
Directeur d'hôpital

Promotion : **2023-2024**

Date du Jury : **11 octobre 2024**

**La paramédicalisation du SMUR : une
réponse territoriale à une pénurie de
personnels ou un niveau
d'intervention complémentaire ?**

**La mise en place d'une équipe paramédicalisée
de médecine d'urgence au CHU Dijon
Bourgogne.**

Hugo DA CUNHA

Remerciements

Ce mémoire est une étude sur un sujet qui n'a pas fait partie de mes missions de stage mais qui a attiré mon attention dès le début. Il a participé à préciser ma vision du service public hospitalier, renforcé mes convictions concernant la prise en compte des enjeux relatifs à la répartition territoriale de l'offre de soins et m'a permis de comprendre à quel point l'hôpital est un environnement où tous les professionnels – médecins, soignants, agents techniques ou administratifs – sont interdépendants. J'ai acquis la conviction que l'engagement des professionnels au service du bien commun et des patients est la condition indispensable à tout projet hospitalier. Comme futur directeur d'hôpital, je souhaite inscrire ces relations d'interdépendance et de confiance dans ma pratique professionnelle.

J'adresse naturellement mes premiers remerciements à mon tuteur de stage, M. Romain FISCHER pour sa confiance. Je tiens à lui exprimer ma reconnaissance de m'avoir suggéré d'approfondir ce sujet innovant, de m'avoir accompagné dans mes projets tout au long du stage et associé à l'ensemble des sujets traités à la DRH.

Des remerciements singuliers à M. Freddy SERVEAUX, Directeur Général, et M. Lionel PASCINTO, Directeur Général Adjoint, pour la liberté d'action et d'initiative qu'ils m'ont laissée afin de mener à bien mes diverses missions pendant ce stage de direction. Je remercie aussi à tous les collègues de l'équipe de direction du CHU Dijon Bourgogne pour l'accueil qu'ils m'ont réservé, leur disponibilité et la qualité de nos échanges. Leur connaissance du milieu hospitalier, leurs expériences de terrain et leurs conseils avisés ont été pour moi une expertise précieuse et m'ont permis d'enrichir ma future pratique professionnelle. Merci également à Pr Alain BONNIN et Dr Christophe MICHIELS, Président et Vice-président de la CME, pour l'intérêt qu'ils ont porté à la thématique de ce mémoire.

En rédigeant ce mémoire, je pense enfin à toute l'équipe du pôle ARCUMEL et du SAMU, et plus généralement à tous les professionnels du CHU. Ils ont permis d'étayer mes réflexions par leurs retours d'expériences, leurs points de vue sur la question et les éventuelles recommandations qu'ils ont pu me faire. Travailler à leurs côtés, pour le service public, au service des patients, a été une expérience formidable sur le plan professionnel et humain.

Sommaire

Introduction	1
1 La tension sur le pré hospitalier, liée à une augmentation des besoins et des ressources humaines contraintes, a conduit les pouvoirs publics à proposer aux établissements des nouvelles modalités de prise en charge par le SMUR.	7
1.1 Le service des urgences de Dijon, en particulier le SMUR, est de plus en plus sollicité sur un territoire aux disparités importantes.	7
1.1.1 Définition de la situation du CHU Dijon Bourgogne : un établissement en première ligne dans un territoire aux disparités démographiques et territoriales importantes.....	7
1.1.2 La forte augmentation des besoins de prise en charge contribue à une hausse significative de l'activité du SMUR 21.	13
1.1.3 Le sous-effectif médical au secteur pré hospitalier du CHU pose des problèmes importants d'attractivité et d'organisation dans un contexte estival déjà tendu.....	15
1.2 Les pouvoirs publics ont apporté une première réponse aux besoins de santé en restructurant l'offre de soins d'urgence vitale et de réanimation sur le territoire.....	17
1.2.1 Les réformes menées au niveau national doivent permettre de soulager la pression sur le pré hospitalier.	17
1.2.2 Le CHU, avec l'appui de l'ARS Bourgogne Franche-Comté, s'est saisi des évolutions réglementaires pour lancer la réorganisation de son SMUR et mettre en place une équipe paramédicalisée du SMUR.	21
2 Entre craintes et espoir, la configuration paramédicalisée du SMUR doit répondre à plusieurs défis pour proposer une réponse effective et graduée à la demande de soins urgents.....	24
2.1 L'enjeu de ressources humaines : accompagner les personnels paramédicaux dans la montée en compétences, signe de l'attractivité du dispositif.	24
2.1.1 La valorisation des acquis de l'expérience des infirmiers pour intégrer l'UMHP demeure la politique institutionnelle.	25
2.1.2 Mobiliser et trouver les talents au CHU Dijon Bourgogne : le choix de favoriser le passage d'IDE à IADE via les promotions professionnelles.....	27
2.2 L'enjeu financier : le coût de l'UMHP pour le CHU peut nécessiter un appui de la tutelle. 34	

2.3	L'enjeu Qualité : l'analyse descriptive des activités de l'UMHP témoigne de la sécurité des interventions pour le patient.	36
2.3.1	L'équipage d'une UMHP intervient dans des conditions précises et prédéfinies par des protocoles de soins et de coopération.	36
2.3.2	La finalité demeure la prise en charge plus efficace et sécurisée du patient et une plus grande réactivité dans l'adaptation des moyens engagés.	37
2.3.3	La responsabilité juridique médico-légale lors des interventions de l'équipe paramédicalisée du SMUR est clarifiée.	41
3	La mise en œuvre d'une UMHP nécessite une gestion de projet collaborative et territoriale qui s'inscrit dans le cadre d'une politique d'attractivité paramédicale et médicale renouvelée.	43
3.1	Le bon fonctionnement de l'équipe paramédicalisée est indissociable d'une adhésion globale de l'équipe projet et d'un accompagnement au changement.	43
3.1.1	La concertation et l'évaluation : un préalable indispensable à la mise en place d'une offre de soins complémentaire.	43
3.1.2	Le besoin d'information des usagers du service public et des professionnels est primordial, notamment sur le transport primaire.....	46
3.2	A plus long terme, la pérennité de cette configuration paramédicalisée doit aller de pair avec une politique d'attractivité renouvelée et le renforcement de la territorialisation.	48
3.2.1.	Renforcer l'attractivité de l'équipe paramédicalisée tout en garantissant la qualité de la prise en charge.	48
3.2.2.	Travailler aux solutions alternatives à l'envoi d'un SMUR dans une dynamique territorialisée à l'échelle du GHT : l'importance des professionnels de santé de ville. 50	
	Conclusion	52
	Bibliographie	53
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ARCUMEL : Anesthésie Réanimation Chirurgie Urgences Médecine Légale.

ALD : Affection Longue Durée.

ARM : Assistant de Régulation Médicale.

ARS : Agence Régionale de Santé.

CCAR : Comité Consultatif d'Allocation des Ressources.

CH : Centre Hospitalier.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CPTS : Communauté Professionnelle Territoire de Santé.

CSP : Code de la Santé Publique.

CS : Cadre de Santé.

CSS : Cadre Supérieure de Santé.

CV : Curriculum Vitae.

DAM : Direction des Affaires Médicales.

DRH : Direction des Ressources Humaines.

DPC : Développement Professionnel Continu.

DS : Direction des Soins.

DUMU : Département Universitaire de Médecine d'Urgence.

ECG : Electrocardiogramme.

EI : Évènement indésirable.

EIG : Évènement indésirable grave.

EPMU : Équipe Para médicalisée de Médecine d'Urgence.

ETP : Équivalent Temps Plein.

F3SCT : Formation Spécialisée en Santé, Sécurité et Conditions de Travail.

FAE : Formation d'Adaptation à l'Emploi.

FFCS : Faisant Fonction Cadre de Santé.

FIR : Fonds d'Intervention Régional.

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire.

GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences.

IADÉ : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat.

ICS : Infirmier Correspondant du SAMU.

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat.

IDEL : Infirmier Diplômé d'Etat Libéral.

ISP : Infirmier Sapeur-Pompier.

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique.

MIG : Mission d'Intérêt Général.

MMG : Maison Médicale de Garde.
MRL : Médecin Régulateur Libéral.
MRU : Médecin Régulateur Urgentiste.
OS : Organisations Syndicales.
PH : Praticien Hospitalier.
PISU : Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence.
PMP : Projet Médical Partagé.
PRS : Projet Régional de Santé.
RH : Ressources Humaines.
RU : Représentants des Usagers.
SAMU : Service d'aide médicale d'urgence.
SAU : Service d'Accueil des Urgences.
SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours.
SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence.
SMUR : Structure mobile d'urgence et de réanimation.
SRAU : Service Régional d'Accueil des Urgences.
SROS : Schéma Régional de l'Offre de Soins.
TIIH : Transport Infirmier Inter Hospitalier.
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.
UMHP : Unité Mobile Hospitalière Para médicalisée.
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé infirmiers.
VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes.

« Il faut profiter de l'occasion de porter secours avant qu'elle n'échappe et on sauvera ainsi le malade pour avoir su en profiter ».

HIPPOCRATE, Traité des Maladies, 420 à 350 av. JC.

Introduction

Si la France comptait 347 médecins pour 100 000 habitants en 2018, le Royaume-Uni – qui considère le *National Health System* comme le « joyau » du Royaume – en comptait 284, soit 19% de moins¹. Pourtant, dans les pays anglo-saxons et en particulier le Royaume-Uni, les infirmiers et les personnels paramédicaux en général disposent de compétences plus larges dans les domaines de la promotion de la santé, le suivi des pathologies chroniques ou les consultations de premier recours. Le choix de recentrer le médecin sur des fonctions de soins plus complexes, plus techniques et nécessitant réellement un appui médical est révélateur des modalités anglo-saxonnes de prise en charge des urgences pré hospitalières. En effet, si la stratégie française de prise en charge des urgences pré hospitalières repose essentiellement sur un système de « Stay and Play », c'est-à-dire de médicalisation pré hospitalière, le Royaume-Uni a développé un système pré hospitalier composé des ambulances de maintien de la *Basic Life Support* ou de l'*Advance Life Support*. Les 7000 ambulanciers paramédicaux, formés aux gestes et aux compétences d'urgence en 2 ans, ont pour objectif de sécuriser le patient et de le transférer au plus vite vers le service d'urgence le plus proche. Le secteur pré hospitalier anglais peut aussi s'appuyer sur les *Paramedics*, qui sont des techniciens de médecine d'urgence en soins avancés – sans équivalent en France – formés spécifiquement à la prise en charge de certains profils de patients, suivant une procédure et des protocoles de soins stricts.

En France, dans le cadre de la mission *Flash* sur les urgences qui fait suite aux tensions sur les ressources humaines médicales et non-médicales à l'été 2022, il est annoncé l'expérimentation d'une équipe paramédicale de médecine d'urgence dans les établissements de santé. Cette annonce préfigure-t-elle une transformation complète du modèle de prise en charge pré hospitalière, d'un modèle médicalisé à une déconcentration des compétences vers les infirmiers ?

Prendre en charge l'urgence hospitalière.

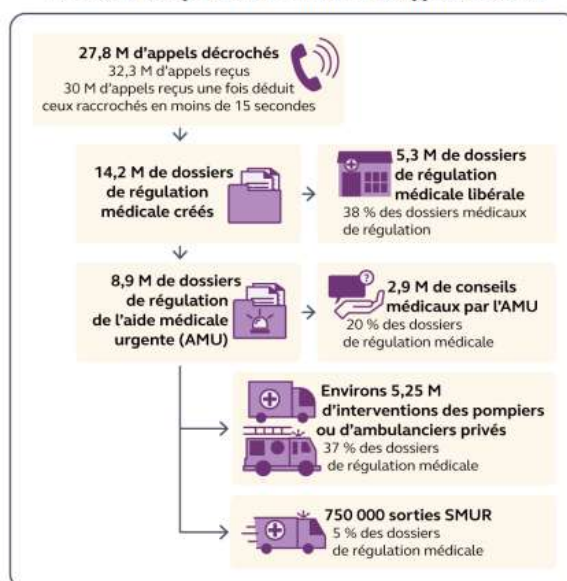
Créés dans les années 1950 afin de porter assistance aux accidentés de la route ou de transférer des patients complexes entre établissements, les SMUR sont des équipes mobiles hospitalières dotées de matériels de réanimation dont les équipages sont formés à l'urgence. Le SMUR a pour missions d'assurer la prise en charge d'un patient dont l'état requiert une prise en charge de réanimation, de transporter ce patient vers l'hôpital le plus

¹ LAFORTUNE G., MUELLER M. (2020). *Comment la France se compare-t-elle aux autres pays de l'OCDE en matière de dépenses pour les soins primaires, de nombre et de revenu des médecins généralistes ?* Revue française des affaires sociales, 1 (pp. 303-312).

proche et d'assurer le transfert entre deux établissements pour un patient nécessitant une prise en charge par un médecin². Le SMUR comprend donc un médecin.

La création de SMUR s'inscrit d'ailleurs dans un contexte où les besoins et demandes de soins sont de plus en plus importants. En effet, la modification de l'offre de soins de premier recours va aussi de pair avec l'arrivée de nouvelles habitudes de consommations de soins. La mise en place du *Numerus Clausus*³ en 1971 limitant le nombre d'étudiants dans les études de médecine a contribué à la régulation du nombre de praticiens sur le territoire et la suppression de l'obligation de garde des médecins libéraux en 2003⁴ a contribué à l'augmentation significative de l'activité des SMUR et du SAMU. S'ajoutent à ces évolutions réglementaires une tension sur les ressources médicales hospitalières, des difficultés de recrutement de ressources paramédicales et une difficulté sur l'aval des urgences. Dans ce contexte, entre 2014 et 2021, le nombre d'appels reçus par les SAMU est passé de 26 à 32,3 millions, soit une augmentation de 22%⁵ et une augmentation de 38% sur le nombre de dossiers de régulation médicale créés. Dans ce contexte, on compte en 2022 près de 750 000 sorties SMUR, soit 5% des dossiers de régulation médicale⁶.

Schéma n° 2 : répartition et traitement des appels aux Samu



Sources : Cour des comptes à partir des données SAE, Cnam et statistiques du ministère de l'intérieur, 2021

² www.sae.drees-faq.sante.gouv.fr/sites/sae.drees-faq.sante.gouv.fr/files/2023/12/SMURSAMU_AR_2023.pdf

³ Loi n°1971-557 du 12 juillet 1971, JORF du 13 juillet 1971.

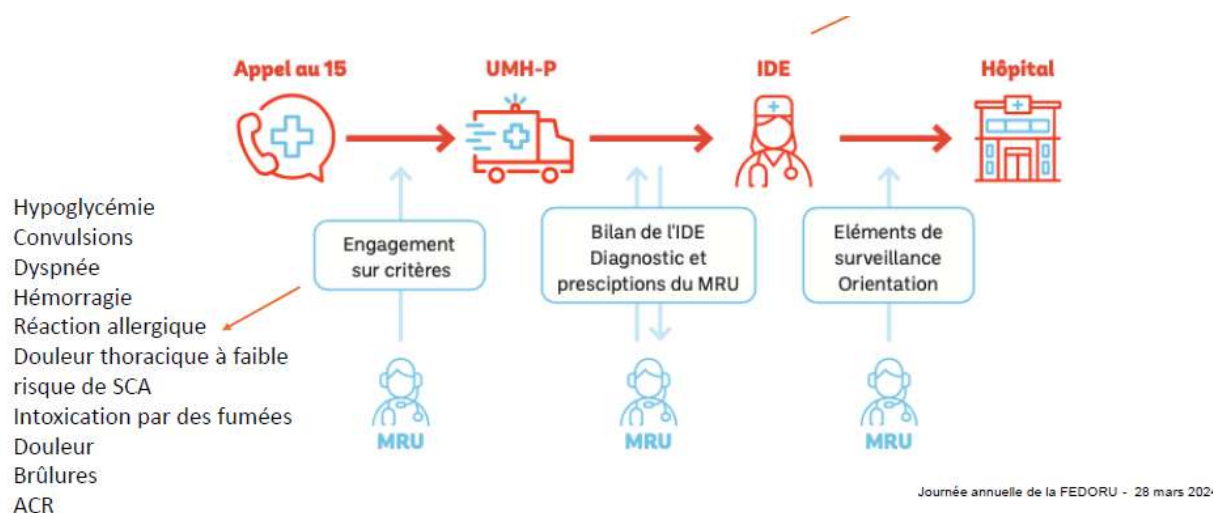
⁴ Décret n°2203-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique.

⁵ Cour des Comptes, Les SAMU et les SMUR : des évolutions en cours à poursuivre, mai 2023.

⁶ Ibid.

Engager l'action, innover, expérimenter.

Dans ce contexte, et après la période Covid-19, de nombreuses mesures destinées à atténuer l'impact des dysfonctionnements ont été prorogées : plan de refondation des urgences (2019), mission Flash sur les urgences et les soins non-programmés (2022), etc. La réforme des autorisations de médecine d'urgence⁷ prévoit désormais la possibilité d'une intervention du SMUR dans une nouvelle configuration, avec seulement un infirmier et un ambulancier. Ces derniers agissent en vertu de protocoles de soins précis et réglementés, à l'aide de nouvelles technologies numériques plus connectées. C'est ce qu'on appelle l'UMHP, qui regroupe l'EPMU pour le transport primaire et le T2IH pour le transport secondaire. Elle constitue une véritable adaptation des modalités d'interventions en fonction de la pathologie du patient et permet une gradation de la prise en charge sans forcément avoir besoin du médecin urgentiste. Si un MRU suit constamment la prise en charge du patient par l'UMHP, ce nouveau dispositif va dans le sens d'un renforcement des compétences et de la motivation des personnels paramédicaux qui assurent la prise en soins.



Contexte de la mise en place de l'UMHP au CHU de Dijon.

Le CHU Dijon Bourgogne, objet de cette étude, ne fait pas exception aux difficultés liées à l'augmentation de l'activité du SMUR et la raréfaction de la ressource médicale. Le service des urgences est marqué par une pénurie de médecins urgentistes, aussi bien sur le secteur pré qu'intra hospitalier. Ce déficit de ressources humaines médicales a atteint le niveau le plus aigu cette année, en particulier pour l'été 2024, où le SRAU fonctionne uniquement avec 22 ETP de médecins urgentistes alors qu'il en faudrait 43 pour un

⁷ Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence et décret n°2023-1376 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité autorisée de médecine d'urgence.

fonctionnement normal. Pour autant, l'établissement a mis en œuvre rapidement une réorganisation des prises en charge des patients nécessitant des soins d'urgence ou de réanimation. Il est le premier CHU de France à avoir lancé, dès 2019, les T2IH pour les transports secondaires. Il s'est lancé ensuite dans la pérennisation d'une équipe paramédicale du SMUR dès décembre 2022 qui intervient sur des situations précises.

