Agence Régionale de Santé Île-de-France

Comité Technique Régional des Urgences

Mardi 19 juin 2018

Ordre du jour

- **Anticipation des tensions estivales**
  - Point d'étape sur les actions entreprises depuis la dernière réunion du CTRU
  - Résultats de l'enquête RH sur les structures d'urgence de la région
  - Point sur les fermetures prévisionnelles de lits période estivale

- **Points d'actualité sur le pool régional de volontaires urgentistes**

- **Divers**
  - Point sur l'interim médical

ANTICIPATION DES TENSIONS PÉRIODE ESTIVALE 2018

Cellule SNP

Enquête flash relative à l'anticipation des difficultés dans les structures d'urgences pour la période estivale

- Questionnaire en 3 axes

1

Structure	Nombre de plages (de 12h) non pourvues Juillet 2018	Nombre de plages (de 12h) non pourvues Aout 2018	Nombre de plages (de 12h) non pourvues Septembre 2018

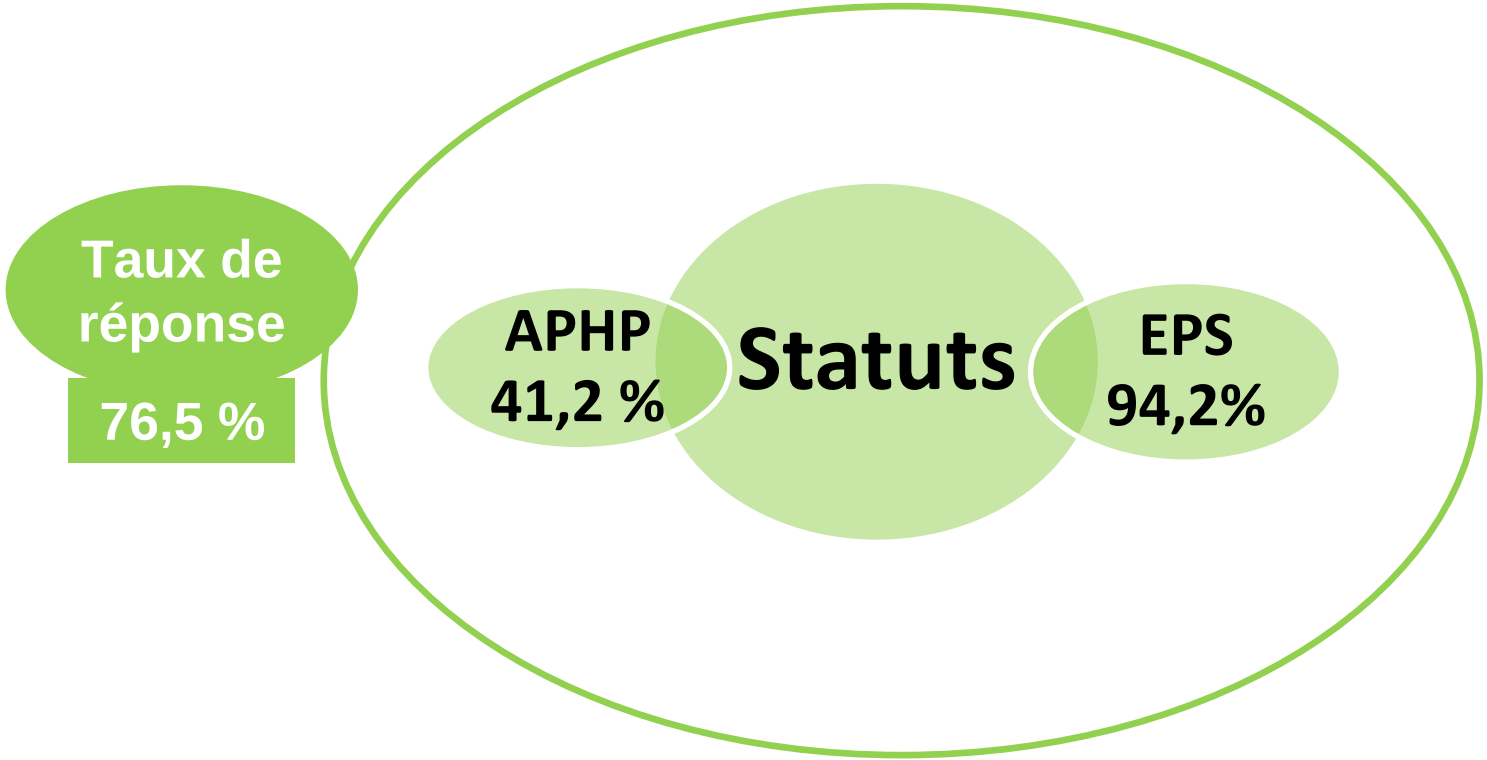
2

Structure	Effectif total de la structure au 1er janvier 2018 (ETP disponibles)	Nombre d'heures d'intérim en 2017	Nombre de postes vacants dans la structure au 1er janvier 2018	Nombre de démissions en 2017	Nb de mutations extra région en 2017	Nbs de mutation intra région en 2017	Nombre de passages à temps partiel en 2017	Nombre de départs à la retraite en 2017

3

Structure	Le décompte du temps de travail est-il organisé en temps continu dans la structure? OUI/NON	Le référentiel national relatif au temps de travail des praticiens exerçant aux urgences et/ou SAMU et/ou SMUR a-t-il été mis en œuvre dans l'établissement ? OUI/NON	Quel est la durée de travail clinique postée fixée dans votre structure ?	Quel est la durée de travail non postée fixée dans votre structure ?	Ces activités font-elles l'objet de contrats avec les praticiens ?	Après la mise en œuvre du référentiel, indemnisez-vous le TTA à compter de la 40ème heure de travail clinique postée sous réserve que le forfait de temps non clinique soit accompli ?

Enquête flash relative à l'anticipation des difficultés dans les structures d'urgences pour la période estivale (2)



Plages non pourvues au sein des structures d'urgences

Synthèse régionale des résultats de l'enquête flash

- Au total : jusqu'à 1242 plages de 12h non pourvues pour les sites répondants

  - Juillet :
    - ✓ 531 plages de 12h

  - Août :
    - ✓ Période la plus critique
    - ✓ 711 de plages de 12h
    - ✓ Avec un férié en milieu de semaine (mercredi 15 août)

Point d'étape sur les actions entreprises depuis mars

Retour sur la réunion d'anticipation avec les 15 sites en difficulté

- Pistes d'actions possibles pour la demande de renfort en ressources médicales **en externe**
  - Recours à l'intérim
  - Recours au pool régional de volontaires urgentistes
  - Santé publique France – La réserve sanitaire:
    - ✓ Loi de modernisation du système de santé (loi n°2016-41 du 26/01/2016)
    - ✓ Le DGARS a la compétence de solliciter la réserve sanitaire, pour les professionnels de santé inactifs (dans une limite de 5 ans, ex: retraite,…)
      - demande motivée de recours à la réserve
      - justifier l'indisponibilité des moyens, objectif, durée du besoin
    - ✓ Santé Publique France
      - étudie la faisabilité
      - réalise une estimation
      - vérifie la disponibilité des réservistes
      - pré-alerte (vivier national)
    - ✓ Habituellement SPF observe 1% de réponse à une alerte
    - ✓ Pertinence d'adresser dès maintenant les dates des plages non pourvues de cet été
  - Service de Santé des Armées
    - ✓ Le SSA sollicite les praticiens volontaires au sein des centres médicaux des armées
    - ✓ Forte demande de renfort interne pour les HIA
    - ✓ L'agence diffuse au SSA les modalités de fonctionnement du pool régional et de mise en relation entre volontaires et structures en demande
    - ✓ L'agence communique au SSA les dates des plages non pourvues sur les établissements prioritaires

