016

- Le temps clinique posté est de 39h
- Le temps non posté est forfaitisé à hauteur de 5h/semaine
- Le temps de travail additionnel est déclenché par une activité clinique (postée et non postée) au-delà de la 44^{ème} heure de travail hebdomadaire.
- Dans les faits, le temps d'activité clinique postée est de 44 heures à l'AP-HP.
- Pour les autres ES hors AP-HP, le travail clinique posté est limité à 39 heures

▪ En sus du protocole

- Détermination d'une cible de 3,7 ETP/10 000 passages pour les SAU adultes, 3,3 pour les SAU pédiatriques
- Détermination d'un taux cible de titulaires :
 - Objectif annoncé en 2000 : 50 % de titulaires (35 % de PH à cette époque)
 - Progression très lente : taux de titulaire de 47,6 % dans les SAU adultes et de 38 % dans les SAU enfants en 2021 (à titre de comparaison 62 % en anesthésie-réa)
 - Discipline prioritaire pour les révisions H

▪ Motivations :

- Paiement du TTA dès la 40^{ème} heure de travail réalisée
- Défaut d'attractivité par rapport aux autres établissements

Direction générale et collégiale alignés sur les enjeux

- Objectif commun de revalorisation de la PDSES
- Budgétaire
 - Mesure ayant un coût : optimiser les organisations pour minimiser les coûts
- Enjeu lié à la mission du CHU, former et encadrer les jeunes praticiens, poursuivre le développement de la recherche en médecine d'urgence

Quelles solutions proposées pour l'attractivité ?

- Mise en place de contrats hors clinique et paiement du TTA au-delà de la 39^{ème} heure clinique pour les praticiens ayant des missions ciblées dans les services (organisation, recherche, vie institutionnelle)
- Revoir la structure d'emplois cible avec une cible de titulaires plus élevée, rendue nécessaire par la réforme des nouveaux contrats de PHC
- Poursuite sanctuarisation des postes de PH
- Disparition du TTA pour les structures à la cible

Bénéfices attendus

- Meilleure implication des praticiens qui se voient comme un maillon essentiel à l'organisation
- Temps pour repenser de meilleures organisations / gestion des flux
- Meilleurs investissements dans l'enseignement et la recherche
- Temps libéré pour le développement d'outils innovants permettant de repenser les urgences de demain, pour améliorer la qualité et la rapidité de PEC
 - IA et radio, outils connectés (ECG, bracelets permettant la géolocalisation des patients), développement de la biologie délocalisée...