La mise en place d'une EPMU, en complément du T2IH, permettrait *a priori* d'adapter la réponse de la régulation au juste besoin du patient et de limiter les sorties SMUR médicalisés aux cas nécessitant la présence effective d'un médecin urgentiste. Pourtant, des craintes s'expriment, notamment de la part du personnel médical. Risque pour la sécurité du patient ? Déclassement du métier d'urgentiste ? Manque d'attractivité de l'EPMU pour les soignants ?

Ainsi, trois enjeux se posent alors que le contexte démographique, territorial et hospitalier demeure encore fragile :

- D'abord, un enjeu lié aux ressources humaines médicales et paramédicales : formation initiale et continue des professionnels, identification et valorisation des compétences, coordination de la formation entre tous les établissements du territoire pour davantage d'efficacité, utilisation juste de la ressource médicale, etc.
- Ensuite un enjeu lié à la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient : importance de la traçabilité de l'information, respect des droits des patients, impact des protocoles de coopération et des protocoles de soins sur la prise en charge, place du MRU et de l'urgentiste dans le suivi de l'UMHP⁸, etc.
- Enfin, un enjeu lié à l'accompagnement au changement et à la gestion de projet : nécessité de communiquer en interne et en externe sur ce nouveau dispositif afin de garantir la confiance et la satisfaction du patient, inclusion toutes les parties prenantes à un tel projet, travail de persuasion et d'adhésion des équipes médicales à ce nouveau type de prise en charge.

Méthodologie d'élaboration du mémoire.

Ce sujet n'est pas une de mes missions de stage de direction mais m'a particulièrement intéressé dans la mesure où il témoigne de la capacité d'innovation des établissements de santé pour modifier la prise en soins et l'adapter au juste besoin du patient. Il illustre également la pluralité des rôles que joue le directeur d'hôpital, sur le court terme avec la construction d'une réponse aux problématiques de santé publique et d'accessibilité des

⁸ Rapport du Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes, La place de l'infirmier anesthésiste (IADE) en service mobile d'urgence et de réanimation. Perspectives, Macéo Éditions, 2007, 20p.

soins pour la patientèle du territoire ; à long terme aussi par la coordination et la gestion du projet, en prenant en compte les intérêts de toutes les parties prenantes : médecins, personnels paramédicaux, organisations syndicales, patients, etc.

La construction de ce mémoire a nécessité trois types d'observation :

- L'observation participante (**Arborio, Fournier, 1999**) qui consiste en « un aller-retour entre observation et formalisation » (**Garreau, 2012**) : la réalisation de nombreuses immersions au SAU, au SMUR et en régulation Centre 15 ont permis d'observer les moyens à disposition des équipes, leurs quotidiens de travail et les voies d'amélioration dans le fonctionnement de l'équipe paramédicalisée. Cette observation s'est accompagnée par une prise de notes, les informations et données recueillies étant répertoriées dans un cahier.
- Des temps d'échanges avec un nombre important de professionnels : médecins du SAMU, MRU, cadres supérieures de santé, cadre de santé du SAMU, IADE, IDE, formateur ambulancier, ambulancier, directeurs, président de la CME. Ils ont permis d'élargir les points de vue et de mettre en évidence la pluralité des enjeux auxquels l'équipe paramédicalisée du SMUR est confrontée.
- La lecture de la littérature sur le sujet : cette étape a été d'autant plus difficile qu'il n'existe pour le moment que peu d'écrits. Le sujet est en cours de démocratisation.

Problématique.

Par conséquent, ce mémoire s'attachera à l'étude du cas du CHU Dijon Bourgogne pour répondre à la question suivante : **L'équipe paramédicalisée de médecine d'urgence, née dans un contexte de pénurie de personnel médical et paramédical sur un territoire aux fragilités démographiques certaines, répond-t-elle vraiment à l'objectif de qualité et de sécurité des soins pour les patients tout en assurant l'attractivité du secteur pré-hospitalier pour les professionnels ?**

3 questions subalternes seront posées :

1. Quels sont les éléments territoriaux, démographiques, stratégiques et humains qui expliquent l'expérimentation puis la pérennisation d'une équipe paramédicalisée du SMUR au CHU Dijon Bourgogne ?
2. Dans un contexte de ressources humaines médicales et paramédicales tendu aux urgences et en ville, la mise en place de ce dispositif permet-t-elle vraiment de garantir la prise en charge des patients ? Comment le CHU rend-il le dispositif attractif auprès des personnels paramédicaux ? Existe-t-il encore des axes de fragilité ?

3. De quelle manière un projet transversal qui modifie l'organisation d'un service pilier de l'établissement doit-il se mettre en place ? Quels sont les écueils à éviter et quelle est la place des acteurs dans le montage du dispositif ?

Les importantes disparités démographiques et territoriales sur la zone d'emploi de Dijon et les tensions hospitalières liées à une pénurie de ressources humaines médicales et non-médicales peuvent expliquer les raisons pour lesquelles le CHU Dijon Bourgogne s'est engagé dans la création d'un niveau d'intervention supplémentaire pour les SMUR (I). Cette gradation des soins, nouvelle pour les établissements de santé, nécessite une prise en compte globale des enjeux tant en matière de formation des professionnels que de qualité et de sécurité des soins. En effet, elle nécessite de repenser les organisations et les liens avec les partenaires du territoire tout en garantissant une prise en charge de qualité sans médecin urgentiste (II). Le directeur d'hôpital a un rôle à jouer dans la planification et la mise en place d'un tel dispositif car il est le garant de la continuité du service public. Installer une équipe paramédicalisée demande une gestion de projet coordonnée avec tous les acteurs à court terme et doit aller de pair avec un renouvellement de la politique de ressources humaines à plus long terme (III).

1 La tension sur le pré hospitalier, liée à une augmentation des besoins et des ressources humaines contraintes, a conduit les pouvoirs publics à proposer aux établissements des nouvelles modalités de prise en charge par le SMUR.

1.1 Le service des urgences de Dijon, en particulier le SMUR, est de plus en plus sollicité sur un territoire aux disparités importantes.

1.1.1 Définition de la situation du CHU Dijon Bourgogne : un établissement en première ligne dans un territoire aux disparités démographiques et territoriales importantes.

Poser un diagnostic territorial, démographique et stratégique permet de mieux comprendre l'environnement dans lequel s'inscrit l'établissement et son activité pré hospitalière, notamment ses forces, ses faiblesses et ses opportunités. Il doit permettre aussi d'expliquer les raisons qui ont conduit à expérimenter et pérenniser une UMHP sur le territoire. Il a été choisi d'élaborer le diagnostic territorial, démographique et stratégique suivant à partir des résultats des enquêtes de la DRESS⁹ qui a souligné que l'activité des SMUR dépendait des facteurs suivants :

- Les SMUR couvrant un territoire vaste aux disparités territoriales évidentes font davantage d'interventions.
- Les SMUR dont l'aire d'intervention est étendue ou dont davantage d'habitants résident loin de l'établissement de rattachement ont un taux d'intervention plus faible.
- Les SMUR couvrant une population plus défavorisée socialement ou dont le taux d'ALD est plus élevé ont en général un taux d'intervention plus élevé.
- Les SMUR ayant une forte concentration de services d'accueil des urgences à proximité ou une offre de soins de ville développée effectuent moins de sorties primaires.

⁹ SEIMANDI, T., « Les disparités d'activité des SMUR s'expliquent en partie par les moyens dédiés et les caractéristiques des territoires », Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), N° 1136, décembre 2019.

A. Diagnostic territorial et populationnel

Situé à l'Est du département de la Côte d'Or, le CHU Dijon Bourgogne est le plus grand établissement de santé de la région Bourgogne Franche-Comté avec 8000 professionnels et 1800 lits et places. Pour réaliser le diagnostic territorial et populationnel dans lequel s'inscrit l'établissement, l'échelle du bassin d'emploi a été retenue comme zone de référence d'étude. Ce découpage, moins restreint que le bassin de vie, permet la prise en compte de l'intégralité des zones d'intervention du SMUR 21 – de Saint Jean de Losne au Sud à Is-sur-Tille au Nord, puis d'Auxonne à l'Est à Dijon à l'Ouest – et correspond aux aires d'attraction des services d'urgences en Bourgogne Franche-Comté en 2023. La zone d'emploi mesure environ 50x50 kilomètres. L'étude du maillage territorial régional montre que le CHU Dijon Bourgogne occupe une place centrale dans le département et dans la région mais que la Côte d'Or possède peu de sites hospitaliers, souvent éloignés par de longues distances. Par voie routière, il se situe à 33 minutes des Hospices Civils de Beaune, à 57 minutes du CH de Langres, à 1h11 du CH de Semur-en-Auxois, à 1h18 du CH de Chaumont et 1h26 du CHHCO Châtillon sur Seine¹⁰. De plus, le département de la Côte d'Or, pour lequel Dijon est le chef-lieu, possède 6 services d'urgences mais peu d'antennes SMUR par rapport à la moyenne des départements français. Seuls 5 établissements possèdent une antenne SMUR dans le département¹¹ : CHU Dijon Bourgogne, SMUR de Beaune, SMUR de Montbard, SMUR de Semur-en-Auxois et SMUR de Châtillon sur Seine **(Annexe 1)**.

La zone d'emploi de Dijon compte 400 000 habitants au dernier recensement de la population (2020), ce qui représente 71,4% de la population de la Côte d'Or¹². La population de la zone d'emploi est en légère augmentation de 9% depuis 2010. La densité de population de 100 habitants au km² est plus forte que la moyenne du département (61 habitants au km²) et de la région (59 habitants au km²). Le taux d'évolution annuel de la population est de +0,4%, plus fort que les +0,18% du département de la Côte d'Or. Cela montre que le CHU Dijon Bourgogne, son service des urgences et son SMUR sont implantés sur un territoire dense, dynamique d'un point de vue populationnel.

Au sein même du bassin d'emploi de Dijon existent toutefois de grandes disparités. Les éléments positifs en termes de démographie concernent principalement la métropole de Dijon, son importance aire d'influence et l'Est du territoire. En revanche, dans le nord et à

¹⁰ Présentation de la réforme des autorisations en médecine d'urgence par l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne Franche-Comté, 16 avril 2024.

¹¹ <https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/sudf/annuaires/autres>

¹² <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=ZE2020-2711#chiffre-cle-8>

l'ouest de la zone d'emploi, la situation est plus difficile en termes de mobilité ou de démographie. Ces espaces rencontrent des difficultés structurelles et s'inscrivent dans une large « diagonale du vide ». Le taux négatif annuel d'évolution de la population (-0,3% entre 2014 et 2020) et une forte diminution du taux de natalité (de 12,2 à 8 pour 1000 habitants) accentuent le déclin démographique de cette partie du bassin d'emploi.

A titre d'exemple, il est possible de distinguer deux parties géographiques distinctes au sein même de la zone d'emploi.

- D'une part, le bassin de vie de Dijon, composé de 124 communes, est caractérisé par un fort dynamisme démographique et une attractivité économique, industrielle et universitaire importante. Sa population a augmenté de 0,6 point entre 2014 et 2020, dont 0,3 grâce à l'évolution positive du solde naturel.
- D'autre part, le bassin de vie d'Is-sur-Tille, composé de 59 communes, constitue l'espace périurbain rural de la métropole de Dijon avec une densité de population de ce bassin de vie de 17,9 habitants par km². Sa population n'a quasiment pas augmenté depuis 2009, passant de 30 950 en 2009 à 31 100 habitants en 2024, ce qui témoigne de la faible dynamique démographique et du manque d'attractivité du territoire. Les caractéristiques sont similaires pour les bassins de vie de l'Est de Dijon, à savoir ceux d'Auxonne et de Genlis (**Annexe 2**).

Concernant la structure de la population, le bassin d'emploi dijonnais n'est pas concerné de la même manière par la « mégatendance démographique »¹³ du vieillissement de la population. C'est grâce à un solde naturel positif que la population augmente, conséquence de la présence d'une population jeune. En effet, en 2020, les étudiants représentent près de 12 % des habitants et bénéficient d'une offre de formation supérieure développée et diversifiée, les 15-29 ans représentent 25% de la population de la zone d'emploi¹⁴. Si la part de toutes les tranches d'âge dans la population totale de la zone d'emploi a diminué, celles des 60-74 ans et des 75 ans et plus représentent désormais 27% de la population de la zone d'emploi en 2020, dont 9,7% pour les 75 ans ou plus. La population de la zone d'emploi connaît donc un vieillissement, comme la majorité du territoire national, car les deux tranches d'âge représentaient environ 20% de la population en 2009.

D'ailleurs, les projections de l'Insee sur le vieillissement indiquent qu'en 2040, les seniors représenteraient plus du quart de la population du bassin d'emploi, soit 137 seniors pour 100 jeunes de moins de 20 ans, contre 91 en 2018. Ce rapport ne cesserait de s'amplifier

¹³ GOODHART, PRADHAN, The Great Demographic Reversal, 2020.

¹⁴ BOURIEZ M., PILARSKI C. « La Côte d'Or, dynamisme métropolitain à l'est et petites centralités essentielles à la population en décroissance à l'ouest », N°73, 28 juillet 2020.

pour atteindre 154 personnes de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans en 2070. La population âgée de 75 ans ou plus, davantage concernée par les problèmes de santé et de dépendance, progresserait fortement. Elle représenterait 16 % de la population en 2040 contre 10 % en 2018¹⁵ (**Annexe 3**).

Cette tendance se confirme car les retraités représentent la catégorie socio-professionnelle la plus grande dans la zone d'emploi en 2020 (26,8%)¹⁶. Viennent ensuite la catégorie des employés (15,8%), les professions intermédiaires (15,5%) et les ouvriers (11,4%), liées notamment à la forte présence d'industrie sur l'axe Dijon-Beaune. A contrario, on constate qu'il y a une sous-représentation des cadres et professions intellectuelles supérieures dans la zone d'emploi de Dijon (9% contre 9,5% en moyenne nationale). Le taux de chômage dans la zone d'emploi de Dijon atteint 11% en 2020 contre 9,5% pour la moyenne nationale. Celui-ci demeure particulièrement élevé chez les jeunes de 15 à 24 ans (21,5%), moins élevé pour les 55-64 ans (8,5%). Le taux de pauvreté à hauteur de 50% du revenu médian suit la même tendance. Celui-ci s'évalue à 12% sur la zone d'emploi, soit un taux légèrement plus faible que la moyenne nationale (14%), mais beaucoup plus fort chez les jeunes de moins de 30 ans (22,4%) que chez les 75 ans et plus (7,3%) en 2020.

Pour résumer, la zone d'emploi de Dijon est caractérisée par :

- **Un territoire vaste composé d'une métropole (Dijon) et de plus petites aires d'attraction (Is-sur-Tille, Auxonne, Genlis).**
- **De grandes distances entre les antennes SMUR du département.**
- **Une démographie dynamique autour de Dijon grâce à un solde naturel positif mais un déclin au fur et à mesure de l'éloignement de la métropole.**

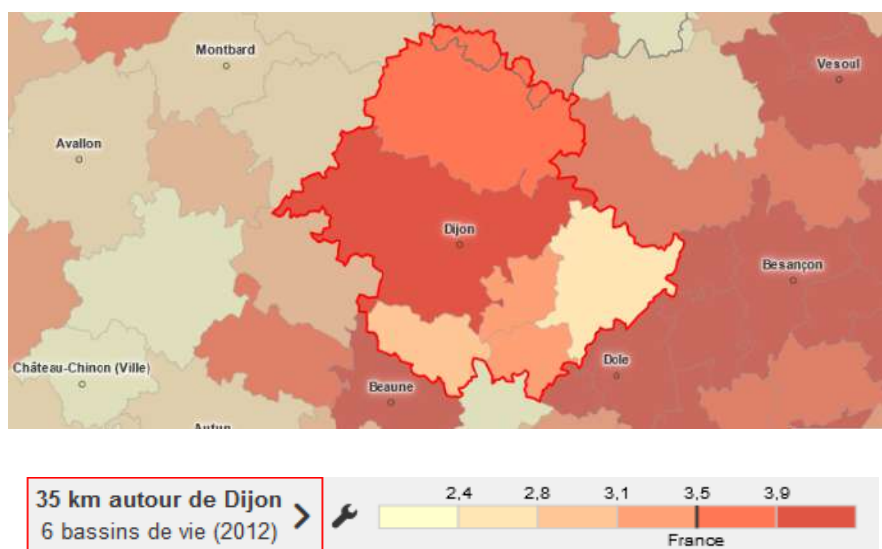
B. Diagnostic stratégique : répartition de l'offre de soins et zones d'intervention du SMUR.

La zone d'attraction de son service d'urgence représente près de 50% du territoire de la Côte d'Or. Si l'activité des urgences du CHU Dijon Bourgogne reste intense, celle-ci est partagée avec l'Hôpital Privé Dijon Bourgogne qui enregistre 30 000 passages annuels aux urgences. L'offre de santé est assez mal répartie sur l'ensemble de la zone d'emploi.

¹⁵ PRENEL, Chantal, « La population de la Côte d'Or pourrait baisser d'ici 2070, sous l'effet du vieillissement », INSEE Bourgogne Franche-Comté, N°166, 7 février 2023.

¹⁶ Dossier complet de la zone d'emploi de Dijon (2711) en 2020 <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=ZE2020-2711#chiffre-cle-8>

Ces disparités sur l'attractivité du territoire se traduisent par des inégalités de répartition de la démographie médicale¹⁷. Il est intéressant d'étudier la répartition des médecins généralistes dans la zone d'emploi de Dijon car elle permet d'objectiver les raisons pour lesquelles le service des urgences du CHU, en particulier le SMUR, connaît une pression importante. En prenant en compte les 6 bassins de vie qui constituent la zone d'attraction du SAU du CHU de Dijon, l'étude de l'accessibilité potentielle aux médecins généralistes montre que la population du bassin de vie de Dijon a accès à une offre de médecine de ville légèrement supérieure à la moyenne nationale (4 consultations de médecins généralistes par an par habitant), contrairement au bassin de vie d'Auxonne (2,5 consultations de médecins généralistes par an par habitant), de Nuit Saint Georges et de Genlis (3 consultations) ou d'Is-sur-Tille (3,8 consultations par an par habitant). De la même manière, les disparités territoriales en termes de densité de médecins généralistes libéraux dans l'aire d'attraction de la ville de Dijon témoignent d'une densité supérieure à la moyenne nationale (90 médecins pour 100 000 habitants en 2020) à Dijon et dans sa petite couronne (entre 104 et 189 médecins pour 100 000 habitants en 2020) mais largement inférieure dans les communes de la couronne de Dijon, c'est-à-dire incluant les bassins de vie d'Is-sur-Tille au nord, d'Auxonne à l'est et de Nuit Saint Georges au sud (80 médecins pour 100 000 habitants).