Point d'étape sur les actions entreprises depuis mars

Retour sur la réunion d'anticipation avec les 15 sites en difficulté

- Pistes d'actions pour la demande de renfort en ressources médicales en **interne avec l'investissement de la communauté médicale**
  - **Mobilisation et participation de la communauté médicale de l'établissement pour :**
    - ✓ La prise en charge et la gestion de l'UHCD libérant ainsi du temps urgentiste
    - ✓ La participation à la permanence en prenant des gardes au SAU
    - ✓ Proposer en interne le tarif TTA + indemnité de sujétion
    - ✓ Renfort du GHT
  - **Procédure de sécurisation de la/des structures d'urgence de l'établissement**
    - ✓ Exemple du GHEM (procédure transmise aux 14 autres structures):
      - **Mise en place d'une astreinte de sécurité** assurée par les médecins des services de médecine d'aval, destinée à être déclenchée en période de garde pour pallier à une absence inopinée de médecin urgentiste de l'établissement ou intérimaire
      - **Procédure de fonctionnement en mode dégradé:**
        - » Réorientation des consultations non urgentes
        - » Appui des médecins des services d'aval
        - » Appui des médecins smuristes et en dernier recours la fermeture d'une UMH pour renfort au SAU

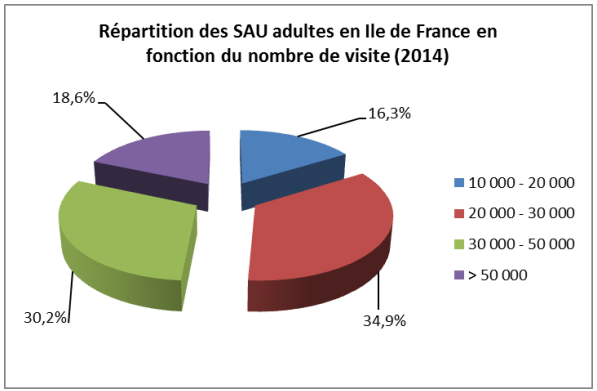
Point d'étape sur les actions entreprises depuis mars

Impact du Décret n° 2018-427 du 31 mai 2018 en Ile de France

Décrète :

Art. 1er. – A l'article D. 6124-11 du code de la santé publique, le deuxième alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'équipe de la structure mobile d'urgence et de réanimation intervient en dehors de l'établissement, l'activité de la structure des urgences est assurée par un médecin de l'établissement et un infirmier de la structure des urgences, présents sur place. A défaut, lorsque la faible activité de la structure des urgences et de la structure mobile d'urgence et de réanimation de l'établissement le permet, la présence médicale dans la structure des urgences est assurée par astreinte exclusive pour ce site, le délai d'arrivée du médecin étant compatible avec l'impératif de sécurité. Le médecin d'astreinte est appelé par son établissement dans la structure des urgences dès le déclenchement de la structure mobile d'urgence et de réanimation par le SAMU. »



Moins de 20 000 passages		Présence de SMUR
CHG	2	1
ESPIC	1	0
HIA	1	0
PRIVE	10	0
Total général	**14**	

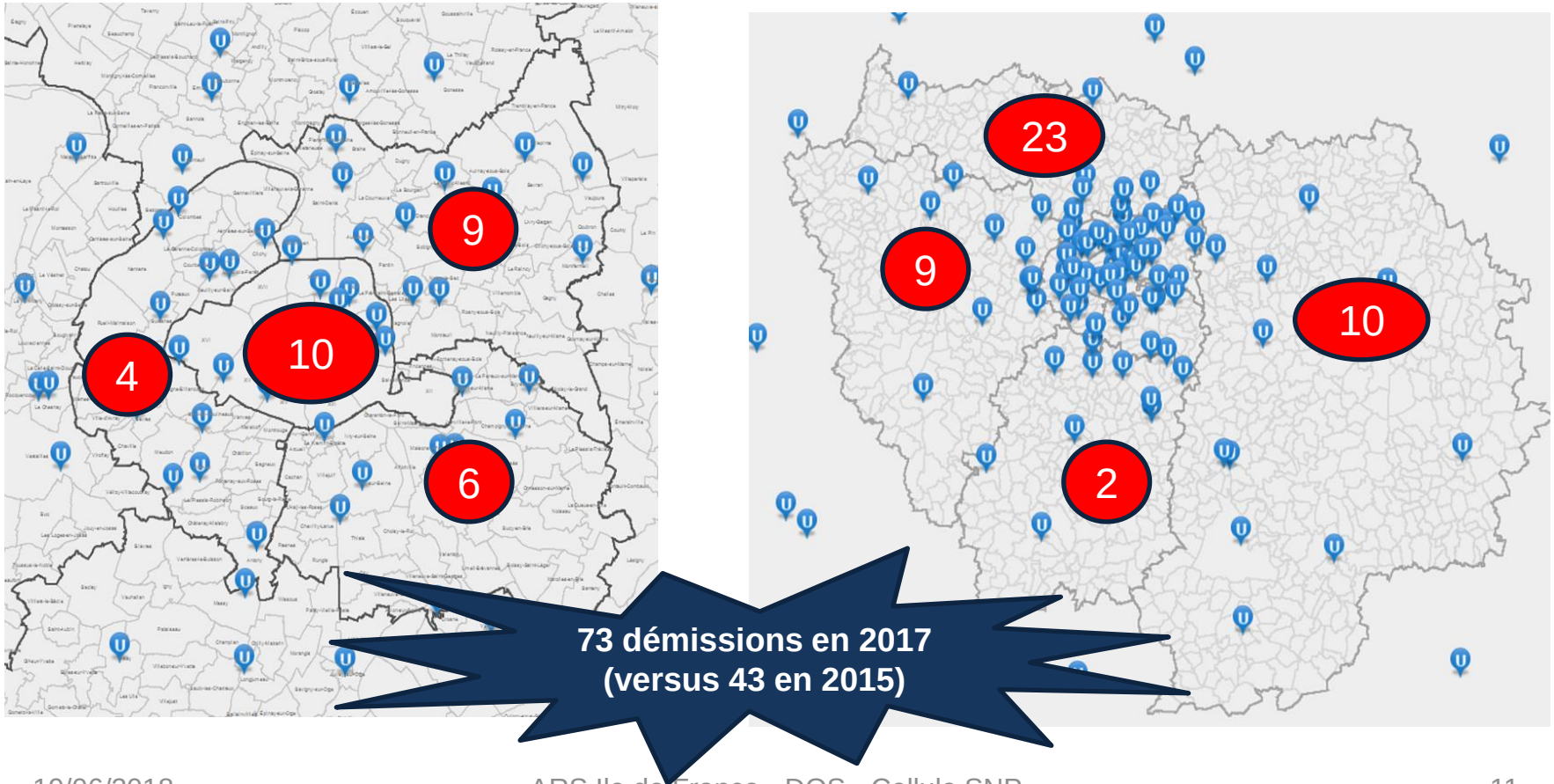
Turnover au sein des structures d'urgences

Synthèse régionale des résultats de l'enquête flash

- ETP disponibles (en activité) : 732,43 (765 en 2016)
- Postes vacants au 1er janvier 2018 : 148 (103 en 2016)
- Nombre d'heures d'intérim en 2017 : 33 780 heures (15429 heures en 2015)

Plages non pourvues au sein des structures d'urgences (2)

Synthèse régionale des résultats de l'enquête flash (Démissions)



Plages non pourvues au sein des structures d'urgences (3)

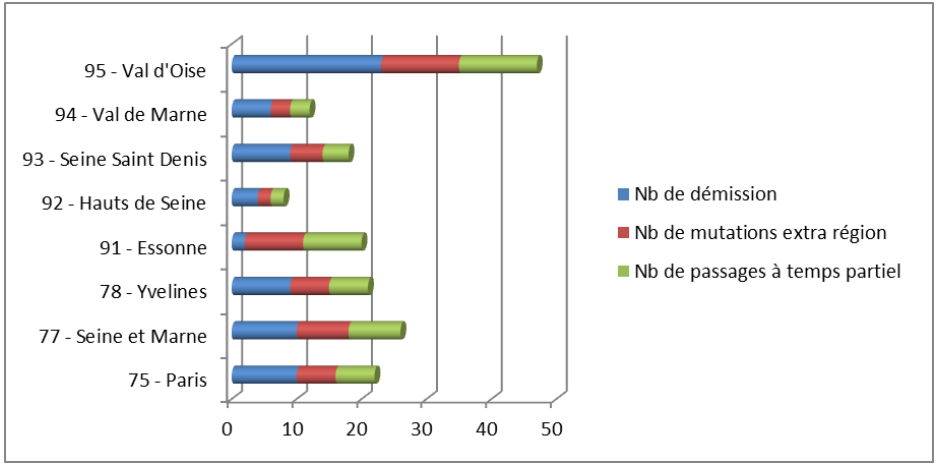
Synthèse régionale des résultats de l'enquête flash

- Mutation extra-région 2017 :

  ⬆ 51 (versus 8 en 2015)

- Passages à temps partiel 2017 :

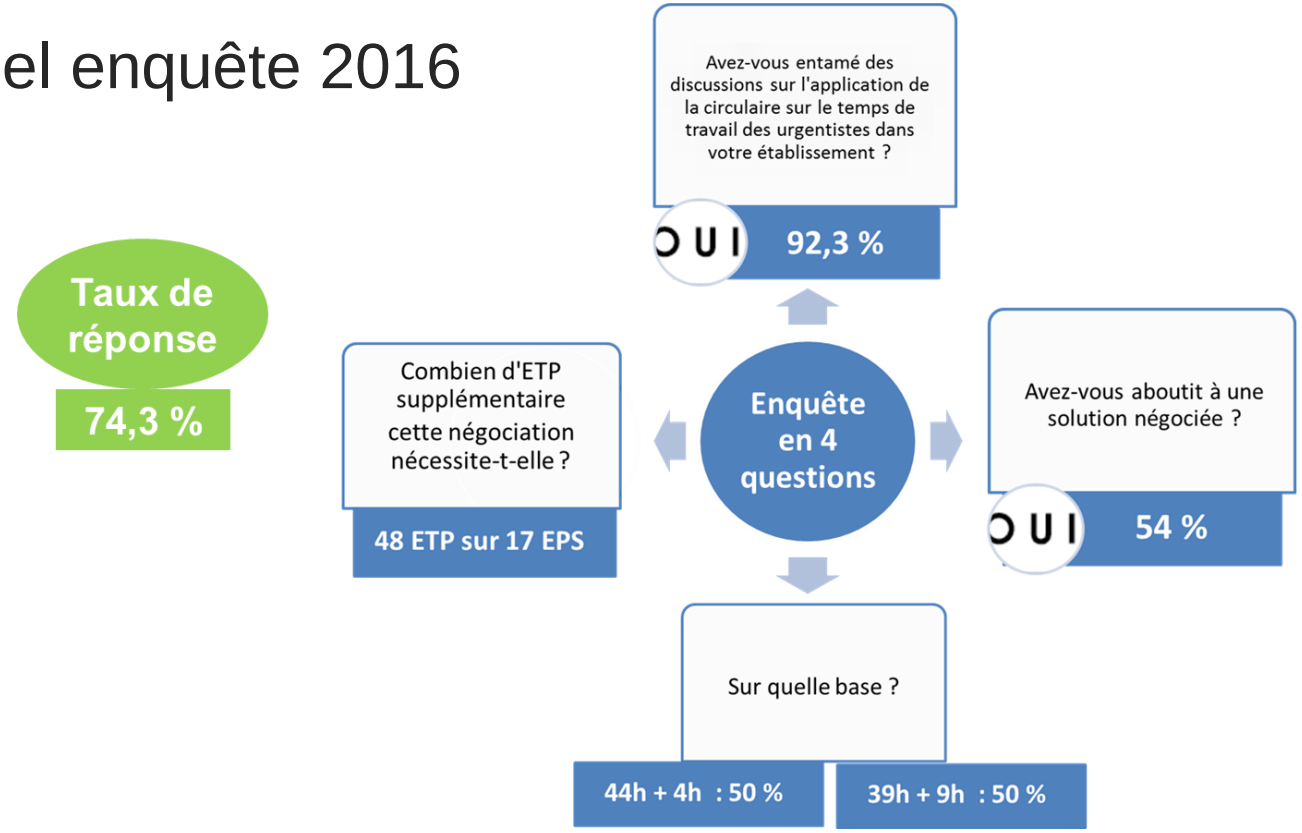
  ➡ 50 (versus 53 en 2015)



Point sur l'application de la Circulaire N° DGOS/2014/359

Synthèse régionale des résultats de l'enquête flash

❑ Rappel enquête 2016



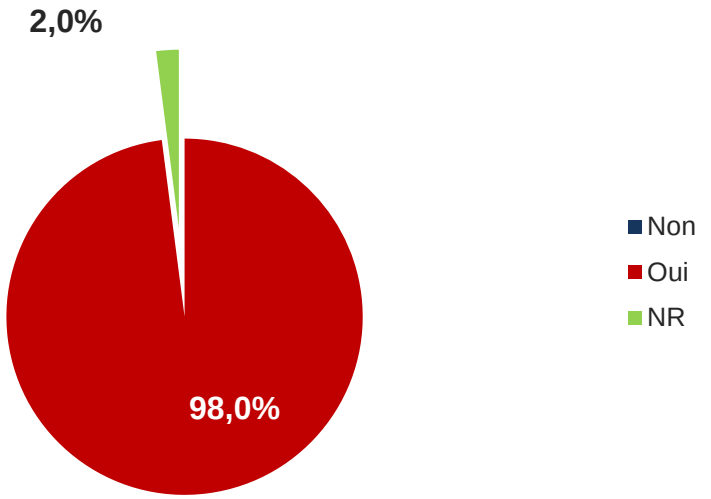
Point sur l'application de la Circulaire N° DGOS/2014/359 (2)

Synthèse régionale des résultats de l'enquête flash

Taux de réponse

96,1 %

Le décompte du temps de travail est-il organisé en temps continu dans la structure?



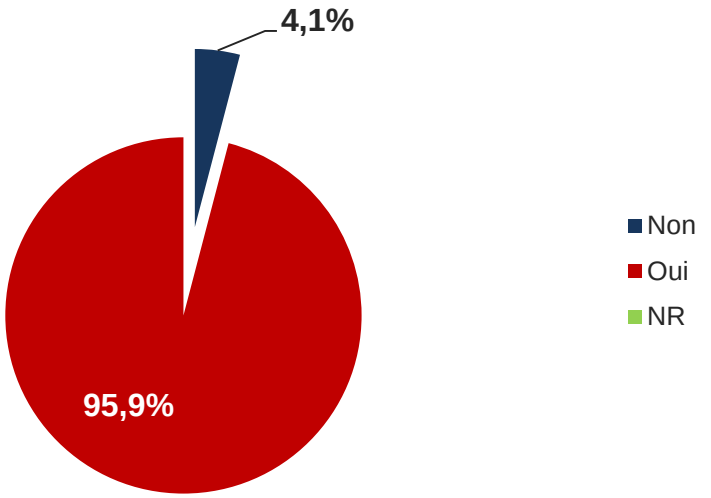
Point sur l'application de la Circulaire N° DGOS/2014/359 (2)

Synthèse régionale des résultats de l'enquête flash

Le référentiel national relatif au temps de travail des praticiens exerçant aux urgences et/ou SAMU et/ou SMUR a-t-il été mis en œuvre dans l'établissement ?