Accessibilité potentielle des médecins libéraux généralistes sur la zone d'emploi de Dijon

Source : ATIH, 2022.

¹⁷ L'APL est calculé au niveau de la commune du bassin d'emploi : il indique, pour une profession donnée, le volume de soins accessible pour les habitants de cette commune, compte tenu de l'offre disponible et de la demande au sein de la commune et dans les communes environnantes. Au niveau supra communal, c'est-à-dire au niveau du bassin de vie ou de la zone d'emploi, l'APL est égal à la moyenne des APL communaux.

Il faut toutefois noter que la criticité de la situation dans certaines parties de la zone d'emploi est renforcée par la pyramide des âges des médecins libéraux généralistes. En sélectionnant une borne d'âge plus réduite dans le logiciel ATIH, l'accessibilité potentielle aux médecins libéraux diminue légèrement, notamment à l'Est de la zone d'emploi, à Genlis avec 2,7 consultations médicales par an par habitant.

La présence d'infirmiers libéraux permet également d'assurer une offre de soins relativement équilibrée et d'éviter une rupture dans le parcours de soin du patient. En effet, les infirmiers libéraux réalisent des soins courants et participent à la diminution de la prise en charge de soins non programmés aux urgences. On compte 374 infirmiers libéraux dans la zone d'emploi de Dijon en 2020¹⁸, un nombre plus faible que dans la zone d'emploi de Besançon – qui partagent quasi intégralement des caractéristiques territoriales et démographiques similaires – avec 409 infirmiers libéraux. La zone d'emploi de Dijon est donc moins bien pourvue. En ce qui concerne l'accessibilité potentielle localisée des infirmiers libéraux dans la zone d'emploi (donc dans la pluralité des bassins de vie la composant), le bassin de vie de Dijon a accès à 76 ETP pour 100 000 habitants, le bassin d'Is-sur-Tille à 84,36 ETP pour 100 000 habitants, le bassin d'Auxonne à 90 ETP pour 100 000 habitants, le bassin de Nuit Saint Georges à 92,71 ETP pour 100 000 habitants et le bassin de Genlis à 101,93 ETP pour 100 000 habitants. Ces chiffres sont largement plus faibles que la moyenne nationale qui s'élève à 162 ETP pour 100 000 habitants en 2020.

Pourtant, le besoin de santé est grand comme en confère le taux d'ALD, toutes causes confondues¹⁹. Dans la région, en 2014, 649 180 habitants relèvent d'un régime d'ALD. A l'échelle infra-départementale (EPCI) on observe de fortes variations, allant de 142,7 à 242,4 pour 10 000 habitants, selon les territoires. Au sein même le bassin d'emploi de Dijon, il existe de grandes disparités. A Dijon, on compte entre 1830,2 et 1958,1 personnes sous ALD pour 10 000 habitants. A Genlis et Auxonne, ce taux est plus élevé puisqu'on compte entre 1958 et 2099 personnes sous ALD pour 10 000 habitants. C'est dans le bassin d'Is-sur-Tille, à la frontière avec le département de la Marne – zone rurale et en déclin démographique – que le taux standardisé est le plus élevé, c'est-à-dire entre 2099,5 et 2497,5 personnes pour 10 000 habitants. Le PRS 2018-2028 indique que c'est pour la pathologie de diabète que le nombre de personnes sous ALD dans la zone d'emploi augmente le plus, en particulier dans le bassin de Genlis et d'Is-sur-Tille (les deux territoires

¹⁸ Chiffres de L'Observatoire des Territoires.

¹⁹ Diagnostic régional du Projet régional de Santé : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/media/28165/download?inline>.

les plus défavorisés de la zone) avec un taux supérieur à 500 pour 10 000 habitants (Annexe 2).

Pour résumer, le SMUR de Dijon intervient sur une zone où :

- **L'offre de soins de ville est inégalement répartie tant en médecins généralistes qu'en infirmiers libéraux.**
- **La proportion de personnes en ALD est plus faible que la moyenne nationale autour de la métropole mais plus élevée à mesure que l'on s'y éloigne.**
- **L'accès aux services publics, en particulier aux services d'urgence est plus difficile à mesure que l'on s'éloigne de la métropole.**

1.1.2 La forte augmentation des besoins de prise en charge contribue à une hausse significative de l'activité du SMUR 21.

Au niveau national, depuis la création des SAMU-SMUR dans les années 1970, les besoins et les demandes de soins de la population ont beaucoup évolué suite aux nouvelles dynamiques démographiques et territoriales et à la modification de l'offre de soins de premier recours.

Entre 2014 et 2021, le nombre d'appels reçus par les SAMU est passé de 26 à 32,3 millions, soit une augmentation de 22%. Dans un rapport de 2023, la Cour des comptes justifie cette augmentation par deux raisons. D'une part, la hausse des demandes de soins non programmés relevant d'une prise en charge par la médecine de ville est en augmentation constante depuis deux décennies et de 58% entre 2014 et 2021. D'autre part, la croissance de la demande de soins urgents non vitaux aboutit souvent au déclenchement d'un transport sanitaire pré hospitalier non médicalisé dont 59% se fait en VSAV²⁰. Les professionnels interrogés dans le cadre de ce mémoire au CHU Dijon Bourgogne font d'ailleurs le même constat : une hausse de la fréquentation du SAU, des interventions pré hospitalières plus nombreuses et une affluence tendant à devenir plus permanente que saisonnière.

Les données nationales confirment la réalité territoriale du CHU Dijon Bourgogne. Les urgences générales du CHU (hors urgences gynécologiques, neurologiques, cardiologiques et dentaires) sont accueillies 24h/24, après un appel de régulation au 15 afin de fluidifier les flux d'arrivée de patients dans un contexte de ressources humaines tendu.

²⁰ Cour des comptes, « Les SAMU et les SMUR, des évolutions en cours à poursuivre », chapitre V, Sécurité sociale 2023 – mai 2023, p. 172.

Le CHU Dijon Bourgogne enregistre une hausse du nombre de passages aux urgences depuis 2021, passant d'environ 77 413 passages à 82 536 passages en 2022²¹. Parmi eux, 48 998 patients ont été pris en charge au SRAU Adultes en 2022, dont 31 976 de jour entre 8h et 20h, et 42 423 passages en 2023. Du 1^{er} janvier au mois de mai 2024, les urgences Adultes enregistrent 13 196 passages, soit -6% par rapport à la même période de 2023. Entre 2018 et 2023, on constate une baisse de -13,45% du nombre de passages, ce qui peut s'expliquer par la mise en place d'une régulation 24h/24 et du service d'accès aux soins en 2022. Néanmoins, le temps de passage moyen (TPM) a augmenté de 1h03 par rapport à 2023, soit une hausse de 17%, pour un temps de passage moyen de 6h27. Le nombre d'appels au centre de régulation a augmenté de façon exponentielle depuis la création de la salle de régulation en 1970 et la prise en charge des appels de la Nièvre (58) en 2018 : 109 407 appels entrants par an en 2000, 236 000 en 2010, 366 000 en 2020 et près de 400 000 en 2023, soit une moyenne de 1300 appels par jour pris en charge par les assistants de régulation médicale (ARM).

L'activité du Centre 15 a ainsi engendré 4861 interventions primaires et secondaires SMUR en 2022, dont 611 en Hélicoptère SMUR, et 4925 interventions primaires et secondaires SMUR en 2023. Le nombre d'interventions SMUR toutes confondues a augmenté depuis 2018. Ces interventions sont assurées par 3 lignes de SMUR de jour et 2 lignes de SMUR de nuit, terrestres et hélicoptères pré hospitaliers puis terrestres et hélicoptères inter hospitaliers.

Année	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Jan- Mai 2024	Évolution
Passages Urgences Adultes	49 015	49 634		45 284	48 998	42 423	13 196	-13,45%
Nombre de SMUR primaires et secondaires et T2IH partis du CHU de Dijon	4543	5542		4363	4580	4925		+9%

Dans un document transmis aux établissements de santé de la région, l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne Franche-Comté analyse les raisons pour lesquelles les patients ont recours de manière plus ou moins importante aux services d'urgences²². Dans le

²¹ Rapport d'activité 2022 du CHU Dijon Bourgogne.

²² Présentation de la réforme des autorisations en médecine d'urgence par l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne Franche-Comté, 16 avril 2024.

département de la Côte d'Or, l'influence des critères populationnels est majoritaire. En effet, il y a une corrélation positive entre le taux de recours au SAU et la part de la population sous ALD (+0,6), la part de la population de plus de 65 ans (+0,53), l'indice de défavorisation (+0,31) et une organisation de la permanence des soins partielle (+0,15). Toutefois, la corrélation est négative entre le taux de recours au SAU et le temps d'accès au SAU le plus proche (-0,79). Par conséquent, l'organisation perfectible de l'offre de soins sur le territoire, le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques faisant l'objet d'une ALD sont autant de variables qui expliquent le comportement individuel des patients à venir aux urgences les plus proches (**Annexe 4**).

L'inégale répartition de l'offre de soins de ville, la proportion des maladies chroniques (et de patients sous ALD) et l'insuffisante coordination entre le SMUR et les ambulanciers privés contribuent à l'augmentation des besoins de prise en charge et à l'augmentation exponentielle de l'activité du SAU, pré hospitalière et intra hospitalière, dans la zone d'emploi de Dijon.

1.1.3 Le sous-effectif médical au secteur pré hospitalier du CHU pose des problèmes importants d'attractivité et d'organisation dans un contexte estival déjà tendu.

Si le nombre de passages et de sorties terrestres ou hélicoptérées SMUR sont relativement stables depuis 2018 au CHU de Dijon, la tendance de fond qui se confirme et qui s'accroît est celle d'une diminution progressive des ressources humaines médicales aux urgences du CHU. Le DUMU est aujourd'hui composé de 22 ETP médicaux, soit une baisse de 7 ETP depuis mai 2019, où 29 ETP composaient le service.

Année	Mai 2019	Mai 2020	Mai 2021	Mai 2022	Mai 2023	Juin 2024	Évolution
ETP médicaux ²³	29		36,44	31,7	23,2	22	-7 ETP

La Direction des Affaires médicales, le pôle ARCUMEL du CHU – qui est le pôle qui comprend les urgences – et le chef de service du DUMU ont distingué trois scénarii de fonctionnement du service en mode normal et dégradé. A effectif normal, c'est-à-dire à 43 ETP, le pré hospitalier fonctionne normalement pour assurer la prise en soins. Les SMUR 1, 2 et 3 sont opérationnels. A effectif semi-dégradé, c'est-à-dire à 27 ETP, le SMUR 1 et 2 sont garantis et le SMUR 3 est transformé en UMHP. A effectif très dégradé, c'est-à-dire 22 ETP, une seule ligne de SMUR est garantie, les SMUR 2 et 3 sont transformés en UMHP

²³ Chiffres de l'Observatoire Régional des Urgences de Bourgogne Franche-Comté.

de jour et de nuit (**Annexe 5**). Ces tensions sur les effectifs médicaux au CHU de Dijon interviennent dans un contexte de tensions territoriales accrues avec une permanence de soins concernant l'urgence vitale fragilisée sur l'ensemble du territoire.

En ce qui concerne la situation du territoire sur l'offre de SMUR :

- Le CH de Nevers est en très grande difficulté sur l'offre de soins en pré hospitalier car il y a des ruptures quasi-totales de l'offre de SMUR primaire et secondaire (et même sur certaines spécialités médico-chirurgicales) qui nécessitent par conséquent des transferts hospitaliers.
- Les Hospices Civils de Beaune sont aussi en rupture régulière sur l'offre de SMUR primaire avec de très nombreuses plages de SMUR non pourvues, entre 15 plages non pourvues en juillet et plus de 20 plages non pourvues en août²⁴.
- Le CH de Chaumont est en rupture sur l'offre de SMUR secondaire et a exprimé une alerte récente sur sa régulation.
- L'insuffisance de la permanence des soins est identique en ville en juillet et surtout en août avec des fermetures estivales des cabinets de médecine générale.

Il est vrai que ce déficit de personnel médical aux urgences, notamment au secteur pré hospitalier, participe de la dégradation des conditions de travail des praticiens. En effet, lors des entretiens menés dans le cadre de la construction de ce mémoire, plusieurs urgentistes ont fait part que le manque d'effectifs médicaux aux urgences, l'impossibilité d'assurer correctement certaines lignes de SMUR et le départ de certains collègues à la retraite ou vers d'autres établissements engendrent de mauvaises relations de travail entre collègues et une charge de travail de plus en plus importante. Les urgentistes craignent également que ce manque de personnel médical sur le pré hospitalier comme sur l'intra porte atteinte à l'attractivité du service, pourtant connu pour son excellence. En effet, l'insuffisance de médecins urgentistes rend difficile l'encadrement des internes qui, souvent, prennent davantage de responsabilités qu'ils ne devraient. Ce déficit d'encadrement réduit par conséquent à l'attractivité du service.

Le CHU Dijon Bourgogne connaît une tension sur ces effectifs médicaux aux urgences et sur les lignes SMUR. Ces tensions s'inscrivent dans un contexte territorial déjà tendu, notamment sur la période estivale, créant ainsi un risque de rupture de soins. Des équipes paramédicales ont donc été mises en place au pré hospitalier pour libérer du temps médical et proposer une nouvelle prise en soins aux patients de la zone d'intervention du SMUR.

²⁴ Bilan de l'activité SMUR des hôpitaux du GHT 21 52.

1.2 Les pouvoirs publics ont apporté une première réponse aux besoins de santé en restructurant l'offre de soins d'urgence vitale et de réanimation sur le territoire.

1.2.1 Les réformes menées au niveau national doivent permettre de soulager la pression sur le pré hospitalier.

A. Sur le SMUR secondaire : des avancées réglementaires d'abord timides qui ont conduit à la mise en place des T2IH.

La première étape vers la paramédicalisation des SMUR a concerné les transports secondaires. La mise en œuvre opérationnelle des T2IH reposait sur un constat et une nécessité : le temps médical devenant plus précieux, il fallait une réponse optimisée, sécurisante pour le patient et financièrement intéressante au regard des transferts médicalisés²⁵. L'article R. 6312-28-1 du décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique précise trois points essentiels. Premièrement, le T2IH est assuré par une équipe composée d'un conducteur et d'un infirmier qui intervient dans les conditions prévues à l'article R. 4311-7. Deuxièmement, le T2IH est placée sous l'autorité du médecin responsable d'une structure de médecine d'urgence. Troisièmement, l'organisation et le fonctionnement des T2IH font l'objet d'une évaluation annuelle.

C'est la première pierre vers davantage de responsabilisation de l'infirmier dans les transports para médicalisés. Le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 fait référence aux transferts et au rôle donné à l'IDE :

- L'article R. 4311-7 du décret de compétences de 2004 précise que « l'infirmier est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale, soit en application d'un protocole écrit et signé par un médecin »²⁶ ;
- L'article R. 4311-10 du même décret indique que l'infirmier participe à la mise en œuvre par le médecin des techniques suivantes : transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un SMUR, transport sanitaire médicalisé du lieu de l'accident vers un établissement de santé.

Les textes de 2004 posent les jalons d'un droit d'exercer la profession d'infirmier dans le cadre d'un transfert inter hospitalier secondaire.

²⁵ PERRIN. J, Le transport infirmier inter hospitalier (TIIH), chapitre 95, Urgences 2012.

²⁶ Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004.

B. Depuis 2019, des évolutions réglementaires et législatives ont permis d'amorcer un soutien aux établissements pour garantir une réponse coordonnée aux urgences vitales.

- *Le Plan de refondation des urgences : une première réponse visant à renforcer la qualité de la prise en charge du patient et graduer la réponse à l'urgence vitale.*

Publié en septembre 2019, le Pacte de refondation des urgences a pour principal objectif d'« apporter aux Français une alternative concrète et attractive au 'tout-urgences' »²⁷. Le Pacte comprend 12 mesures avec un budget dédié de 750 millions d'euros sur 2019-2022. La mesure n°7 « *Mieux utiliser les compétences médicales et soignantes rares en graduant les services d'urgences et en réformant les transports médicalisés* » concerne la politique des SMUR dans les territoires dépourvus de médecins urgentistes. Ainsi les établissements peinent à remplir toutes les lignes de garde – comme c'est le cas actuellement au CHU de Dijon – et sont donc contraints de fermer certaines lignes de SMUR, ce qui désorganise la couverture territoriale en soins d'urgence vitale ou de réanimation.

Le Pacte de refondation des urgences propose ainsi de « renforcer les ressources en médecins urgentistes dans les points d'accès clés aux soins urgents » et de mettre en œuvre une gradation dans les soins d'urgence, en développant la paramédicalisation des SMUR et les T2IH.

- *Les mesures de la mission Flash portée par le Dr François Braun : l'objectif de maintenir une réponse aux urgences vitales et graves dans les établissements et en pré hospitalier.*

La situation des services du pré hospitalier dans les établissements publics de santé a été particulièrement difficile à l'été 2022, lors duquel se sont mêlés une augmentation des contaminations au SARS-COV 2, une vague de chaleur qui dure et une pénurie importante de personnels paramédicaux et médicaux sur tous les secteurs des urgences. La reprise de l'activité sur le secteur pré hospitalier – identique par ailleurs à celle de l'intra hospitalier – a été compliquée car elle a créé un impact sur l'épuisement des professionnels et le déficit de vocations, provoquant donc une baisse importante des ressources humaines médicales et paramédicales hospitalières²⁸. Dans le cadre de sa mission Flash visant principalement à répondre aux problématiques posées par la situation des urgences en 2022, le Dr

²⁷ MESNIER T., CARLI P., « Pour un Pacte de Refondation des Urgences », décembre 2019, 19p.

²⁸ Édito de la FEDORU, « Une année hors crise sanitaire où l'activité des services des urgences retrouve voire dépasse celle de 2019 d'avant crise », 2022.