Taux de réponse

96,1 %



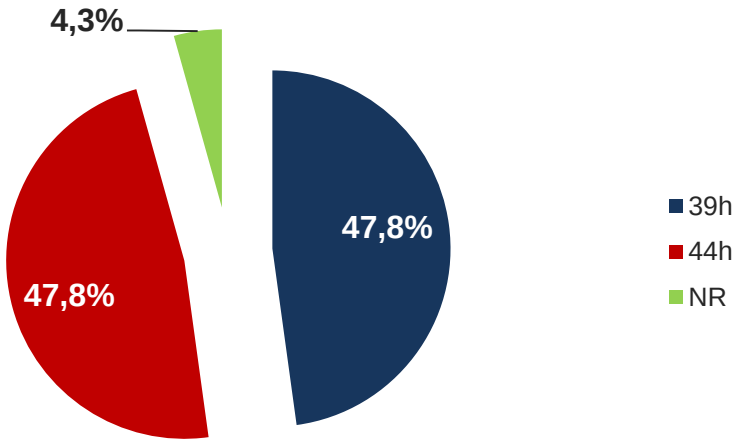
Point sur l'application de la Circulaire N° DGOS/2014/359 (2)

Synthèse régionale des résultats de l'enquête flash

Quel est la durée de travail clinique postée fixée dans votre structure ?

Taux de réponse

96,1 %



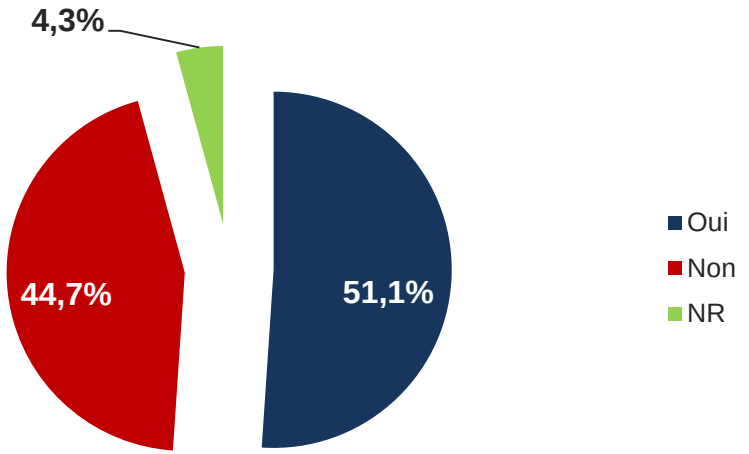
Point sur l'application de la Circulaire N° DGOS/2014/359 (2)

Synthèse régionale des résultats de l'enquête flash

Après la mise en œuvre du référentiel, indemnisez-vous le TTA à compter de la 40ème heure de travail clinique postée sous réserve que le forfait de temps non clinique soit accompli ?

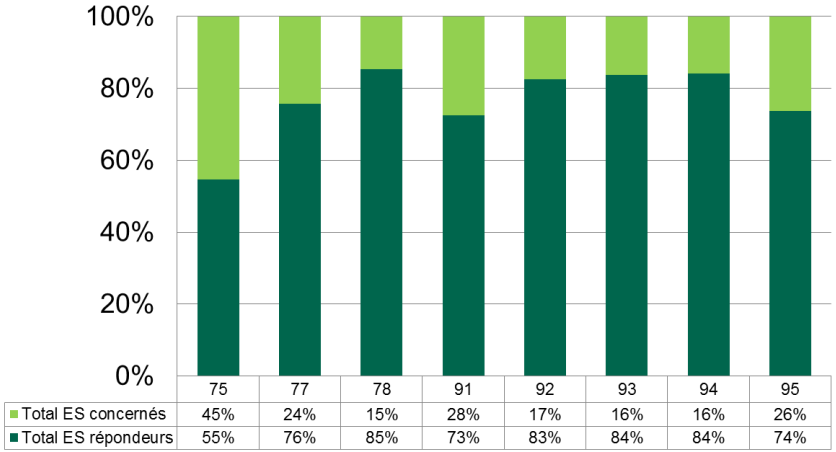
Taux de réponse

96,1 %



Point sur les prévisions capacitaires en lits

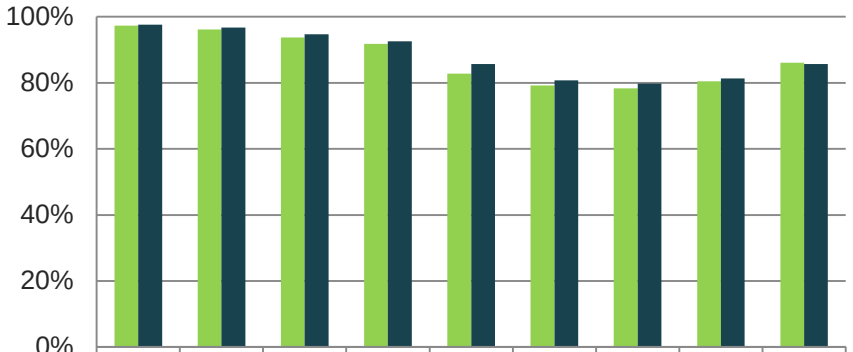
Participation à l'enquête estivale 2018
Répartition par départements



	75	77	78	91	92	93	94	95
Total ES concernés	45%	24%	15%	28%	17%	16%	16%	26%
Total ES répondeurs	55%	76%	85%	73%	83%	84%	84%	74%

299 sites répondeurs sur 398 concernés
- 75% de taux de participation en 2018
- +3% par rapport à 2017

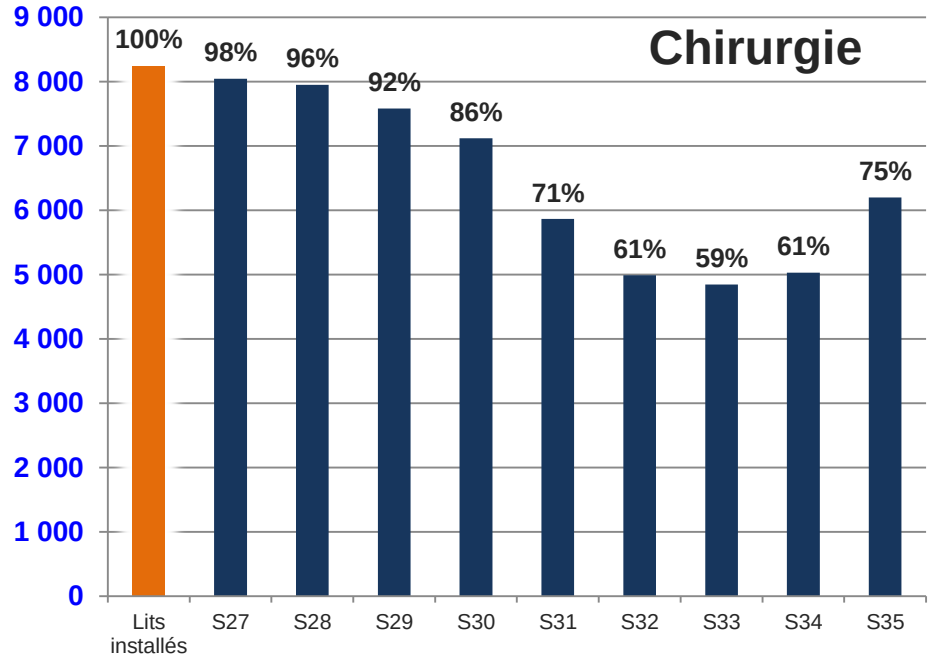
Taux d'ouverture des équipements en lits toutes disciplines au niveau régional
Analyse comparative été 2017/2018

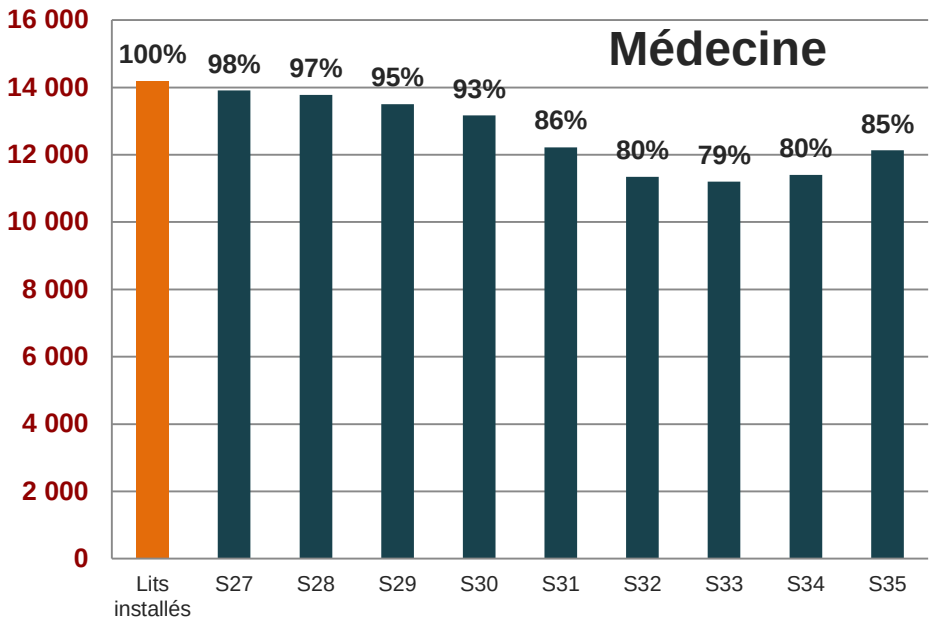


	S27	S28	S29	S30	S31	S32	S33	S34	S35
2017	97%	96%	94%	92%	83%	79%	78%	80%	86%
2018	98%	97%	95%	93%	86%	81%	80%	81%	86%

- 49738 lits répartis sur les disciplines MCO, psy et SSR sur les 299 sites répondeurs
- 80% de taux d'ouverture au plus bas sur les 3 premières semaines d'août

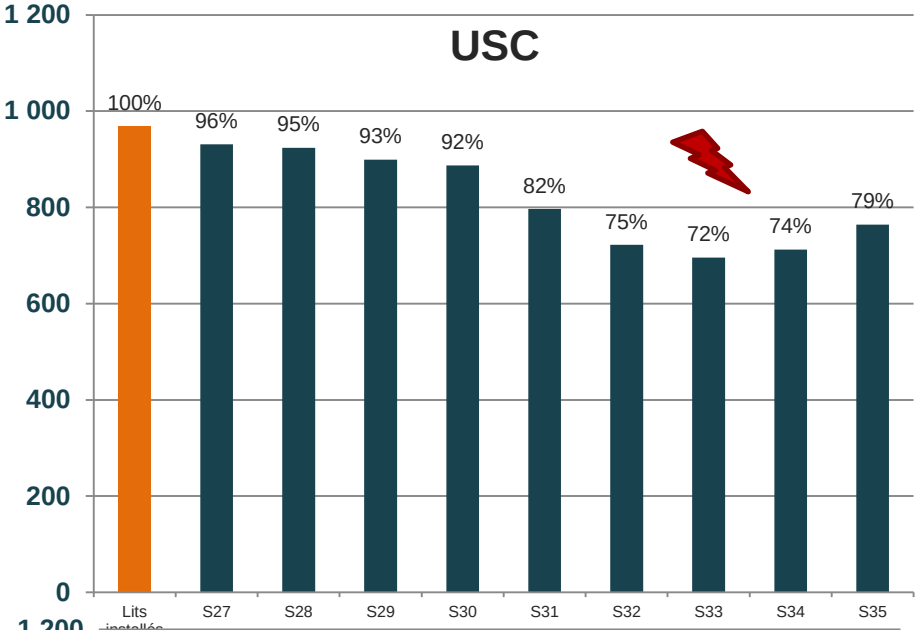
Point sur les prévisions capacitaires en lits adulte

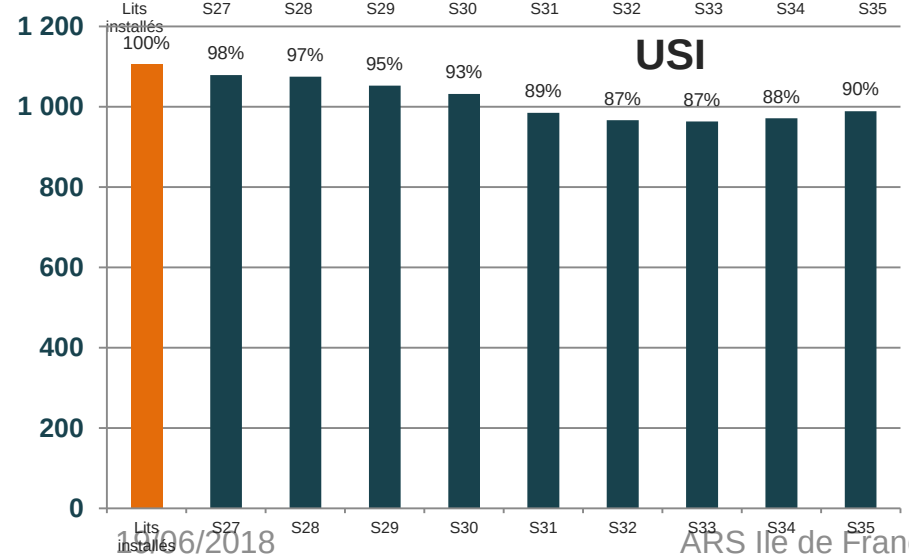


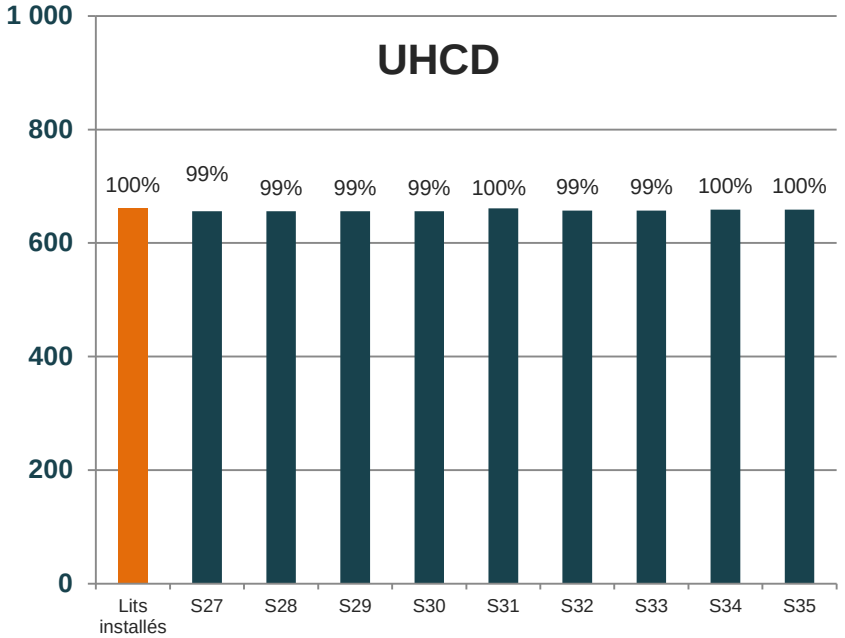


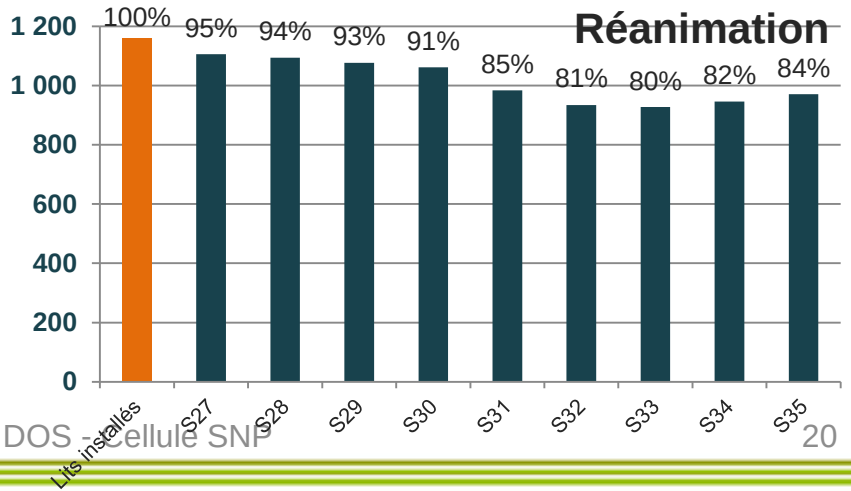
- Taux d'ouverture des lits chirurgie en dessous de 80% au mois d'août