François Braun apporte 41 mesures, dont certaines concernent les urgences pré hospitalières, c'est-à-dire le SMUR :

- Prioriser le maintien d'une ligne de SMUR mutualisée avec les urgences en organisant parallèlement la continuité des soins au sein de l'établissement.

La mutualisation proposée dans la recommandation n°18 peut se faire lorsque le volume d'activité le permet, tout en assurant une prise en charge adéquate si le SMUR est en intervention. Le rapport du SAMU Urgences France (2023)²⁹ a montré qu'il existe encore des « zones blanches », c'est-à-dire trop éloignées des premiers relais SMUR. Ainsi, la mission Braun propose de maintenir une réponse SMUR dans les SMUR à faible activité en optimisant le temps médical par une mutualisation avec l'activité d'urgence. Concrètement, si le médecin SMUR part en intervention, il doit y avoir un deuxième médecin mobilisable au SU afin d'éviter une rupture dans l'offre de soins SMUR et SU. C'est une mesure qui s'applique par exemple au CH de Nevers.

- Élargir à H24 les horaires de permanence pour les Hélicoptères SMUR en H12/14 dans les zones en difficulté.

La recommandation n°19 de la mission Flash concerne les transports hélicoptérés, plus faciles à utiliser pour des trajets plus longs. Il existe néanmoins des restrictions de vol en Hélicoptères SMUR, notamment la nuit ou dans des conditions météorologiques dégradées, imposant par conséquent la mobilisation prolongée des équipes terrestres de SMUR primaires ou secondaires. Élargir les autorisations de vol en Hélicoptères SMUR et proposer une extension des amplitudes horaires des Hélicoptères SMUR dans les territoires en difficulté permettrait une optimisation des ressources, une rapidité et une amélioration de la prise en charge des patients en urgence vitale.

En ce qui concerne les sorties primaires des Hélicoptères SMUR de Bourgogne, l'Hélicoptères SMUR est peu déployé pour des sorties primaires puisque la plupart du territoire est dans une zone d'intervention en 30 minutes des SMUR terrestres. On constate une polarisation des taux d'intervention communaux, notamment dans l'Est de la Côte d'Or, entre Semur-en-Auxois et Chatillon-sur-Seine (plus de 30 interventions en Hélicoptères SMUR pour 1000 habitants). **(Annexe 6).**

- Autoriser temporairement une équipe paramédicale de médecine d'urgence (EPMU).

²⁹ Ibid.

La recommandation n°22 de la mission Flash propose d'expérimenter les EPMU dans les établissements volontaires afin de graduer l'engagement du SMUR.

Un premier bilan à 1 an a été fait par SAMU Urgences de France, qui a proposé un questionnaire à tous les SMUR de France. 233 SMUR ont participé à l'enquête, représentant 54% des SMUR du territoire national dans 94 départements. L'enquête de SAMU Urgences de France³⁰ dressée pendant l'été 2023 a montré que les mesures mises en œuvre dans la mission Flash, initialement destinées à atténuer l'impact des dysfonctionnements constatés à l'été 2022, ont certes apporté des réponses conjoncturelles aux difficultés éprouvées par le pré hospitalier et ses personnels mais que la situation demeure toujours compliquée :

- SAMU Urgences de France souligne que « 70% des SMUR répondants à l'enquête ont été amenés à fermer au moins une ligne de SMUR sur l'été 2023 »³¹ : 166 SMUR ont fermé au moins une fois une ligne SMUR durant l'été 2023 dont 62 sont des fermetures fréquentes ou continues en particulier dans les Vosges, en Haute-Savoie, en Gironde ou dans le Nord. En ce qui concerne la Côte d'Or, 3 lignes de SMUR ont fermées sur l'été 2023.
- Les moyens para médicalisés expérimentés ont certes apporté une réponse garantissant la permanence des soins mais ils ne pouvaient pas répondre aux mêmes missions de réponse à l'urgence vitale qu'une équipe SMUR médicalisée, c'est-à-dire dotée d'un médecin urgentiste.

Le Pacte de refondation des urgences et les mesures Braun proposent l'expérimentation d'une équipe para médicalisée d'urgence pour les transports primaires.

C. De l'expérimentation à la pérennisation : les décrets du 29 décembre 2023 permettent aux établissements d'implanter une équipe paramédicalisée.

Les nouveaux décrets d'autorisation de médecine d'urgence³² distingue deux piliers dans l'évolution réglementaire sur la médecine d'urgence : les conditions d'implantation de

³⁰ SAMU Urgences de France, « La situation des SMUR et des urgences continue de se dégrader inexorablement ! Résultats de l'enquête SUDF été 2023 : quel bilan pour les urgences et les SMUR ? », septembre 2023.

³¹ Ibid.

³² Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence & Décret n°2023-1376 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions techniques de fonctionnement.

l'activité de médecine d'urgence et les conditions techniques de fonctionnement. Ils permettent ainsi de mettre en œuvre une gradation dans l'engagement d'un SMUR.

Dans le cadre de l'aide médicale d'urgence, le SMUR mentionné à l'article R. 6123-1 CSP a pour mission, d'une part, d'assurer, en permanence, et en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation ou le transport vers un hôpital. D'autre part, il a pour mission d'assurer également le transfert entre deux établissements d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet. Pour l'exercice de ces missions, le SMUR est composé d'un médecin. Compte tenu de l'état de santé du patient, sur demande, et sous la supervision du médecin régulateur, l'équipe d'intervention peut être composée uniquement d'un conducteur et d'un infirmier.

L'article D. 6124-13 CSP précise qu'initialement, le SMUR comprend un médecin, un infirmier et un conducteur. Compte tenu de l'état de santé du patient et sous la supervision du médecin régulateur, l'équipe d'intervention peut être composée d'un conducteur et d'un infirmier. Le médecin régulateur adapte la composition de l'équipe d'intervention aux besoins du patient, c'est-à-dire que l'équipe para médicalisée d'urgence en sortie est strictement sous le contrôle du médecin en régulation.

Les décrets du 29 décembre 2023 autorisent les établissements de santé à mettre en œuvre une équipe paramédicalisée afin de graduer le déclenchement d'un SMUR.

1.2.2 Le CHU, avec l'appui de l'ARS Bourgogne Franche-Comté, s'est saisi des évolutions réglementaires pour lancer la réorganisation de son SMUR et mettre en place une équipe paramédicalisée du SMUR.

A. L'activité du T2IH et des EPMU a fortement augmenté depuis leur mise en place.

Le CHU a mis en place les T2IH en 2018 et les transports en T2IH ont considérablement augmenté depuis 2019. Le nombre d'interventions secondaires en T2IH est passé de 136 en 2019 à 463 en 2023, soit une augmentation de +340%³³. En 2024, il y a déjà eu 250 interventions entre janvier et mai, ce qui présage une augmentation par rapport à 2023. Ainsi, le T2IH est fortement sollicité. C'est la raison pour laquelle le CHU Dijon Bourgogne a aussi validé la nouvelle procédure pour mettre en place une EPMU le 7 novembre 2022

³³ Rapport d'activité du CHU Dijon Bourgogne 2023.

pour une mise en service dès décembre 2022. L'EPMU est donc déclenchée quelle que soit la disponibilité du SMUR médical.

En 2023, il y a eu 158 interventions d'une EPMU dont 11 demandes de renfort d'un SMUR composé d'un médecin urgentistes. Sur la même ligne, 75 interventions ont d'ores et déjà eu lieu entre janvier et mai 2024. D'ici la fin de l'année 2024, le cadre de santé du SAMU-SMUR espère environ 200 interventions de l'EPMU.

Année	2019	2020	2021	2022	2023	Jan-Mai 2024	Évolution
Nombre de T2IH déclenchés	136	166	229	323	463	250	+340%
Nombre d'EPMU déclenchés					158	75	

B. En parallèle, le CHU renforce le secteur pré hospitalier en ressources humaines, en particulier sur la période estivale, en vue d'une pérennisation en septembre 2024.

Compte tenu du contexte tendu sur le DUMU sur la période estivale du 1^{er} juin au 15 septembre 2024, en particulier sur le secteur pré hospitalier, la direction de l'établissement et la présidence de la CME ont acté plusieurs mesures temporaires permettant de combler les plages libres au SMUR et de garantir une réponse globale à l'urgence vitale :

- Renfort médical du DUMU par des médecins extérieurs ayant eu une attache au DUMU ;
- Renfort de médecins anesthésistes réanimateurs sur le SMUR ;
- Renfort des autres spécialités sur une deuxième demi-garde 18h-0h sur le circuit long ;
- Octroi d'une prime d'engagement collectif d'un montant de 600€ bruts pour tout praticien faisant au moins deux demi-gardes sur le pré hospitalier ou sur l'intra hospitalier ;
- Renfort paramédical (en astreinte 18h-8h) des urgences pour les jours considérés à risque précités ;
- Renfort médical et paramédical (ambulancier, I(A)DE, ARM) sur le SAMU-SMUR pour les jours considérés à risque précités ;
- Recrutement à partir du 1^{er} juillet d'un infirmier d'aide à la régulation (prises des bilans ambulance et sapeurs-pompiers représentant 230 bilans par jour) ;
- Élargissement des protocoles et du périmètre d'activité des UMHP en l'absence de SMUR disponible ;

- Mise en place de procédures pour sécuriser à la fois l'activité intra et pré-hospitalière.

Recommandation n°1 :

Rédiger un courrier d'information co-signé DG-PCME au DG ARS relatif à la situation du pré hospitalier et aux perspectives du DUMU dans toutes ses composantes afin de penser à la coordination des réponses à apporter au niveau du territoire.

Dans ce contexte particulièrement tendu, le CHU et l'ARS Bourgogne Franche Comté ont proposé une nouvelle organisation du secteur pré hospitalier sur l'été en profitant des opportunités données par l'UMHP pour garantir la permanence des soins sur le territoire et dans l'aire d'attraction du SAU :

- Centre 15 : 2 régulateurs sont postés h24 dont 1 PH.
- SMUR 1 : 1 médecin urgentiste ou anesthésiste h24.
- SMUR 2 : Lorsqu'il sera paramédicalisé, le SMUR 2 pourra être renforcé sur 8h-18h et après minuit par un médecin régulateur, de 18h à 0h par le médecin Secteur A ou le SMUR positionné aux urgences.
 - o Médicalisé Jour : 42 jours sur 62
 - o Médicalisé Nuit : 57 nuits sur 62
 - o Para médicalisé Jour : 20 jours sur 62
 - o Paramédicalisé Nuit : 5 nuits sur 62
- SMUR 3 : SMUR para médicalisé de 8h à 0h.

Cette nouvelle organisation, pour le moment temporaire de juillet à septembre, permet de sécuriser le pré hospitalier 47 jours sur 62. Ainsi, le pré hospitalier est davantage sécurisé avec une possibilité d'une deuxième équipe SMUR entre 18h et 0h lorsqu'il n'y a pas de deuxième médecin SMUR.

Recommandation n°2 :

En plus de l'alerte à l'ARS, ce point devra être inscrit aux prochains ordres du jour de la prochaine Conférence Territoriale de Dialogue social qui se réunit 3 fois par an au niveau du GHT. Cela aura le mérite de :

- ➔ **Partager l'information aux DRH du GHT et aux organisations syndicales qui y siègent, en vue d'une future territorialisation de l'EPMU.**
- ➔ **Communiquer sur les différentes modalités de prise en charge existantes des patients en urgence vitale pour renforcer la collaboration entre les établissements dans la prise en charge des patients en urgence vitale.**

2 Entre craintes et espoir, la configuration paramédicalisée du SMUR doit répondre à plusieurs défis pour proposer une réponse effective et graduée à la demande de soins urgents.

La mise en place d'une équipe paramédicalisée du SMUR, en complément des SMUR médicaux, constitue une transformation importante de l'organisation d'un service. Se posent donc plusieurs questions relatives à cette modification de l'offre de soins : comment former les futurs professionnels à cette nouvelle réponse à la demande de soins ? Quels sont les outils à la main de la DRH et de l'encadrement pour recruter ces professionnels ? Comment accompagner cette démarche sans dégrader la qualité des soins et quels sont les garde-fous qui garantissent la sécurité de la prise en charge ? Finalement, alors que l'équipe paramédicalisée du CHU fêtera ces deux ans en novembre prochain, quel bilan en tirer ?

Pour évaluer le dispositif mis en œuvre sur le CHU, des entretiens de professionnels et plusieurs immersions en intervention avec une UMHP, au CESU et en régulation ont été réalisés. Cette analyse de données qualitatives a permis de mettre trois enjeux en exergue : un enjeu de ressources humaines et d'attractivité, un enjeu de qualité des soins et un enjeu de financement.

2.1 L'enjeu de ressources humaines : accompagner les personnels paramédicaux dans la montée en compétences, signe de l'attractivité du dispositif.

Intégrer une UMHP doit se faire sur la base de prérequis indispensables afin d'assurer la sécurité de la prise en charge du patient. Les personnels habilités à intervenir dans ce contexte doivent être infirmier exerçant dans une structure d'urgence, ayant l'expérience pratique, théorique et continue de l'activité du SMUR médicalisé ou du SAU³⁴. Il s'agit d'ambulanciers SMUR et d'infirmiers qui ont au moins deux ans d'expérience dans une structure d'urgence. D'autres conditions complémentaires sont indispensables pour y accéder : être titulaire de l'AFGSU 2 et avoir validé un parcours pédagogique en ligne d'une journée qui porte notamment sur les grands principes des UMH-P (aspects organisationnels, législatifs, champs de compétences...). **(Annexe 7)**

Pour ce faire, il est primordial de privilégier un axe de développement de la formation afin de renforcer l'acquisition des connaissances nécessaires à l'exercice SMUR. Cette

³⁴ Recommandations du SAMU Urgences de France et du SUDF : Unité mobile hospitalière paramédicale – 19 juillet 2023.

formation concerne à la fois le volet initial pour des professionnels ayant une expérience et souhaitant intégrer une UMHP et continu pour une mise à jour des connaissances et des compétences indispensables à un exercice sécurisé de cette fonction. Cette montée en compétences concerne tous les professionnels composant une UMHP, c'est-à-dire un IADE et un ambulancier. Elle passe :

- Par une politique de formation efficace qui permet aux IDE ayant une expérience d'au moins deux ans de prétendre à un exercice IADE au SMUR.
- Par une formation d'adaptation à l'emploi pour les brancardiers voulant prétendre à un exercice d'ambulancier SMUR.
- Par la formation professionnelle continue³⁵ des professionnels composant d'ores et déjà une équipe para médicalisée, dans le cadre du développement professionnel continu de tous les professionnels de santé mis en place depuis le 1^{er} janvier 2013, et qui passerait notamment par la simulation.

2.1.1 La valorisation des acquis de l'expérience des infirmiers pour intégrer l'UMHP demeure la politique institutionnelle³⁶.

La valorisation de l'expérience est une politique innovante pour permettre aux agents de monter en compétence. Pour Vincent Merle, *« elle oblige à expliciter une pratique dans un rapport avec l'usager qui engage personnellement le professionnel. En ce sens, elle inquiète parce qu'elle interroge les formations traditionnelles. Mais, pour les mêmes raisons, elle peut aussi constituer une ouverture »*³⁷. Ainsi, à travers la valorisation de l'expérience d'un infirmier, l'évaluateur observe sa posture, sa manière de faire et sa manière d'être face à la complexité des cas à gérer.

La formation théorique sera dispensée par les universités (Diplômes d'université DU ou DIU) ou au sein des CESU. Ces étapes sont un préalable à l'obtention de l'habilitation pour le personnel concerné. Il est possible d'obtenir cette habilitation par deux parcours de formation distincts : la validation d'un module en E-Learning et une formation complète en présentiel de 28 heures, soit 4 jours et la validation d'un module en e-learning et une formation partielle en présentiel de 7 heures, soit 1 jour, après validation du livret de positionnement³⁸.

³⁵ Article L. 6311-1 du Code du Travail.

³⁶ Ibid.

³⁷ MERLE, V. « La validation des acquis de l'expérience dans le travail social. Un risque ou une nouvelle chance ? », Revue Enseigner le social, pp. 84-95.

³⁸ BERTHIER F., DEBIERRE V., NOIZET M., GHENO G., Recommandations du SAMU Urgences de France et du SUDF : Unité mobile hospitalière paramédicale – 19 juillet 2023.

La politique RH en la matière est encore peu développée compte tenu de la nouveauté du dispositif. Néanmoins, pour recruter au sein des UMHP, le CHU Dijon Bourgogne – comme tous les autres établissements disposant d'un tel dispositif – s'appuie sur le livret de positionnement proposé par SAMU Urgences de France. Ce livret de positionnement permet principalement de faciliter le repérage des compétences considérées comme maîtrisées et des compétences qui nécessitent encore d'être développées. Il doit permettre d'évaluer de façon complète la compétence suivante : « *Intervenir en équipe UMH-P, dans le respect du champ de compétences de chaque professionnel pour la prise en charge d'un patient pour toute situation d'urgence médicale ne nécessitant pas la présence physique d'un médecin ou éventuellement dans l'attente de son intervention, à la suite d'un déclenchement par le SAMU et sous la responsabilité du médecin régulateur du SAMU* »³⁹.

- Le livret de positionnement est remis au candidat au moins un mois à l'avance, avant la date de l'entretien avec le chef de service du DUMU et le/la cadre du service ou du pôle sollicité(e) pour l'entretien.
- Le candidat complète son livret de positionnement et autoévalue ses compétences pour obtenir l'habilitation à intégrer une UMHP. Ensuite, un entretien a lieu avec l'encadrement de proximité et le chef de service.
- A la fin de l'entretien durant lequel le cadre de proximité, le chef de service et le candidat complètent la partie « Repérage des compétences acquises et des compétences à développer », une conclusion est faite et en fonction de celle-ci, le candidat se voit proposer, soit la formation de 28 heures en présentiel, soit la formation partielle en présentiel de 7 heures.