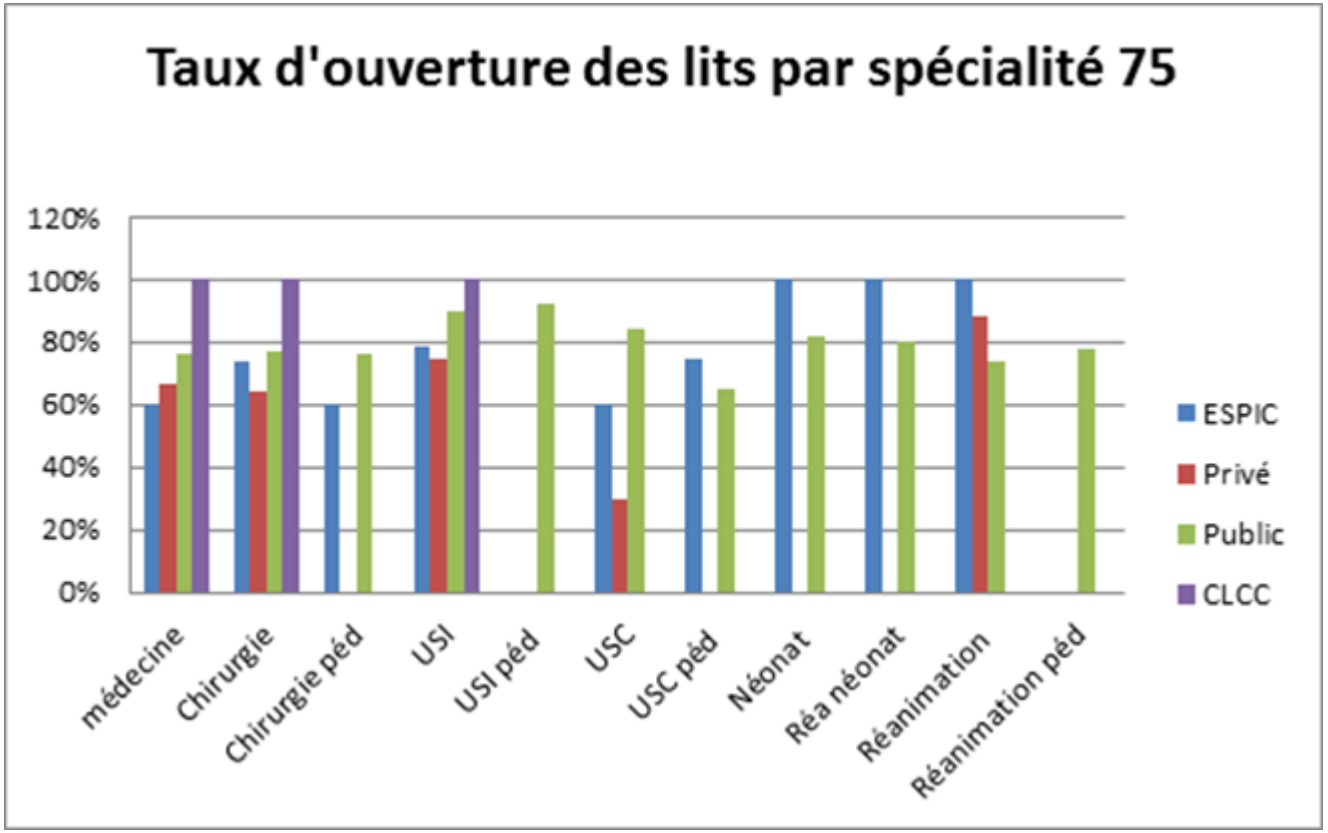
- Taux d'ouverture des lits de médecine en dessous de 80% pour les 3 premières semaines d'août


USC
1 200
1 000
800
600
400
200
0
100%
96%
95%
93%
92%
82%
75%
72%
74%
79%
Lits installés
S27
S28
S29
S30
S31
S32
S33
S34
S35

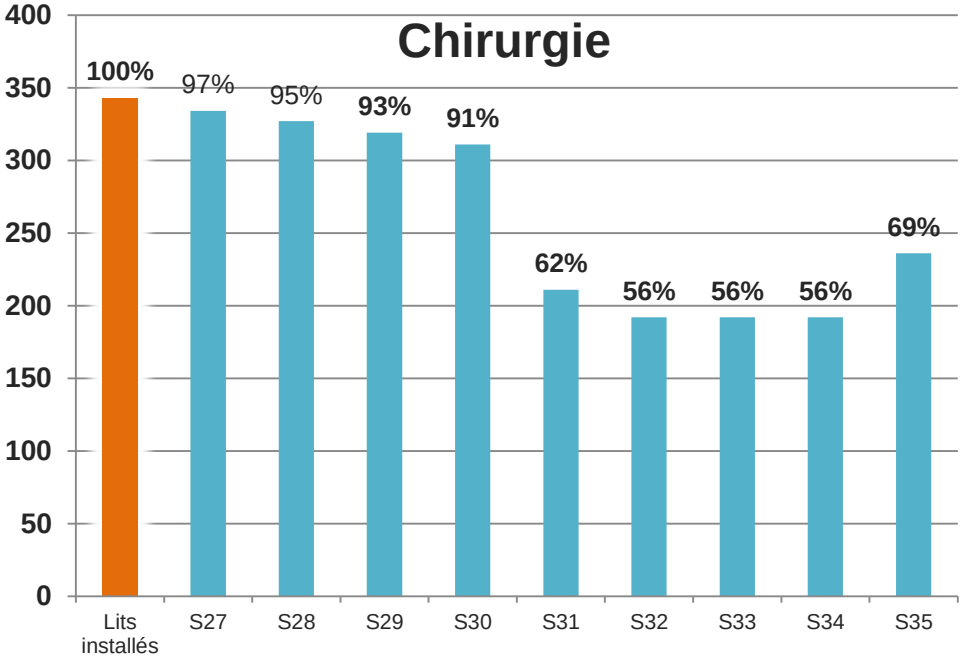

USI
1 200
1 000
800
600
400
200
0
100%
98%
97%
95%
93%
89%
87%
87%
88%
90%
Lits installés
S27
S28
S29
S30
S31
S32
S33
S34
S35

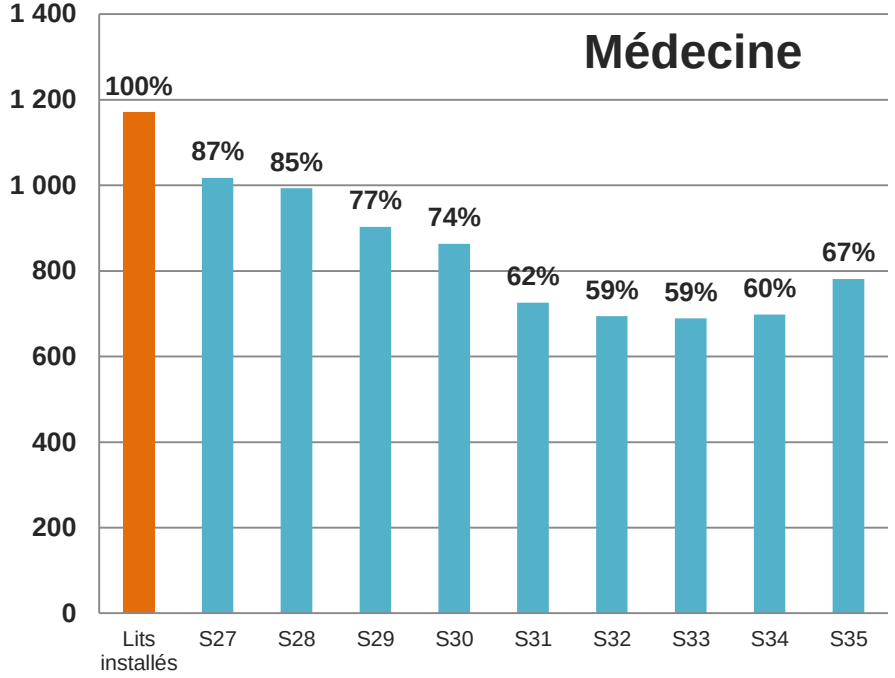

UHCD
1 000
800
600
400
200
0
100%
99%
99%
99%
99%
100%
99%
99%
100%
100%
Lits installés
S27
S28
S29
S30
S31
S32
S33
S34
S35


Réanimation
1 200
1 000
800
600
400
200
0
100%
95%
94%
93%
91%
85%
81%
80%
82%
84%
Lits installés
S27
S28
S29
S30
S31
S32
S33
S34
S35


Taux d'ouverture des lits par spécialité 75
120%
100%
80%
60%
40%
20%
0%
médecine
Chirurgie
Chirurgie péd
USI
USI péd
USC
USC péd
Néonat
Réa néonat
Réanimation
Réanimation péd
ESPIC
Privé
Public
CLCC

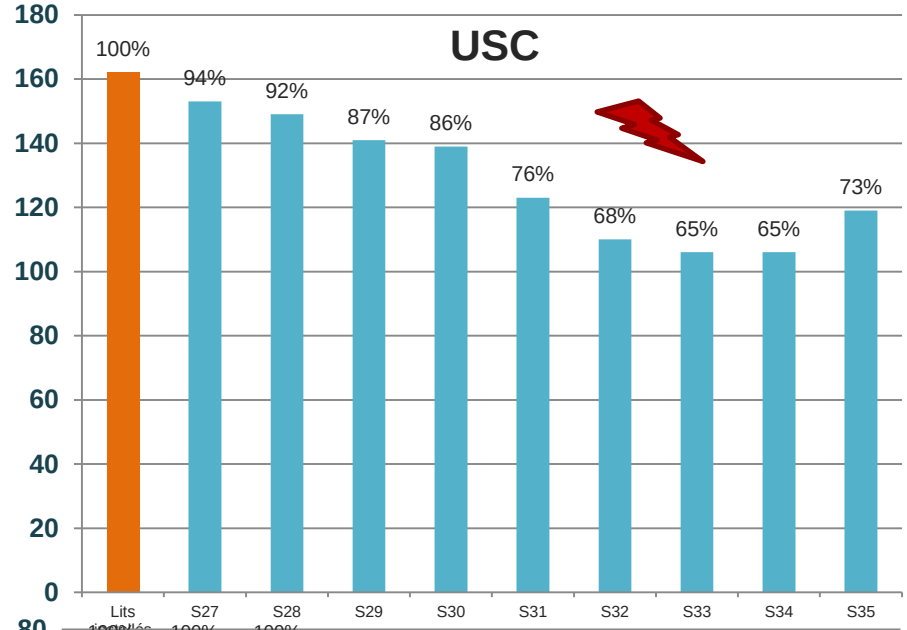
Point sur les prévisions capacitaires en lits pédiatrique

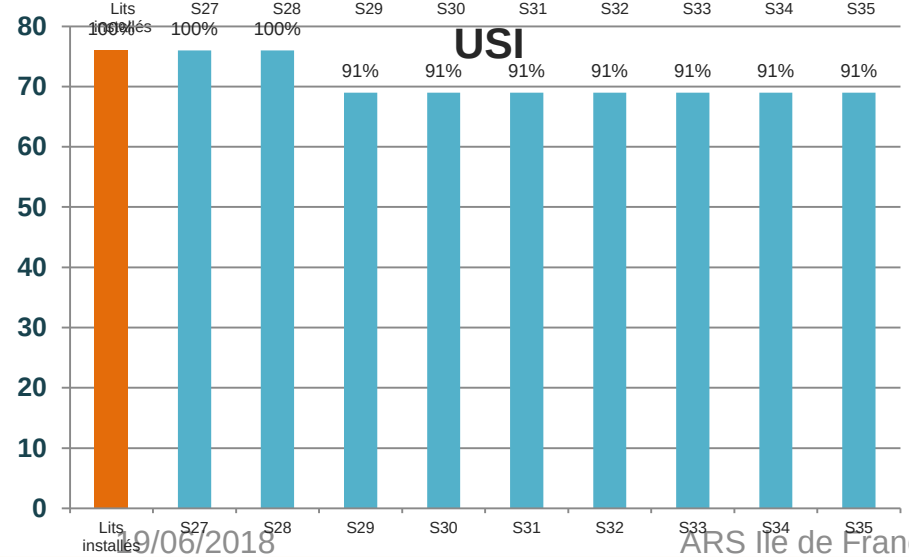


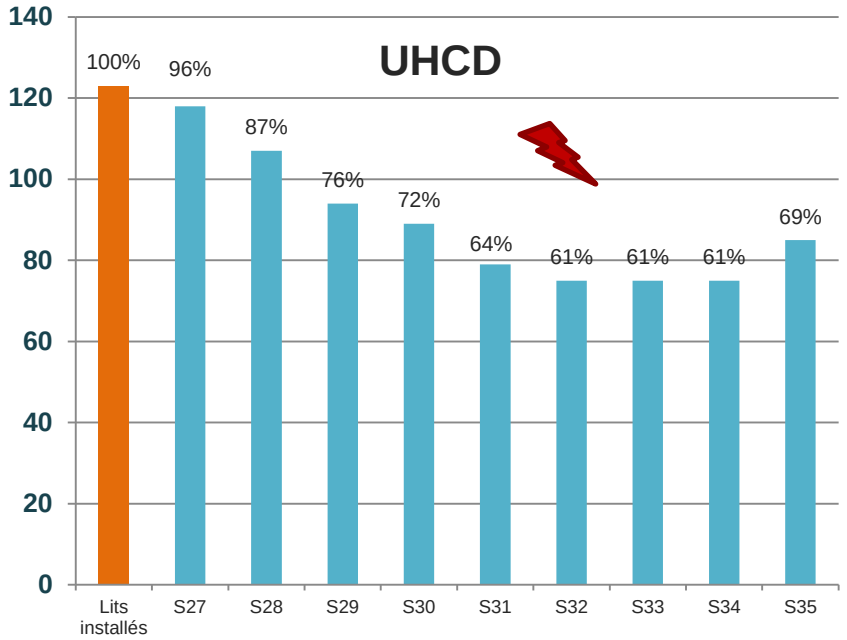


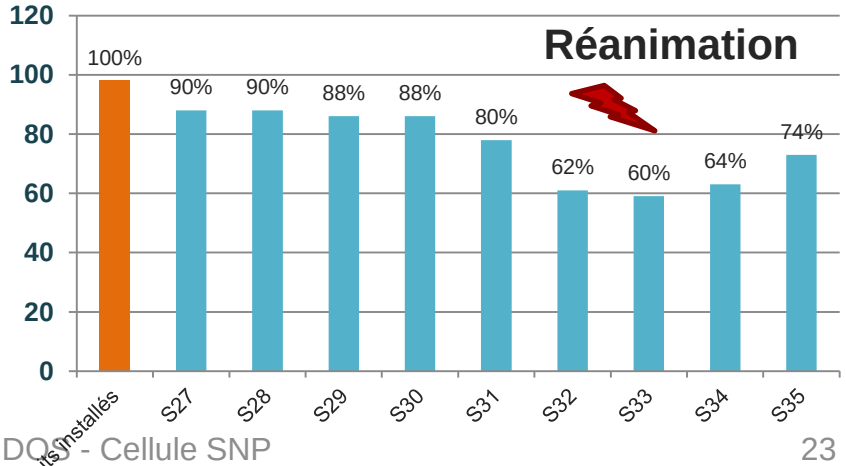
- Taux d'ouverture des lits de chirurgie <80% au mois d'août