L'immersion réalisée au moins de juin dernier avec les équipes de l'UMHP et l'encadrement de proximité a permis de constater la manière dont celui-ci travaille sur le livret de positionnement et se l'approprié dans le cadre d'un recrutement d'un infirmier SMUR demandant l'habilitation à intégrer l'UMHP. Si chaque encadrant de proximité est libre de structurer son entretien de la façon qu'il souhaite et qu'il considère la plus pragmatique, l'entretien auquel j'ai assisté s'est construit en plusieurs parties :

- Présentation de la démarche et des objectifs du livret de positionnement : l'encadrant de proximité explique les raisons pour lesquelles le livret est utilisé en vue d'orienter l'infirmier dans la formation la plus adéquate à son profil et à ses compétences.
- Analyse des compétences et de l'expérience du candidat : après avoir demandé au candidat de rappeler les grandes lignes de son parcours professionnel,

³⁹ BERTHIER F., DEBIERRE V., NOIZET M., GHENO G., Recommandations du SAMU Urgences de France et du SUDF : Unité mobile hospitalière paramédicale – 19 juillet 2023.

l'encadrant demande au candidat quelques exemples de situations concrètes illustrant chacune de ses expériences professionnelles. Par exemple, il est demandé au candidat d'expliquer le cas d'une brûlure au 2nd degré avec hyperalgie. A noter qu'en cas de doute sur l'acquisition d'un élément de compétence, SAMU Urgences de France conseille de prévoir un complément de formation. L'entretien peut être renouvelé ou actualisé dans les mêmes conditions si nécessaire (**Annexe 8**).

Cette méthodologie d'évaluation des compétences du candidat afin de l'orienter dans la formation la plus adéquate reste toutefois superficielle et trop théorique. Les encadrants de proximité soulignent la difficulté d'évaluer des candidats sur la base de critères théoriques, rédigés sans tenir compte du contexte de l'établissement et du territoire et qui ne prennent pas en compte la possibilité d'évaluer les candidats sur des critères pratiques avec des exercices dédiés. Il paraît donc compliqué de considérer des compétences acquises uniquement sur la base d'un document succinct.

Recommandation n°3 :

Harmoniser le processus de recrutement des candidats pour être habilité à intégrer une UMHP et proposer une seule et unique formation dont les critères seraient revus, quel que soit le niveau des candidats. Cette harmonisation permettra de :

- Gagner en clarté et en lisibilité du processus d'orientation et d'évaluation des candidats.**
- Faire monter plus rapidement en compétence les candidats ayant le moins d'expérience : une formation commune à tous a aussi pour objectif le partage d'expériences dans un objectif d'amélioration continue pour chacun.**

2.1.2 Mobiliser et trouver les talents au CHU Dijon Bourgogne : le choix de favoriser le passage d'IDE à IADE via les promotions professionnelles.

Pour que des IADE intègrent une équipe paramédicalisée, encore faut-il rendre la profession plus attractive et favoriser la mobilité professionnelle des agents souhaitant s'engager dans un projet professionnel IADE. En effet, à Dijon, le choix a été fait de privilégier des IADE pour intégrer l'équipage de l'EPMU. Il s'agit alors de permettre aux agents de monter en compétences et de leur proposer un accompagnement vers un projet IADE.

A. L'importance de l'IADE et de l'ambulancier dans un SMUR paramédicalisé.

La formation initiale des IDE semble encore insuffisante pour exercer sans médecin dans un SMUR⁴⁰. Les échanges avec les professionnels IDE tout comme les études sur l'éventuelle paramédicalisation des transports sanitaires urgents montrent deux choses similaires. D'une part, les IDE ne sont pas les plus qualifiées pour faire partie d'un équipage SMUR sans médecin car leur formation n'est pas adaptée à cet exercice, notamment à l'intubation de profils pathologiques particuliers. D'autre part, il y a aussi un sujet majeur qui concerne l'identité du corps infirmier ou ce que Bruno Garrigue appelle « l'identité infirmière »⁴¹. Lors des échanges avec certains IDE dans différents services du CHU, plusieurs leitmotifs reviennent, notamment le sentiment de ne pas être compétent pour faire du SMUR compte tenu de la « pression supplémentaire » ou le fait de ne pas être accompagné par un médecin urgentiste.

S'il existe un souci de reconnaissance et d'identité propre à la profession d'infirmier, ce sujet existe également pour les ambulanciers, reconnus véritables professionnels de santé⁴².

B. La promotion professionnelle : l'accompagnement des projets professionnels des IDE souhaitant passer IADE.

En complément de la valorisation de l'expérience, la promotion professionnelle permet de mieux cerner le rôle spécifique de l'infirmier dans le champ des pratiques de santé (**Pinguet, 2008**). C'est pourquoi le CHU Dijon Bourgogne définit annuellement les diplômes qu'il souhaite accompagner via son plan de formation et son budget d'études promotionnelles.

Ainsi, pour permettre une montée en compétence des professionnels paramédicaux, notamment IDE et pour progressivement mettre fin à ce sentiment d'infériorité qui peut exister chez certains professionnels, la politique de mobilité professionnelle peut favoriser le passage d'IDE à IADE et le CHU Dijon Bourgogne s'y emploie. En effet, le CHU a développé une procédure d'accompagnement et de suivi des projets professionnels IADE depuis 2019. Elle s'inscrit dans un processus de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. Ainsi l'accompagnement des projets professionnels est un facteur de succès tant pour les agents que pour l'établissement car la procédure propose un accompagnement et un engagement mutuel pour tous les agents souhaitant s'investir dans

⁴⁰ GARRIGUE, Bruno, Paramédicalisation : état des lieux et perspectives d'avenir, 2004.

⁴¹ Ibid.

⁴² Décret n° 2022-1658 du 26 décembre 2022 portant création du corps des ambulanciers de la fonction publique hospitalière au sein de la filière soignante et modifiant diverses dispositions applicables à la fonction publique hospitalière.

un projet IADE. Elle s'applique à tout IDE titulaire, ou contractuel depuis 3 ans au CHU, qui souhaite s'investir dans une montée en compétences.

Depuis les trois dernières années, la politique de promotion professionnelle demeure essentielle et attractive au CHU de Dijon. Chaque année, depuis 2019, on compte entre 4 et 6 projets IADE validés par la DRH et la Direction des Soins. L'objectif est d'avoir une montée en charge progressive, qui doit désormais se conformer à la nouvelle gouvernance instaurée par la Direction Générale.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de projets IADE validés ⁴³	4	6	4	1	4	5

La démarche de demande de promotion professionnelle fait intervenir différents interlocuteurs selon une méthodologie institutionnelle bien définie entre la DRH et la DS, ce qui permet d'identifier au mieux les besoins des équipes et les profils des candidats :

- Le professionnel de santé fait part de son projet IADE et informe son encadrement de proximité.
- La DS diffuse un calendrier annuel avec les échéances pour entrer dans une démarche de demande de promotion professionnelle IADE en janvier de l'année N-1.
- Le professionnel de santé envoie un courrier à la DS accompagné du document renseigné. Se fait alors un recensement global des projets professionnels de formation IADE. Le document consiste en un CV détaillé, un exposé de motivation et un avis de la hiérarchie quant aux aptitudes de l'agent et la proposition d'accompagnement.
- La CSS du pôle ARCUMEL rencontre tous les agents recensés et propose des axes d'accompagnement, cela a lieu au 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de l'année N-1, puis transmet son avis à la Direction des Soins.
- La Coordinatrice générale des Soins établit la liste des professionnels ayant un avis favorable pour s'inscrire aux épreuves de sélection des écoles IADE et les dossiers sont transmis au service Formations et Métiers de la DRH qui informe les candidats de la décision.
- Le professionnel de santé informe la DS et le DRH de ses résultats aux concours et envoie un courrier de demande de prise en charge au titre des études promotionnelles dans les plus brefs délais après obtention des résultats. En cas

⁴³ Chiffres du service Formations de la Direction des Ressources humaines.

de difficultés pendant la formation, le Campus paramédical, la DS et la DRH peuvent recevoir les agents pour être à leur écoute et mettre en place des mesures d'accompagnement coordonnées, qui peuvent passer par la mise en place d'un contrat pédagogique ou une interruption temporaire ou définitive des études.

Aujourd'hui, le campus paramédical du CHU dispose d'un quota de 36 places pour la formation IADE, dont 31 sont pourvues. Ainsi, il reste *a priori* encore 5 places. Le budget de formation du CHU est de 5 millions d'euros et les données financières concernant le coût d'une politique de promotion professionnelle d'IDE à IADE sont les suivantes :

- Coût de la formation IADE : entre 10 et 15 000 €.
- Coût du salaire : environ 60 000 €.
- Coût total sur 2 années d'accompagnement : environ 150 000 € par agent.

En prenant en compte les besoins RH du CHU et les coûts ci-dessus, il est possible de prioriser les financements sur l'accompagnement des projets professionnels IADE ; mais cela va de pair avec une potentielle réduction des financements d'autres promotions professionnelles. Il s'agit donc d'une piste à explorer afin de valoriser les compétences des IDE et de les accompagner dans un projet IADE pour potentiellement faire partie d'un équipage de l'EPMU. Cette piste mérite d'être creusée, en lien avec l'ANFH et le campus paramédical mais demeure un grand défi.

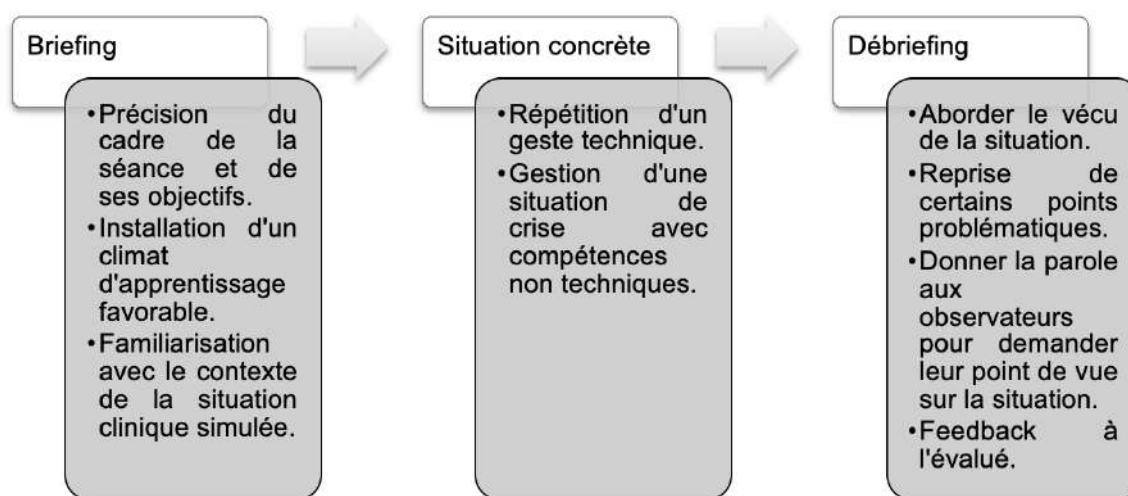
Ce projet de promotion professionnelle a surtout l'avantage de s'inscrire dans une démarche d'attractivité des professions de l'urgence pré-hospitalière et s'inscrit en adéquation avec les besoins de recrutement des professions IADE. Bien identifiés en amont par l'encadrement de proximité, les projets professionnels d'IDE vers IADE sont désormais bien accompagnés car les entretiens sont réalisés à la fois par la cadre supérieure du pôle puis avec la Directrice des soins. Cela permet de mieux déterminer et de mieux cibler si l'agent souhaite évoluer et s'il est prêt pour le concours. En effet, déterminer si l'IDE est en capacité de présenter un projet professionnel solide pour passer IADE s'appuie sur une grille d'entretien spécifique afin d'adapter l'accompagnement proposé par l'institution. Par exemple, la grille d'entretien du processus de sélection des professionnels ayant un projet IADE s'appuie premièrement sur l'évaluation des prédispositions nécessaires à l'exercice du métier d'IADE. Lors de l'entretien, la CSS et la DS doivent déceler les capacités d'analyse, de rigueur, d'autonomie, de connaissances professionnelles, de collaboration et de capacités relationnelles sur une échelle de 0 à 5 en s'appuyant sur des éléments concrets observés en situation de travail. Deuxièmement, le processus de sélection évalue 4 items : « travail en collaboration », « analyse, méthode et pédagogie », « Engagement, identité et évolution professionnelle » et « potentiel à être IADE ».

Recommandation n°4 :

Maintenir (voire renforcer – selon le budget formation dédié –) la politique de promotion professionnelle IDE vers IADE.

2.1.3. La simulation comme pièce angulaire de la formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles pour les ambulanciers participant à l'UMHP.

La reconduction de l'habilitation à exercer dans une UMHP repose sur une revalidation tous les deux ans permettant d'assurer le maintien des acquis dans le cadre de la formation continue ou du développement professionnel continu. Ce maintien des connaissances et des compétences passe essentiellement par la pratique de la simulation. On appelle simulation en santé « l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient simulé (ou personne simulée), pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels »⁴⁴. Il se déroule en trois phases⁴⁵ :



⁴⁴ Haute Autorité de Santé (HAS), Mesurer et améliorer la qualité. Guide et bonnes pratiques en matière de simulation en santé, mars 2024, p. 5.

⁴⁵ L'HER E., GEERAERTS T., DESCLEFS J.P., BENHAMOU D., BLANCIER A., Intérêts de l'apprentissage par simulation en soins critiques. Recommandations de pratiques professionnelles. Recommandations communes SRLF, SFAR, SFMU, SOPFRASIMS, 2019.

Depuis 2013, la HAS a lancé un programme pour promouvoir la gestion des risques et des situations d'urgence en équipe⁴⁶. Au CHU Dijon Bourgogne, le CESU 21 et l'USEEM – qui est le centre de simulation du CHU en partenariat avec l'Université Dijon Bourgogne – sont les principaux formateurs des équipes des SMUR avec la simulation. Exercice de formation continue important dans la mesure où il est le garant de la qualité de la prise en charge du patient, il permet d'éviter aussi les biais cognitifs.

Les échanges avec les instructeurs sur la place de la simulation dans la formation continue des professionnels du SMUR, en particulier ceux des UMHP, ont révélé deux points précis, à savoir que la simulation répond à un vrai besoin de formation et de renforcement des compétences non-techniques.

A. La simulation au SMUR répond à un réel besoin de formation initiale et continue des professionnels du CHU.

La simulation, notamment haute-fidélité, fait désormais partie intégrante de la FAE des ambulanciers. En effet, l'arrêté du 17 mai 2023 définit la FAE à travers 105 heures de cours théoriques et pratiques, 70 heures de stage en SMUR et 6 modules de formation :

- Module 1 : Radiotéléphonie et outils numériques.
- Module 2 : Hygiène, décontamination et désinfection.
- Module 3 : Situations sanitaires exceptionnelles.
- Module 4 : Participation à la prise en soin d'un patient en équipe pluri professionnelle.
- Module 5 : Relation et communication.
- Module 6 : Aspects réglementaires, médico-légaux et éthiques.

Elle s'inscrit donc dans le DPC des professionnels de santé car elle représente une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles, de gestion des risques et de formation continue. Ainsi, lors des exercices de simulation organisés par le CESU, plusieurs scénarios qui relèvent du champ de compétence de l'équipe paramédicalisée sont travaillés et les candidats sont évalués par les animateurs du CESU. Ceux-ci sont équipés de tablettes spéciales permettant de réguler ou de changer les paramètres de la simulation **(Annexe 9)**.

Pour une formation fluide et adaptée aux besoins du CESU, de l'USEEM, le CHU a utilisé les crédits des enveloppes de transformation de la formation de l'ANFH. Du matériel dédié

⁴⁶ ROBIC Y. Simulation en santé en équipe : un outil managérial pour le Directeur des soins au service de l'harmonisation, des identités professionnelles territoriales et de la Prévention des risques associés aux soins, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2017.

à la simulation haute et basse fidélité a été commandé puis réceptionné afin d'assurer de nouvelles formations pour les professionnels, dont ceux qui bénéficieront de la formation à l'UMHP. Ainsi, les commandes pour l'USEEM représentent 11 871€ et 15 371€ pour le CESU (**Annexe 10**).

Recommandation n°5 :

Utiliser davantage la simulation haute-fidélité pour la formation aux compétences non-techniques. Cela permettra :

- L'amélioration du travail en équipe pluri professionnelle : priorisation des tâches, gestion du temps, climat de confiance, communication avec les patients, etc.**
- Le renforcement des capacités de leadership de l'IADE de l'UMHP.**

B. La simulation au SMUR pour des équipes éligibles à l'intégration d'une UMHP renforce les compétences essentiellement non-techniques.

Les instructeurs du CESU en font un bilan positif. Ils soulignent une forte adhésion des professionnels à ce type d'apprentissage car il permet, selon eux, d'échanger directement sur les pratiques et d'améliorer la cohésion d'équipe. Cette cohésion d'équipe pourrait d'ailleurs faire encore l'objet d'améliorations car tous les acteurs du soin et de l'intervention ne sont pas associés à ces exercices. A ce titre, l'immersion réalisée auprès des formateurs SMUR pour la FAE des ambulanciers le 21 juin 2024 a témoigné de l'importance des exercices de simulation pour améliorer la communication de l'équipe SMUR ou de l'équipe de UMHP, de mieux prendre en compte le contexte dans lequel se déroule l'intervention afin d'appliquer les gestes d'urgence appropriés.

- Prise en compte de la pluridisciplinarité des professionnels pour mieux travailler en équipe entre l'ambulancier et l'IADE : « *L'important avec ces exercices, c'est de les entraîner à travailler ensemble, chacun dans leur champ de compétence. Alors là, nous avons X qui est interne et qui joue l'IADE mais là j'aimerais voir comment Y – qui est ambulancier – s'adapte à la pathologie du patient, comment il analyse le contexte qui l'entoure et s'il arrive à construire un plan d'action avec X qui est IADE dans cet exercice.* » explique Stéphane, formateur des ambulanciers SMUR qui seront éligibles à l'UMHP. L'intérêt identifié est que les équipes puissent véritablement aborder une situation de soin en équipe.
- Comprendre les éventuelles erreurs pouvant être commises pendant les exercices et mettre à jour les compétences techniques et non-techniques propres à l'exercice paramédicalisé du SMUR : « *Le fait de prendre du temps pour le débriefing après l'exercice a été très positif pour moi. Les collègues*

peuvent donner leur avis, le formateur souligne ce que j'ai fait de bien ou de moins bien. Par exemple, pendant l'exercice de simulation sur le patient en hypoglycémie, j'aurai dû dire ce que je faisais, point par point, au patient afin de le rassurer (...). La simulation permet surtout la réflexion ! » détaille Thomas.

Ces échanges informels recueillis lors des exercices de simulation qui ont eu lieu pendant l'immersion réalisée montre que la simulation est un levier d'amélioration de la compétence collaborative. Une culture de sécurité se met donc en place via un retour d'expérience systématique, l'amélioration du travail en équipe et une culture juste, c'est-à-dire que l'erreur est analysée et non pas condamnée. L'importance de la réflexivité *a posteriori* des soins ou pratiques mises en place pendant l'exercice est un véritable catalyseur à la culture de gestion des risques et de prise en charge des situations d'urgence (**Annexe 11**).

Toutefois, ces exercices se font uniquement entre professionnels du CHU et formateurs du CESU. Or, en intervention, l'UMHP peut souvent être appuyée par un équipage de sapeurs-pompiers. Ainsi, l'axe à travailler concerne la complémentarité et la collaboration de ces deux professions de soins lors des interventions, deux points importants qui restent encore peu développés.

Recommandation n°6 :

Renforcer les coopérations entre acteurs de l'urgence en intégrant tous les acteurs d'intervention, notamment les pompiers et le SDIS, dans les exercices de simulation du CESU.

2.2 L'enjeu financier : le coût de l'UMHP pour le CHU peut nécessiter un appui de la tutelle.

La mise en place d'une équipe paramédicalisée du SMUR est allé de pair avec une remise à niveau du financement du SMUR. En effet, jusqu'en 2020, les financements des SMUR étaient garantis, d'une part, par un forfait annuel activité isolées urgences (FAI U) qui répond à des critères d'isolement et dont l'activité se situe sous la barre des 11 000 passages par an non-suivis d'hospitalisation ; d'autre part, il y a aussi deux dotations MIG et ces dotations n'ont pas évolué depuis 2013⁴⁷. La première MIG « Aide médicale urgente en milieu périlleux » concerne les prises en charge en mer ou montagne et la seconde MIG « Structures mobiles d'urgence et de réanimation » finance les ambulances de réanimation

⁴⁷ Rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale, Les comptes de la sécurité sociale, « La réforme du financement des structures de médecine d'urgence », 2021.

régulées par le SAMU⁴⁸. Or, ce financement reposait principalement sur une tarification dépendant du volume de passages. Il a fallu attendre la LFSS 2020 pour que le financement du SMUR soit réformé et relève de trois piliers⁴⁹ :

- Recettes liées à l'activité (45% du financement) : cela correspond au financement des séjours et aux nouveaux forfaits urgences.
- Dotation populationnelle (53% du financement) : prise en compte des variables reflétant les besoins de la population, financement réparti par les ARS au niveau de chaque établissement via les comités d'allocation de ressources, garantie de l'équité financière entre les établissements.
- Dotation complémentaire qualité (2% du financement) :
 - Des indicateurs de conformité à l'autorisation de médecine d'urgence à partir des données concernant la composition de l'équipage SMUR.
 - Des indicateurs de qualité des données recueillies et transmises par les structures d'urgences à partir des diagnostics cliniques patients pris en charge par le SMUR ou par le service des urgences.
 - Des indicateurs de qualité des prises en charge à l'étude à partir des données concernant la durée de passage aux urgences et le taux d'hospitalisation des personnes de plus de 75 ans.

D'autres dispositifs liés au SAMU et au SMUR sont aussi financés par le fonds d'intervention régional (FIR), notamment les expérimentations liées à l'instruction ministérielle de l'été 2022, estimées entre 15 et 27M€.

Au CHU de Dijon, le financement de l'équipe paramédicalisée doit être pensée en fonction de ses propres caractéristiques. Le contrôle de gestion du pôle ARCUMEL estime le besoin en ETP de 6 IADE/IDE et de 6 ambulanciers pour un fonctionnement 24h/24 et 7j/7. En tenant compte des revalorisations salariales liées au Ségur, le coût moyen de 6 ETP IADE/IDE est évalué à 449 454€ et de 372 772€, soit un total toutes charges comprises de 822 226€ pour le fonctionnement complet de la ligne EPMU. En appliquant un taux de 30% de charges indirectes pour l'ARS, le total avoisine les 1,1M€. A cela s'ajoute un appel d'offres pour de l'achat de matériel numérique nécessaire à la prise en charge du patient par l'EPMU et le suivi par le MRU. L'offre la plus avantageuse, choisie par le CHU, équivaut à plus de 60 000€. Ainsi, la Direction Générale du CHU a demandé un appui financier à

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ Fédération Hospitalière Privée MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique), « Financement de la médecine d'urgence. D'un financement des moyens à un financement régional des besoins de la population », 5 minutes pour comprendre, N°17, mai 2023.

l'ARS pour le lancement territorial de l'EPMU mais le sujet n'est pas encore exploré en CCAR (**Annexes 12, 13 et 14**).

Grade	cout moy TCC 2022	Besoin ETP 7j/7 24H/24	cout Total TCC 2022	cout Total TCC actualisé *
IADE/IDE	72 376 €	6	434 255 €	449 454 €
Cond Ambulancier	60 028 €	6	360 167 €	372 772 €
Cout Total TCC Ligne EPMU				822 226 €
Cout Total TCC Ligne EPMU (Charges Indirectes incluses)				1 068 894 €

* cout moyen tenant compte de la revalorisation 2022-2023 des mesures Ségur

Recommandation n°7 :

Comme il s'agit d'une ligne supplémentaire et non d'un SMUR médical dégradé, la création d'une nouvelle ligne SMUR paramédical répond à un besoin de santé territorial.

- ➔ L'ARS devrait à terme revaloriser la dotation populationnelle allouée au CHU pour le fonctionnement normal de cette nouvelle offre de prise en charge : la DAF pourrait être informée régulièrement des travaux engagés par le CCAR sur les critères et les modes de sélection.
- ➔ En parallèle, un pilotage national de mise en place des EPMU sera utile pour s'assurer de ses conditions de mise en œuvre.

2.3 L'enjeu Qualité : l'analyse descriptive des activités de l'UMHP témoigne de la sécurité des interventions pour le patient.

2.3.1 L'équipage d'une UMHP intervient dans des conditions précises et prédéfinies par des protocoles de soins et de coopération.

Le fonctionnement de ce dispositif de gradation de la prise en charge est rigoureusement suivi par les IDE de coordination et les médecins régulateurs du SAMU qui analysent le déroulement de chaque intervention de l'équipage de l'UMHP. Les informations suivantes, issues de la base de données du pôle ARCUMEL, montrent que l'UMHP permet de garantir une prise en charge de qualité.

Au préalable, le MRU du SAMU réceptionne l'appel au Centre 15 et lui seul évalue le besoin de soins du patient. L'évaluation clinique permet de comprendre si le cas clinique du patient nécessite une intervention médicale, une intervention paramédicale ou aucune intervention. Ainsi, en dehors des situations de détresse urgente et vitale qui justifient l'envoi d'un

équipage médicalisé, l'infirmier de l'EPMUI peut être habilité à réaliser les actes sous forme d'« actions protocolisées »⁵⁰ et uniquement sous la supervision du MRU. Une liste d'intervention, travaillée en concertation avec SAMU Urgences de France, l'ANCESU et la SFMU, a été dressée. L'EPMU intervient donc uniquement sur les 8 cas suivants :

- Douleur traumatique ou non-traumatique ;
- Hypoglycémie avec trouble du comportement, agitation et difficulté de resucrage par voie orale ;
- Douleur thoracique non traumatique à faible risque de SCA ;
- Tableau évocateur d'une crise convulsive généralisée ;
- Dyspnée sans signe de détresse respiratoire chez un asthmatique connu ;
- Brûlure localisée du 2^{ème} ou 3^{ème} degré avec hyperalgie ;
- Hémorragie extériorisée ;
- Lipothymie et/ou dyspnée survenant dans un contexte évocateur d'allergie.

L'activité de l'EPMU demeure limitée à 8 typologies d'intervention. Le CHU Dijon Bourgogne a ensuite toute liberté de rédiger et d'élaborer des protocoles de soins infirmiers spécifiques. Ceux-ci ont été rédigés par l'encadrement de proximité et le chef de service du DUMU et respectent le décret de compétence des soins infirmiers. Néanmoins, les professionnels soulèvent un point fondamental dans l'étendue des compétences de l'UMHP. Si l'EPMU intervient sur 8 typologies de prise en charge, les ISP disposent de 17 PISU et donc d'un champ de compétence plus large. Ainsi, dans le cadre où les ISP et les infirmiers de l'équipage EPMU travaillent en complémentarité et en collaboration sur certaines interventions, cette différence pose question.

Recommandation n°8 :

Élargir le nombre de protocoles de soins pour l'UMHP et les aligner sur ceux des infirmiers sapeurs-pompiers qui interviennent parfois en complémentarité d'un SMUR.

2.3.2 La finalité demeure la prise en charge plus efficace et sécurisée du patient et une plus grande réactivité dans l'adaptation des moyens engagés.

A. S'appuyer sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

⁵⁰ Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), Guide relatif aux interventions paramédicalisées des structures mobiles d'urgence et de réanimation, juillet 2024, p.10.

L'ensemble des protocoles sur lesquels intervient l'équipe paramédicalisée concerne uniquement le patient adulte. Ainsi, la pédiatrie et la femme enceinte en sont exclus. Les modalités pratiques sont définies en collégialité. Dans ce cas, il convient de faire une distinction entre les T2IH qui concerne les transports secondaires et les EPMU qui concerne les transports primaires. Les T2IH interviennent à toute heure de la journée et de la nuit. Les EPMU interviennent de 8 à 20h, peuvent être déclenchées quelle que soit la disponibilité des SMUR sauf pour l'indication ARRET CARDIAQUE dont le déclenchement se fera uniquement sur carence de SMUR avec envoi dès que possible d'un renfort médicalisé. La régulation médicale est systématiquement réalisée par un MRU qui devra prendre « EPMU » dans le DRM avant tout engagement. L'infirmier membre de l'équipage de l'EPMU contacte systématiquement le MRU pour un bilan d'intervention et la poursuite de la prise en charge puis de l'orientation. Il informe le CRRA de toute évolution ou aggravation clinique pour bénéficier d'un renfort médicalisé.

La qualité du suivi de l'intervention par le MRU nécessite aussi du matériel adéquat. C'est la raison pour laquelle la sécurisation des interventions de l'UMHP repose sur des technologies de l'information et de la communication importantes. En effet, l'UMHP utilise des VRM existants au CHU afin de déclencher l'équipe avec ou sans médecin urgentiste. En salle de régulation du Centre 15, une priorité aux appels de l'EPMU s'est mise en place afin que l'ARM et le MRU y accèdent prioritairement. L'appel de l'EPMU est représenté par un logo spécifique et est transféré prioritairement au MRU. Le MRU et l'infirmier peuvent aussi demander une vidéo transmission sous réserve de la validation de l'effecteur, tout comme il est possible aussi d'avoir usage de la visio régulation entre l'EPMU et le MRU sous réserve de l'effecteur. Ces appels se font sur les tablettes. De la même manière, le MRU peut avoir directement accès à l'ECG d'un patient sous réserve de la validation de l'effecteur infirmier. Toutefois, le MRU ne peut pas suivre en continu la transmission des données. Au Centre 15 du CHU, le transfert se fait actuellement via la tablette de saisie du DPI *Nomadeec*. L'un des scopes multiparamétriques – le *Lifepack* – disponible dans les véhicules a été équipé d'un module pour transfert des informations au CRRA, lequel aurait dû recevoir l'information directement au Centre 15. Or, le Cloud qui gère et fournit ces informations se situe à l'étranger. La Direction des Services Numériques n'a donc pas pu donner suite.

B. Assurer la traçabilité de l'intervention.

La place du MRU demeure indispensable dans un tel dispositif et permet de garantir pleinement l'efficacité de l'intervention et la qualité des soins. En effet, le déclenchement de l'équipe paramédicalisée est placée sous la responsabilité du MRU. Une fois l'équipage de l'EPMU sur place, un premier bilan initial de l'infirmier est fait au MRU et celui-ci décide

du protocole que l'infirmier doit appliquer. Dans cette situation précise, l'infirmier de l'UMHP n'a qu'un rôle d'exécution de la commande de soins décidée par le MRU. C'est la raison pour laquelle le MRU doit tracer sa décision d'application du protocole dans le dossier de régulation médicale tout comme l'infirmier doit tracer les soins procurés et mis en place dans le dossier d'intervention.

Cette démarche permet d'assurer la qualité de la prise en charge et répond aux recommandations de la HAS⁵¹ qui précise que doit être inscrit dans le dossier de régulation médicale les moyens envoyés, le délai d'intervention prévu, les heures d'engagement, la décision de prescription, la transmission du bilan et le bilan lui-même. Dans ce cas, la prescription ne peut être qu'orale⁵². Le médecin doit impérativement la retranscrire dans le dossier de régulation médicale afin de respecter les dispositions relatives au droit d'accès du patient à son dossier médical.

Recommandation n°9 :

Demander au médecin référent qualité du SAMU de bien rappeler, par exemple lors de staffs médicaux, la nécessité de tracer toutes les décisions prises dans le cadre de la prise en charge d'un patient par une UMHP.

C. Évaluer pour progresser.

Dans le cadre des recommandations de la HAS, le SAMU-SMUR 21 reprend des indicateurs définis précisément avec la Direction de la Qualité et de la Gestion des risques et la faisabilité de leur recueil est constamment évaluée. Ces indicateurs d'évaluation de la qualité et de la sécurité des interventions doivent correspondre à des critères bien précis, mesurables, acceptables et réalistes, conformément à la méthode SMART⁵³. Ils sont construits en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins de l'établissement et reprennent les dispositions de la HAS et les recommandations de la SFMU, du SUDF et de l'ANCESU⁵⁴. Ils concernent le nombre de renforts médicalisés à la suite d'un bilan de l'EPMU, le taux de mobilisation de l'EPMU, le nombre d'EI et d'EIG

⁵¹ Haute Autorité de Santé, guide méthodologique « SAMU : Améliorer la qualité et la sécurité des soins », octobre 2020.

⁵² Article R. 4311-7 du code de la Santé publique.

⁵³ Haute Autorité de Santé, guide méthodologique « SAMU : Améliorer la qualité et la sécurité des soins », octobre 2020.

⁵⁴ Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), Guide relatif aux interventions paramédicalisées des structures mobiles d'urgence et de réanimation, juillet 2024, p.15.

déclarés dans le cadre d'une intervention de l'EPMU, la durée des interventions, le nombre d'interventions de l'EPMU et les RETEX des personnels engagés.

Les équipes du SMUR ont dressé le bilan de l'EPMU pour l'année 2023 et 2024. Les résultats sont positifs et encouragent le CHU à poursuivre sa démarche d'optimisation du temps médical, de gradation de la prise en charge du SMUR et de territorialisation de son action. En effet :

- Finalement, aucun EIG n'a été déclaré en ce qui concerne les interventions de l'UMHP, ce qui témoigne du respect de la démarche qualité initiée au SAMU-SMUR et de la sécurité de l'intervention pour le patient. Seul un EI a été signalé car une intervention de l'EPMU s'est faite hors protocoles et sans renfort médical.
- Depuis sa mise en place en décembre 2022, 212 interventions de l'EPMU ont eu lieu sur le territoire, dont 159 en 2023⁵⁵. Ces sorties ont lieu sur diverses pathologies qui peuvent être prises en charge par un équipage infirmier et ambulancier (**Annexe 14**).
- Sur ces 212 interventions sur la période étudiée, seulement 13 renforts médicaux ont été nécessaires, c'est-à-dire qu'un SMUR médicalisé est intervenu en complément. La moyenne d'âge des patients pris en charge est de 50,5 ans.
- La durée moyenne de mission d'un équipage de l'EPMU est de 1h09. Dans le cas où un SMUR médicalisé est également envoyé, l'EPMU arrive sur place environ 18 minutes avant.

Par conséquent, compte tenu de ces indicateurs et des typologies d'interventions sur lesquelles l'EPMU travaille, le médecin urgentiste du SMUR se recentre sur les missions d'urgence nécessitant impérativement sa présence. Dans un souci d'optimisation des organisations et du temps médical, le dispositif permet de compléter les capacités de réponse en SMUR primaire et secondaire de chaque secteur.

Recommandation n°10 :

Présenter le bilan de l'EPMU en Commission des Usagers et en comité Qualité-Risques de manière annuelle.

⁵⁵ Les données de 2024 concernent la période du 1^{er} janvier au 1^{er} mai 2024.

2.3.3 La responsabilité juridique médico-légale lors des interventions de l'équipe paramédicalisée du SMUR est clarifiée.

Garantir la qualité de l'intervention de l'équipe paramédicalisée nécessite aussi de clarifier les responsabilités juridiques en cas de faute ou d'erreur commise par l'équipage. A Dijon, le chef de service des urgences a une vigilance particulière sur la sécurité juridique du dispositif (cf. entretien). Pour que la responsabilité de celui-ci, trois éléments indispensables doivent être réunis : une faute commise par le médecin ou par l'équipe soignante, un préjudice causé au patient et un lien de causalité entre la faute et le préjudice. Les interventions de l'EPMU demeurant régulées par le MRU, il est responsable du bon déroulé des interventions.

En matière administrative, c'est la responsabilité du service public hospitalier qui sera recherchée devant les juridictions administratives, sauf en cas de faute détachable du service. En effet, le service public est considéré comme responsable des fautes ou manquements du médecin. Il faut rappeler que le MRU et l'infirmier n'ont pas d'obligation de résultat mais de moyens, c'est-à-dire qu'ils doivent utiliser tous les outils ou moyens qu'il a en sa possession pour garantir une prise en charge de qualité et appropriée au problème.

En matière pénale⁵⁶ :

- La responsabilité personnelle du MRU peut être engagée, même s'il n'a pas causé l'accident mais a participé à faire émerger une situation ayant conduit à l'accident. Elle peut aussi être engagée s'il n'a pas pris les bonnes mesures pour l'éviter alors qu'il en avait la possibilité et les moyens. Par exemple, si au moins un SMUR est disponible et que le MRU n'envoie pas le bon moyen chez le patient après son interrogatoire téléphonique (et envoie plutôt une EPMU), conduisant à une perte de chance, sa responsabilité personnelle est engagée.
- Si les urgences fonctionnent à flux tendu, c'est-à-dire avec une pénurie de personnel ou du fait d'un dysfonctionnement du service, la responsabilité du MRU ne peut pas être retenue parce qu'il faut que la faute soit effectivement personnelle. C'est plutôt la responsabilité pénale de l'établissement qui pourrait être engagée dans ce cas, voire du Directeur qui a pour mission première de mettre en œuvre la permanence des soins.

⁵⁶ QUEGUINER T., « Les urgentistes ne sont pas juridiquement responsables de la tension aux urgences », Hospimédia, 26 août 2024.