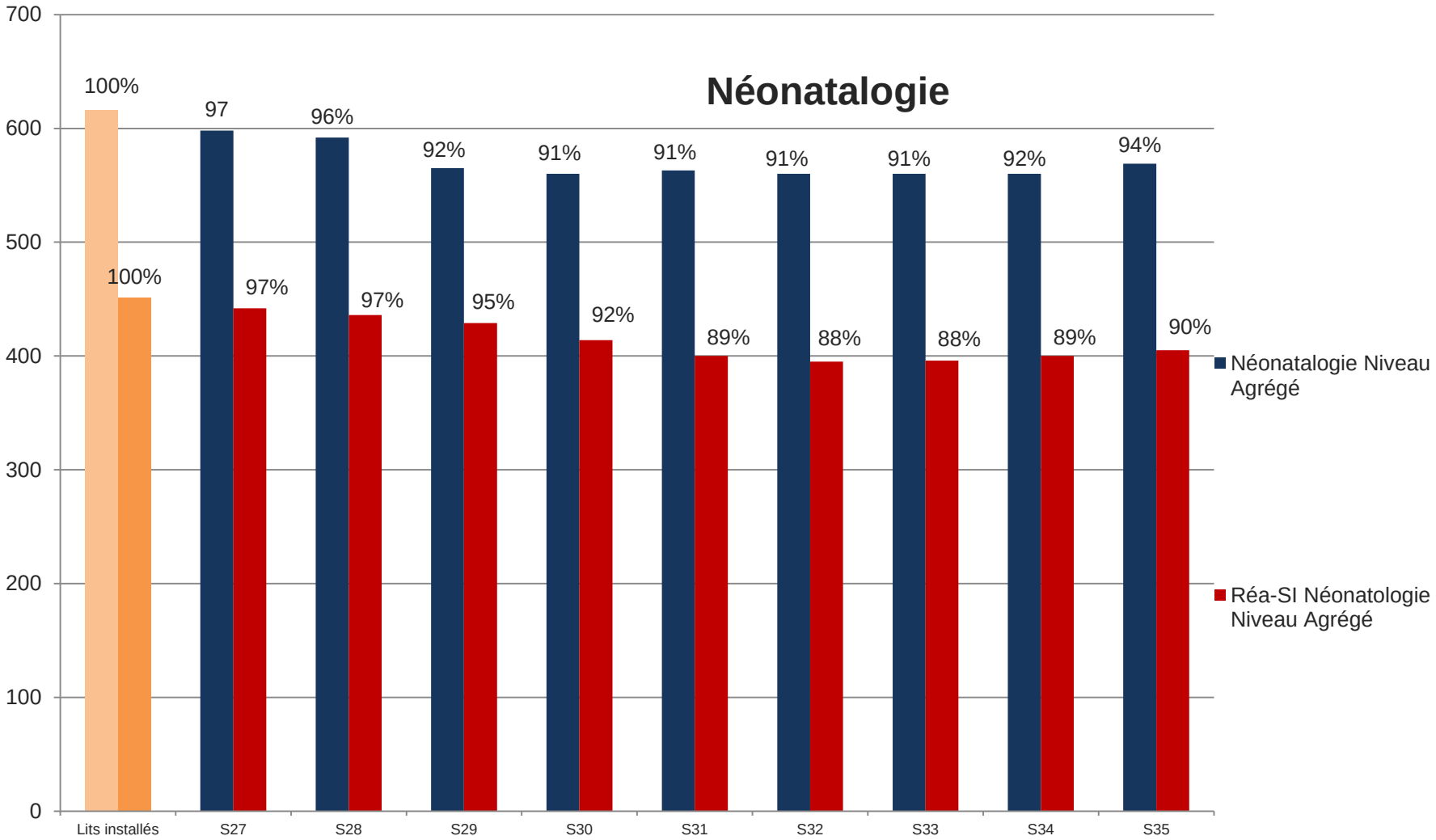
- Taux d'ouverture des lits de médecine <80% de mi juillet à fin août


USC
100%
94%
92%
87%
86%
76%
68%
65%
65%
73%
Lits installés
S27
S28
S29
S30
S31
S32
S33
S34
S35


USI
100%
100%
100%
91%
91%
91%
91%
91%
91%
91%
Lits installés
S27
S28
S29
S30
S31
S32
S33
S34
S35


UHCD
100%
96%
87%
76%
72%
64%
61%
61%
61%
69%
Lits installés
S27
S28
S29
S30
S31
S32
S33
S34
S35


Réanimation
100%
90%
90%
88%
88%
80%
62%
60%
64%
74%
Lits installés
S27
S28
S29
S30
S31
S32
S33
S34
S35


Néonatalogie
700
600
500
400
300
200
100
0
100%
100%
97
97%
96%
97%
92%
95%
91%
92%
91%
89%
91%
88%
91%
88%
92%
89%
94%
90%
Lits installés
S27
S28
S29
S30
S31
S32
S33
S34
S35
Néonatalogie Niveau Agrégé
Réa-SI Néonatologie Niveau Agrégé

POINT D’ACTUALITÉ SUR LE POOL RÉGIONAL D’URGENTISTES

Pistes d'évolution

- Simplification administrative
  - Expérimentation de l'inscription sans validation du chef de service?
  - Convention dématérialisée depuis l'application informatique avec signature électronique?
    - ✓ Evaluation faisabilité technique auprès du prestataire nécessaire
- Portage de la communication par l'ARS
  - Versus portage de la communication par le prestataire whoog jusqu'ici
  - Communication directe auprès des urgentistes via la mail liste du CNG
  - Communication sur la rémunération nette
  - Quid des ES prioritaires?

POINT SUR L'INTERIM MÉDICAL

Dominique Chareyre

Encadrement récent de l'intérim

Le recours à l'intérim médical dispose d'une base légale au sein du code de la santé publique

- Encadrement règlementaire: article L 6146-3 du code de la santé publique, décret du 24 novembre 2017, instruction du 28 décembre 2017

- Encadrement financier: arrêté 24 novembre 2017 (montant journalier de dépenses plafonné)

Distinction de deux types de recrutements temporaires

- Le recrutement par l'intermédiaire d'une entreprise de travail temporaire avec la conclusion d'un contrat de mise à disposition:

  -contrat conclu entre le centre hospitalier et l'entreprise de travail temporaire (rémunération de l'intérimaire par l'entreprise)

  -attestations obligatoirement fournies au CH (dont non cumul emploi et respect repos sécurité)

  -respect d'un plafond journalier dégressif jusqu'en 2020 encadrant la rémunération

- Le recours aux praticiens contractuels: recrutement de gré à gré (via des agences de type chasseurs de tête, sous des statuts hospitaliers : PHC, attaché)

Les difficultés liées au boycott de ce texte par les médecins remplaçants

- Au niveau national constitution d'un collectif de médecins remplaçants préconisant le boycott de certains hôpitaux depuis mars 2018 : des difficultés localisées (Rhône Alpes et Grand Est essentiellement) qui se surajoutent aux problèmes récurrents de recrutement dans certaines spécialités (anesthésie, bloc, urgences)

- IDF relativement préservée du boycott car marchés publics antérieurs au 1er janvier 2018

Les actions engagées

- Au niveau national:

  -le ministère a saisir la DGFIP et le CNOM

  -communique du CNOM le 4/6/18 (sanctions disciplinaires)

- Au niveau régional:

  -En Ile de France et dans plusieurs régions, un courrier a été adressé par l'ARS à tous les établissements afin de rappeler la règlementation en vigueur

  -à l'APHP réflexion engagée sur un marché public global pour l'APHP

  -réflexion engagée ans d'autres régions sur des stratégies de groupes et des marchés « régionaux »pour éviter les concurrences entre EPS

- A venir:

  -Chantier de refonte de la règlementation sur les urgences à la rentrée 2018