Recommandation n°11 :

- ➔ Poursuivre la rédaction de dossiers médicaux exhaustifs et détaillés afin de garantir la traçabilité, meilleur outil pour une prise en charge réussie.
- ➔ Rappeler dans une note de service adressée au chef de pôle Urgences, aux chefs de service du pôle et à l'encadrement qu'il est primordial d'alerter la Direction et l'ARS quand une tension sur le pré hospitalier et l'intra hospitalier émerge. Cette alerte peut être orale ou écrite.
- ➔ Une analyse partagée, à froid, des situations à risque survenue lors de l'intervention d'une EPMU reste la meilleure des préventions.

3 La mise en œuvre d'une UMHP nécessite une gestion de projet collaborative et territoriale qui s'inscrit dans le cadre d'une politique d'attractivité paramédicale et médicale renouvelée.

3.1 Le bon fonctionnement de l'équipe paramédicalisée est indissociable d'une adhésion globale de l'équipe projet et d'un accompagnement au changement.

3.1.1 La concertation et l'évaluation : un préalable indispensable à la mise en place d'une offre de soins complémentaire.

La concertation sur la mise en œuvre du dispositif comprend à la fois des consultations qui ont pour vocation de faire de la pédagogie, c'est-à-dire d'expliquer aux différents acteurs les raisons pour lesquelles ce projet doit être impulsé, de recueillir ensuite les avis et les idées de toutes les parties prenantes. Cette phase de concertation devra en outre permettre aux parties prenantes de prendre en compte les impacts d'une telle réorganisation de la prise en charge sur le quotidien du service et des professionnels concernés.

- *Élaborer le diagnostic territorial.*

Cette étape permet de mettre en évidence les forces, faiblesses, opportunités et menaces que représente le territoire dans lequel ce dispositif s'implante. Elaborer le diagnostic territorial permet de fixer un fil conducteur au projet et de mettre en lumière les objectifs et problématiques liés au projet. Elle peut être réalisée par les Directions des Coopérations médicales et de la Stratégie. L'étape préalable de diagnostic territorial est à retrouver dans la première partie de ce mémoire.

Recommandation n°12 :

A partir des éléments qui ressortent du diagnostic territorial, fixer un cap en accord avec l'ARS et la CME en fonction des besoins locaux identifiés et des évolutions du cadre réglementaire liées aux réformes nationales. En sus, il conviendra de :

- ➔ **Présenter la méthodologie choisie en CME.**
- ➔ **Informar la tutelle de la méthodologie de projet retenue.**
- ➔ **Impulser une dynamique de projet auprès des équipes et des parties prenantes.**

- *Construire le groupe de travail.*

De l'élaboration du diagnostic territorial doit naître un groupe de travail qui tienne compte des conclusions du diagnostic posé. Pour mettre en place concrètement l'EPMU sur un temps court – en vue d'une mise en place dès décembre 2022 et après la signature du courrier de lancement de la DG le 7 novembre 2022 – le CHU de Dijon a choisi une comitologie réunissant tous les acteurs. L'expérimentation puis la pérennisation se sont faites rapidement. Néanmoins, la gestion de projet nécessite les expertises des acteurs et une concertation afin de prendre en compte tous les aspects du projet. Le COPIL de mise en place de l'EPMU est composé des représentants du CHU et du GHT (Directeur du pôle ARCUMEL, chef de service des Urgences, chef du pôle ARCUMEL, cadre supérieur du pôle ARCUMEL, le FF CS du SAMU-SMUR) et des responsables du CRRA 15 dont 1 médecin régulateur, 1 cadre de santé de la salle de régulation.

Le directeur d'hôpital doit particulièrement faire attention à ce que les concertations qui ont lieu dans le cadre du groupe de travail s'orientent sur les impacts du changement induits par cette nouvelle offre sur les professionnels et sur l'organisation du service. Les sujets de pertinence du dispositif sont concertés avec l'ARS. Sur le plan interne, il conviendra d'avoir une vigilance particulière sur la consultation des professionnels eux-mêmes, notamment les paramédicaux, encore trop souvent mis à l'écart des groupes de travail. L'accompagnement au changement pour ces professionnels demeure un enjeu majeur.

Recommandation n°13 :

Demander l'appui des responsables de l'amélioration continue du CHU pour favoriser la conduite et lancer l'accompagnement au changement auprès des équipes concernées. Ils devront être particulièrement vigilants aux points suivants pour impulser une dynamique au projet :

- Attribuer un rôle à toutes les parties prenantes dans leur domaine de compétence respectif.**
- Élaborer des objectifs réalistes à chaque membre du COPIL, quitte à les réévaluer lors des réunions du COPIL.**
- Réunir, selon un calendrier défini en amont, tous les professionnels pour faire le point sur l'avancée de leurs missions respectives.**

- *Faire le lien avec les acteurs du territoire.*

La mise en place de l'équipe paramédicalisée du SMUR doit être concertée avec les autres établissements du territoire qui connaissent des difficultés plus importantes que celles rencontrées au CHU. La concertation avec les autres établissements peut se faire sur des sujets précis, notamment en ce qui concerne la formation des professionnels. Par exemple, dans le cadre de coopérations actées entre le CHU Dijon Bourgogne et d'autres

établissements, le CESU 21 a par exemple déjà formé 9 IDE et un ambulancier des Hospices Civils de Beaune puis 7 IDE et 3 ambulanciers du CH de Nevers.

L'offre de soins demeurant un sujet territorial, le CHU Dijon Bourgogne a donc tout intérêt à renforcer ses coopérations avec les établissements.

Recommandation n°14 :

Renforcer le partenariat territorial entre le CHU (via le CESU) les établissements de la région pour la formation des agents à intégrer une équipe paramédicalisée du SMUR. Cela pourrait passer par :

- L'ouverture de davantage de places et de créneaux pour l'organisation des formations réglementaires nécessaires pour intégrer une EPMU, comme l'AGFSU, dans le cadre du plan de formation coordonné.**
- Un soutien financier de l'ANFH pour le développement des formations à l'EPMU.**

Une communication peut également être faite avec les acteurs du territoire, en particulier avec la médecine de ville, SOS Médecins et les médecins libéraux. Elle pourrait prendre la forme d'une réunion d'information ou d'un point présenté exceptionnellement lors des rencontres des acteurs de la CPTS et aurait le mérite de renforcer le lien ville-hôpital.

- *Recueillir l'avis et les contributions de tous les partenaires.*

Toute mise en place de projet ou de nouvelle offre de soins nécessite d'avoir les avis et les recommandations de tous les acteurs car cela peut toucher à l'organisation d'un service dans un contexte déjà marqué par des tensions. En effet, compte tenu de la pluralité des acteurs et de la complexité des problématiques – aussi bien territoriales que stratégiques – les attentes et les revendications peuvent diverger.

Malgré les avantages qu'apporte l'équipe paramédicalisée, le personnel médical reste encore dubitatif sur la véritable utilité d'une telle équipe⁵⁷. Si le médecin est plus recentré sur ses compétences, le chef de service des urgences souligne le manque d'adhésion des médecins par crainte d'être dépossédés d'une partie de leurs prérogatives – par glissement de tâche – et de mettre le corps infirmier dans une difficulté de plus car il n'est pas formé pour prendre en compte les spécificités de l'intervention extérieure d'urgence. La configuration paramédicalisée du SMUR serait le signe d'un aveu d'échec pour nombre de

⁵⁷ LOURDAIS J., « Urgences en zone rurale : l'équipe mobile plébiscitée en Sarthe », Ouest France, 19 septembre 2023.

médecins qui considèrent que la couverture sanitaire est insuffisante et incapable de s'adapter aux nouveaux besoins de la population.

Recommandation n°15 :

Orienter la campagne de communication sur la complémentarité des différents acteurs de l'urgence en insistant sur la non-substitution du SMUR médicalisé qui garde toutes ses prérogatives.

Le retour des organisations syndicales sur la nouvelle organisation du SMUR liée à la mise en place de l'équipe paramédicalisée doit être pris en compte. Le fait d'inscrire ce point à l'ordre du jour de la prochaine Conférence Territoriale du Dialogue social, comme préconisé plus haut dans le mémoire, permettra de recueillir les questions et les avis des organisations syndicales représentatives.

3.1.2 Le besoin d'information des usagers du service public et des professionnels est primordial, notamment sur le transport primaire.

La mise en place d'un dispositif de cette envergure, qui modifie les organisations du DUMU et les prises en charge du pré hospitalier, nécessite aussi un véritable travail de communication et de vulgarisation sur les objectifs principaux, les missions et les raisons pour lesquelles l'EPMU est opérationnelle. Pour une montée en charge effective et efficace, en lien avec les UMHM, les usagers du service public – et la patientèle en général – et les professionnels du CHU doivent d'abord connaître l'existence de l'EPMU puis, d'autre part, disposer d'une confiance dans le dispositif. Ce préalable participe automatiquement du bon fonctionnement de cette unité mobile. Lors des immersions avec une EPMU en juillet dernier, deux interventions ont eu lieu à Dijon. Avec l'autorisation de l'IADE en poste ce jour-là et après le consentement des deux patients conscients, la question suivante a été posée : « *Connaissez-vous le dispositif de l'EPMU ou unité mobile hospitalière para médicalisée ?* ». Les deux patients répondent par la négative. Si le nombre n'est pas du tout représentatif pour établir une vérité, il donne néanmoins une indication sur le déficit de connaissances du dispositif de la part de la patientèle prise en charge. Ce manque de connaissance peut sans doute aussi s'expliquer par le fait que le dispositif est récent puisqu'il est mis en œuvre effectivement que depuis décembre 2022. Ainsi, l'EPMU est encore peu médiatisée et il existe donc un risque de fracture entre l'incompréhension ou le manque d'informations de la population sur l'EPMU et la mise en œuvre opérationnelle d'un tel dispositif. La communication sur l'EPMU vise donc à familiariser les usagers du service

public à ce nouveau type de dispositif qui, compte tenu du contexte tendu sur les urgences, peuvent s'interroger sur la qualité et la sécurité de leur prise en charge.

C'est la raison pour laquelle la Direction Générale a pris des mesures correctives en termes de communication. En effet, une visite du DG ARS Bourgogne Franche-Comté a été organisée à la fin de l'année 2022, accompagnée de la Direction Territoriale de l'ARS, du Directeur Général du CHU, du chef de service et du Directeur référent du pôle. Une visite de la tutelle ne paraissant pas suffisante pour faire connaître puis développer cette nouvelle manière de prendre en charge les patients, les établissements se dotant d'un tel dispositif pourraient construire un plan de communication à la hauteur des enjeux de santé publique que l'EPMU implique. Ce plan devra distinguer le volet communication interne et le volet communication externe. Il pourra prendre en compte les éléments suivants :

Recommandation n°16 :

1° Faire connaître le dispositif en interne :

- ➔ **S'appuyer sur l'expertise, la connaissance et le rôle des Représentants des Usagers lors de leurs permanences aux urgences ou à la Maison des Usagers.**
- ➔ **Réunir les acteurs de l'aval – les services de médecine –, et ceux du SAMU (Centre 15, SAU, SMUR) pour que chacun prenne en compte les contraintes de l'autre afin de fluidifier l'aval au mieux dans un contexte de manque de disponibilité de lits de médecine.**
- ➔ **Proposer un article dans la revue du CHU « La CHUette » à la Direction de la Communication mettant en avant les missions de l'EPMU et les équipes la composant. Profiter aussi du nouveau site Internet de l'établissement pour mettre en avant l'intégralité de l'offre d'intervention du SMUR.**
- ➔ **Communiquer sur le dispositif auprès des étudiants du Campus paramédical et lors des journées de *Job Dating*.**

2° Faire connaître le dispositif en externe pour expliquer les raisons pour lesquelles il est utilisé, ce qui permettra de renforcer la confiance des usagers et améliorera leur expérience-patient :

- ➔ **Faire le lien avec les acteurs de ville via la CPTS Centre 21 et la CPTS Côte d'Or : SOS Médecins, Conseil de l'ordre des Médecins du Département.**
- ➔ **Solliciter la presse locale pour un reportage d'immersion avec une équipe de l'EPMU en intervention ou avec les médecins régulateurs au Centre 15, après accord du chef de service et de la Direction de la Communication.**

3.2 A plus long terme, la pérennité de cette configuration paramédicalisée doit aller de pair avec une politique d'attractivité renouvelée et le renforcement de la territorialisation.

3.2.1. Renforcer l'attractivité de l'équipe paramédicalisée tout en garantissant la qualité de la prise en charge.

A. Axe de travail n°1 : renforcer la dynamique de recrutement pour les effectifs en régulation.

Au CHU Dijon Bourgogne, 45 IDE ont quitté l'établissement entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2024, contre 60 en 2023 à la même période. La dynamique de recrutement est donc positive car 130 IDE ont été recrutés en 2023, passant de 5500 ETP en janvier 2023 à 5700 en juillet 2024. La mise en place d'une équipe paramédicalisée au SMUR induit une augmentation de la charge de travail des ARM qui vont recevoir davantage d'appels. De manière générale, c'est la raison pour laquelle la priorité devra être donnée à l'augmentation progressive du nombre de postes ARM, indispensable pour maintenir un exercice de qualité, conformément aux indicateurs HAS.

C'est sur l'attractivité de la profession que les établissements de santé devront travailler, notamment en utilisant les outils de la GPMC⁵⁸, de la cartographie des métiers à la construction de parcours professionnels clairs donnant des perspectives professionnelles aux agents. Ainsi, fixer des parcours professionnels clairs tout en renforçant la communication sur le métier et ses perspectives d'évolutions permettrait d'inscrire le recrutement dans les bonnes filières.

Recommandation n°17 :

Engager une réflexion sur l'attractivité de la profession d'ARM pourrait passer par un travail sur les mesures suivantes :

- Développer les immersions et le « vis ma vie » dans les Centres 15 pour les candidats intéressés et les présentations du métier lors des Journées de l'emploi organisées.**
- Maintenir la possibilité pour les étudiants en santé de faire des vacations.**

⁵⁸ BERNIER P., GRESILLON A., La GPEC : Construire une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, Paris Dunod, 3e édition, 2016.

→ Retravailler la cartographie-métier afin d'acter des parcours professionnels clairs : informer les candidats de la possibilité d'évoluer ensuite un grade AAH en passant le concours national⁵⁹.

B. Axe de travail n°2 : faire de l'intelligence artificielle un outil d'attractivité et de simplification des démarches pour les médecins et de qualité des soins pour les patients.

A plus long terme, les organisations de travail et la prise en soins des patients nécessitant des soins d'urgence et de réanimation devront s'adapter aux nouvelles modalités de prise en charge. Si la paramédicalisation d'une équipe SMUR permet déjà au médecin de se recentrer sur des missions plus spécifiques, l'IA – si elle est régulée – peut apporter un gain de temps, une optimisation des ressources humaines et une simplification dans la gestion du flux constant d'informations qui parvient au médecin⁶⁰. Elle permettra d'augmenter la qualité de la réponse pour chaque patient et éviter les biais cognitifs favorisés par l'effet tunnel⁶¹. Ainsi, l'IA est une opportunité à saisir qui épaulera à la fois le MRU dans l'analyse pathologique du patient et l'aide au diagnostic médical ; et l'équipe paramédicalisée dans la transmission des données cliniques. Comme le rappelait Clara DE BORT en 2018, « l'intelligence artificielle va, au cours des prochaines années, bouleverser comme jamais notre système de santé »⁶². Ainsi, des expérimentations dans d'autres établissements de santé existent déjà. Le CHU de Besançon a par exemple le projet de développer SIA REMU⁶³, un logiciel algorithmique qui peut aider le MRU dans sa prise de décision médicale et dans le repérage des urgences vitales.

La question de savoir comment l'IA pourra contribuer à libérer davantage de temps médical et de contribuer à la prise en charge des patients par l'équipe paramédicalisée dans les

⁵⁹ Le décret du 1er août 2024 prévoit que les assistants médico-administratifs relevant de la branche assistance de régulation médicale, qui sont titulaires du diplôme d'ARM mentionné dans le code de la santé publique, « font carrière dans les deuxième et troisième grades de leur corps ». Les concours organisés dans la branche assistance de régulation médicale du corps des AMA assureront ainsi un recrutement dans le deuxième grade de ce corps.

⁶⁰ LOMBI L, ROSSERO E., How artificial intelligence is reshaping the autonomy and boundary work of radiologists. A qualitative study. *Sociol Health Illn.* 2024 Feb;46(2):200-218. Doi: 10.1111/1467-9566.13702. Epub 2023 Aug 13. PMID: 37573551.

⁶¹ Board Innovation, Question du mois de MARS 2024 « L'urgentiste va-t-il être remplacé par la machine ? ».

⁶² DE BORT C., DUFOUR M., ROBIN J., L'impact des disruptions technologiques sur les professionnels de santé. *L'Économie politique.*, 80(4), 42-49p. p. 42.

⁶³ [SIA REMU : Système d'Intelligence Artificielle pour la REgulation Médicale des Urgences \(chu-besancon.fr\)](https://sua.remu.fr/)

prochaines années sera essentielle. A terme, on peut imaginer que le MRU se concentre uniquement sur les appels au 15 basculés par l'ARM et laisse le logiciel d'IA guider l'équipe paramédicale du SMUR en intervention.

Recommandation n°18 :

Accompagner le déploiement d'un dispositif d'IA auprès des équipes passera, à long terme, par les points suivants :

- ➔ **Construire un projet managérial qui permet l'accompagnement de l'encadrement, des MRU et de l'équipe paramédicale afin de renforcer l'acceptabilité sociale du projet.**
- ➔ **Poursuivre la sensibilisation des professionnels des urgences et du Centre 15 aux enjeux de l'IA. Il est possible d'organiser des présentations dans le cadre du F3SCT ou de l'Assemblée annuelle des managers. Plus concrètement, le plan de formation du CHU peut être adapté : si l'établissement dispose de spécialistes de l'IA, il peut avoir recours à ses formateurs internes.**
- ➔ **Soutenir les initiatives et les projets d'IA au DUMU en impliquant les équipes du Centre d'investigation clinique du CHU et en favorisant les expérimentations dans le respect des règles de déontologie et d'éthique. Ce travail pourra se faire avec le déontologue des établissements.**

3.2.2. Travailler aux solutions alternatives à l'envoi d'un SMUR dans une dynamique territorialisée à l'échelle du GHT : l'importance des professionnels de santé de ville.

Compte tenu de l'augmentation des besoins de santé de la population et du nombre d'appels au Centre 15, le SAU et les SMUR médicaux et paramédicaux pourraient être encouragés à travailler dans le cadre de réseaux professionnels de territoire. Cette coordination territoriale des professionnels doivent notamment s'appuyer sur les IDEL d'astreinte et sur les ICS.

En ce qui concerne les ICS, le décret du 29 décembre 2023 sur les autorisations de médecine d'urgence donne désormais la possibilité aux professionnels infirmiers d'intervenir directement chez le patient pour prodiguer les premiers soins à la demande du Centre 15, dès lors que le délai d'accès aux soins d'urgence dépasse les 30 minutes⁶⁴. Cette première réponse de proximité se fait en simultané avec celle du SMUR. L'objectif à

⁶⁴ « Les infirmiers bientôt intégrés dans le dispositif des correspondants du SAMU », Infirmiers.com, publié le 9 août 2023.

terme est de faciliter la mise en place de cette nouvelle modalité d'intervention, en parallèle des EPMU, et d'harmoniser la mise en œuvre de ce dispositif entre les différents SMUR, notamment ceux qui se situent dans un territoire fragile sur le plan du vieillissement démographique et de la répartition de l'offre de soins. Le Centre 15 reçoit donc la possibilité de faire le lien avec un ICS pour une intervention. De la même manière, il pourrait être intéressant à terme d'élargir ce dispositif pour les IDEL d'astreinte.

Recommandation n°19:

Faire le lien entre le Centre 15, les ICS et les IDEL en :

- Prévoyant une communication claire et adaptée entre l'ICS, l'IDEL et le Centre 15, par exemple avec un système d'information du Centre 15 qui renvoie l'intervention automatiquement vers l'ICS. Un appel à projets pourrait être lancé.**
- Assurant la traçabilité de l'intervention, comme dans le cas de l'EPMU, afin de garantir la continuité avec le MRU.**
- Déterminant les critères de déclenchement de l'ICS grâce à l'alignement des protocoles sur l'EPMU sur les ICS et les IDEL.**

Cette mesure devrait être pilotée conjointement avec l'ARS et l'URPS.

Cette coopération entre les professionnels au sein du territoire peut passer par la construction d'un groupe de pilotage composé d'un représentant de l'ARS, d'un représentant du SAMU, de la CPTS et des organisations d'infirmiers pourront avoir comme mission de recenser les candidats ICS, harmoniser la formation de ces personnels en lien avec le CESU et travailler le tableau d'astreinte avec le SAMU.

Conclusion

L'analyse de l'équipe paramédicalisée du SMUR permet de conclure à la pertinence de la mise en place d'un tel dispositif. Répondant à un besoin de santé clairement identifié par le diagnostic territorial et stratégique, l'EPMU garantit effectivement la qualité de la prise en charge et permet – malgré des difficultés structurelles – de relancer une dynamique de recrutement sur le secteur pré-hospitalier. En témoignent le nombre de promotions professionnelles d'IDE à IADE réalisées et le succès des formations dispensées par le CESU pour les ambulanciers et les infirmiers. Il reste néanmoins un sujet de coordination de la formation entre les CESU. Si le fonctionnement de l'EPMU répond aux exigences de la HAS et permet aux urgentistes de se concentrer sur d'autres tâches, le directeur d'hôpital devra à l'avenir approfondir trois sujets primordiaux. Le premier, technique, concerne la pérennité du financement qu'il conviendra de garantir avec la tutelle. Le deuxième, managérial, réside dans la capacité du directeur d'hôpital à réussir l'accompagnement au changement, notamment auprès d'une partie du corps médical encore réticence à cette évolution. Le troisième, territorial, consiste à travailler de manière plus étroite avec les professionnels de ville afin de créer à terme des équipes d'intervention paramédicale.

Cette étude comporte toutefois une limite principale : elle propose une analyse et une réflexion sur la mise en place de l'EPMU en s'appuyant sur l'exemple du CHU de Dijon et son aire d'attraction. Pour autant, si les politiques en matière de ressources humaines sont quasiment identiques, elle peut être complétée par une comparaison avec d'autres établissements qui se sont aussi lancés dans cette transformation de leur organisation.

La réflexion menée sur la pertinence de l'équipe paramédicalisée du SMUR m'a appris que faire confiance à la capacité d'initiative des professionnels de terrain est un moyen de proposer des réponses innovantes à un problème conjoncturel : celui de la forte activité des services d'urgence. Dans un souci de complémentarité avec les managers médicaux et l'encadrement de proximité, tout en assurant un lien constant avec l'ARS, c'est ensuite au directeur d'hôpital d'impulser une démarche projet globale ; proposer une mise en œuvre compatible avec les ressources financières et humaines et qui tient compte de la fragilité démographique d'un territoire. Le directeur doit identifier les objectifs stratégiques, faire confiance à ses équipes pour une gestion au plus près des préoccupations du terrain, quitte à faire évoluer sa stratégie en fonction des tensions ou des opportunités. C'est justement toute la complexité et la beauté du métier de directeur d'hôpital.

Bibliographie

Ouvrages et revues

- BERNIER P., GRESILLON A., La GPEC : Construire une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, Paris Dunod, 3^e édition, 2016.
- Board Innovation, Question du mois de MARS 2024 « L'urgentiste va-t-il être remplacé par la machine ? ».
- DE BORT C., DUFOUR C., ROBIN J. (2018), L'impact des disruptions technologiques sur les professionnels de santé. L'Économie politique, 80(4), pp. 42-49.
- GARRIGUE, Bruno, Paramédicalisation : état des lieux et perspectives d'avenir, 2004.
- LAFORTUNE G., MUELLER M. (2020). *Comment la France se compare-t-elle aux autres pays de l'OCDE en matière de dépenses pour les soins primaires, de nombre et de revenu des médecins généralistes ?* Revue française des affaires sociales, 1 (pp. 303-312).
- L'HER E., GEERAERTS T., DESCLEFS J.P., BENHAMOU D., BLANCIER A., Intérêts de l'apprentissage par simulation en soins critiques. Recommandations de pratiques professionnelles. Recommandations communes SRLF, SFAR, SFMU, SOPFRASIMS, 2019.
- LOMBI L, ROSSERO E., How artificial intelligence is reshaping the autonomy and boundary work of radiologists. A qualitative study. *Sociol Health Illn.* 2024 Feb;46(2):200-218. Doi: 10.1111/1467-9566.13702. Epub 2023 Aug 13. PMID : 37573551.
- PERRIN. J, Le transport infirmier inter hospitalier (TIIH), chapitre 95, Urgences 2012.

Articles de presse

- CHAPUIS C., « Urgences... danger grave et imminent », Gestions Hospitalières, N°573, février 2018.
- DEBACKER P. « Les urgentistes développent le concept d'unité mobile hospitalière paramédicalisée », Hospimédia, 14 décembre 2023.
- DEBACKER P. « Une unité mobile paramédicalisée s'intègre dans l'organisation du CH de Vendée », Hospimédia, 31 juillet 2024.

- LOURDAIS J., « Urgences en zone rurale : l'équipe mobile plébiscitée en Sarthe », Ouest France, 19 septembre 2023.
- QUEGUINER. T., « Les urgentistes ne sont pas responsables de la tension aux urgences », Hospimédia, 26 août 2024.

Rapports et enquêtes

- Commission des affaires sociales du Sénat, COHEN L., GENISSON C. et M. SAVARY R., « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé », 26 juillet 2017.
- Cour des Comptes, Rapport public annuel, Tome II, « Les urgences hospitalières », 2019, p. 212 à 245.
- Cour des Comptes, Tome I, « Les SAMU et les SMUR : des évolutions en cours à poursuivre », mai 2023.
- Haute Autorité de Santé (HAS), Guide méthodologique « SAMU : Améliorer la qualité et la sécurité des soins », octobre 2020.
- Haute Autorité de Santé (HAS), Mesurer et améliorer la qualité. Guide et bonnes pratiques en matière de simulation en santé, mars 2024, p. 5.
- Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), Guide relatif aux interventions paramédicalisées des structures mobiles d'urgence et de réanimation, juillet 2024.
- MESNIER T., « Assurer le premier accès aux soins : organiser les soins non programmés dans les territoires », mai 2018.
- MESNIER T., CARLI P., « Pour un Pacte de Refondation des Urgences », décembre 2019, 19p.
- SAMU Urgences de France, « Référentiel : les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence », 2011.
- SAMU Urgences de France et du SUDF : « Recommandations : l'Unité mobile hospitalière paramédicale », 19 juillet 2023.
- SAMU Urgences de France, « La situation des SMUR et des urgences continue de se dégrader inexorablement ! Résultats de l'enquête SUDF été 2023 : quel bilan pour les urgences et les SMUR ? », septembre 2023.
- SEIMANDI T., « Les disparités d'activité des SMUR s'expliquent en partie par les moyens dédiés et les caractéristiques des territoires », Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, N° 1136, décembre 2019.

Mémoires

- ROBIC Y. « Simulation en santé en équipe : un outil managérial pour le Directeur des soins au service de l'harmonisation, des identités professionnelles territoriales

et de la Prévention des risques associés aux soins », Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2017.

- GUERNER. L, « Les urgences en crise : restructuration locale d'un service en voie de réforme nationale », Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2017-2018, 74p.
- MOURA. A, « Restructurations et transformations des services d'urgences dans un cadre budgétaire contraint : opportunités et limites. L'exemple des urgences du CH de Saint-Angély », Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2018-2019, 87p.

Textes réglementaires

- Article R. 4311-7 du code de la Santé publique.
- Article L. 6311-1 du Code du Travail.
- Décret n° 2022-1658 du 26 décembre 2022 portant création du corps des ambulanciers de la fonction publique hospitalière au sein de la filière soignante et modifiant diverses dispositions applicables à la fonction publique hospitalière.
- Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004.
- Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence.
- Décret n°2023-1376 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions techniques de fonctionnement.
- Décret n°2024-834 du 16 juillet 2024 modifiant la carrière des assistants médico-administratifs de la branche « assistance de régulation médicale », JORF n°0169 du 17 juillet 2024.

Documents institutionnels

- Rapport d'activité du CHU Dijon Bourgogne 2021.
- Rapport d'activité du CHU Dijon Bourgogne 2022.
- Présentation de la réforme des autorisations en médecine d'urgence par l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne Franche-Comté, 16 avril 2024.

Sites internet

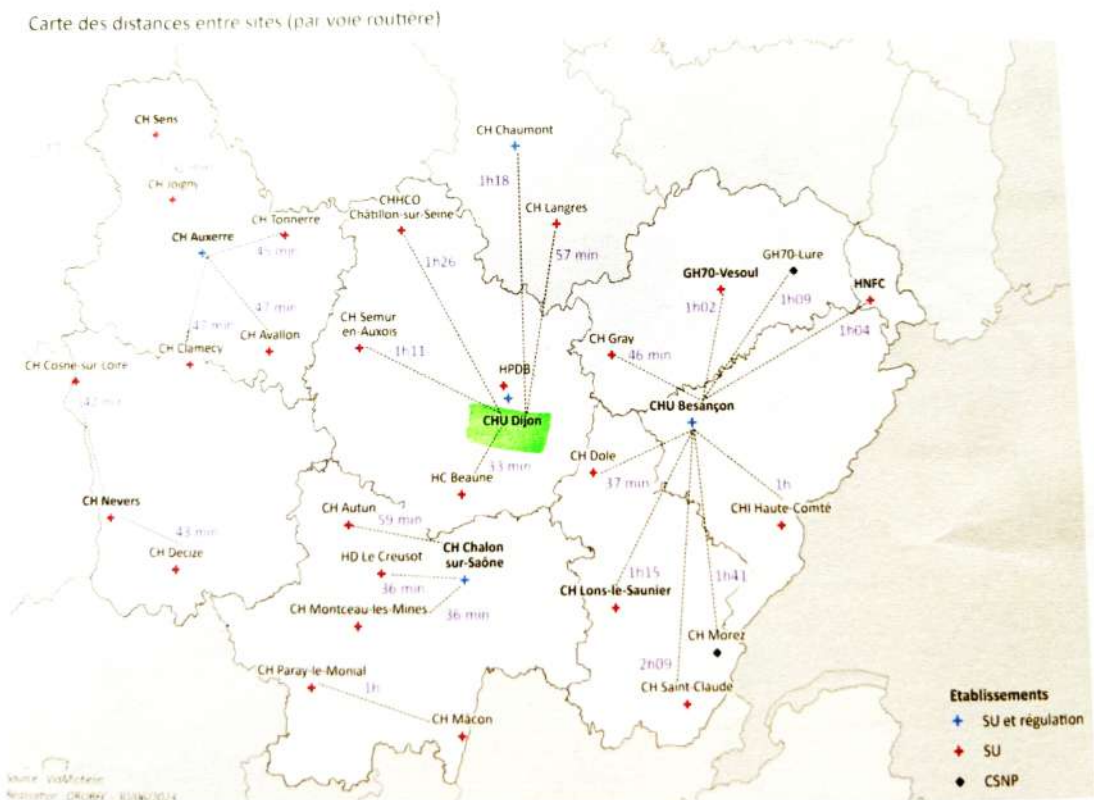
- Note de la Fédération Hospitalière de France (FHF), Revalorisation de la carrière des AMA de la branche « Assistance à la régulation médicale » de la Fonction publique hospitalière, 26 juillet 2024.

- « SIA REMU : Système d'intelligence artificielle pour la régulation médicale des urgences », CHU de Besançon, juillet 2021.
- « Communiqué de presse du 25 juin 2021 : décret sur les infirmiers de pratique avancée aux urgences : pour l'AMF, c'est non ! », Association des médecins urgentistes de France (AMUF), 25 juin 2021.
- Édito de la FEDORU, « Une année hors crise sanitaire où l'activité des services des urgences retrouve voire dépasse celle de 2019 d'avant crise », 2022.
- Fédération Hospitalière Privée MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique), « Financement de la médecine d'urgence. D'un financement des moyens à un financement régional des besoins de la population », 5 minutes pour comprendre, N°17, mai 2023.
- « Les infirmiers bientôt intégrés dans le dispositif des correspondants du SAMU », Infirmiers.com, 9 août 2023.

Liste des annexes

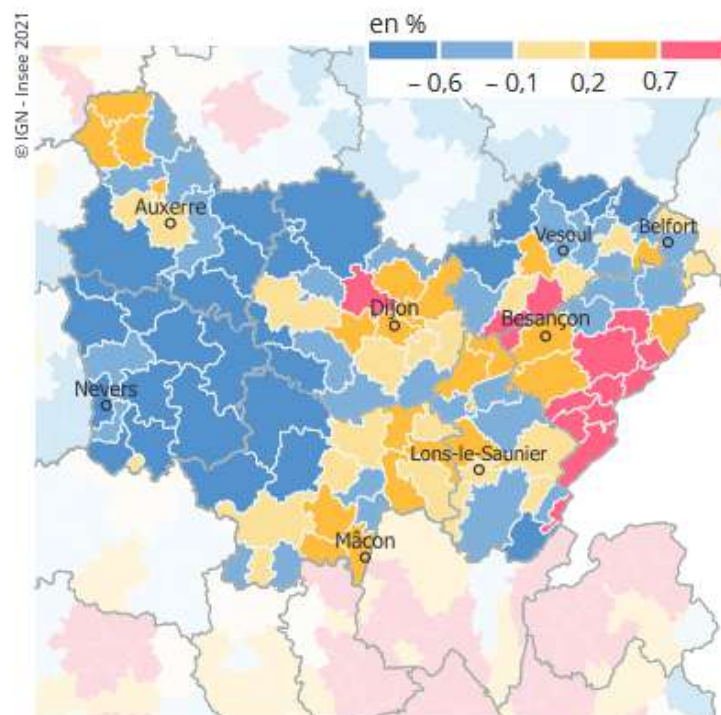
Annexe 1 – Carte des distances entre les sites hospitaliers en Bourgogne Franche-Comté.

Maillage territorial



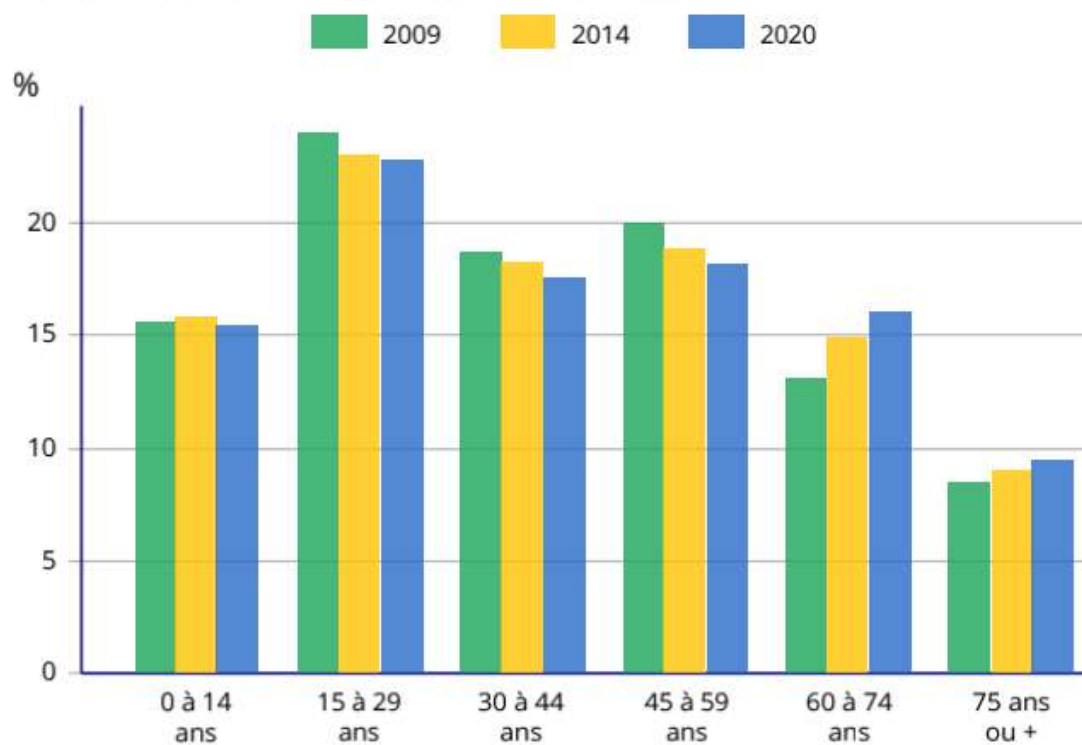
Annexe 2 – Évolution annuelle moyenne de la population en Bourgogne Franche-Comté entre 2013 et 2018 (Insee, 2020).

► 2. Évolution annuelle moyenne de la population entre 2013 et 2018

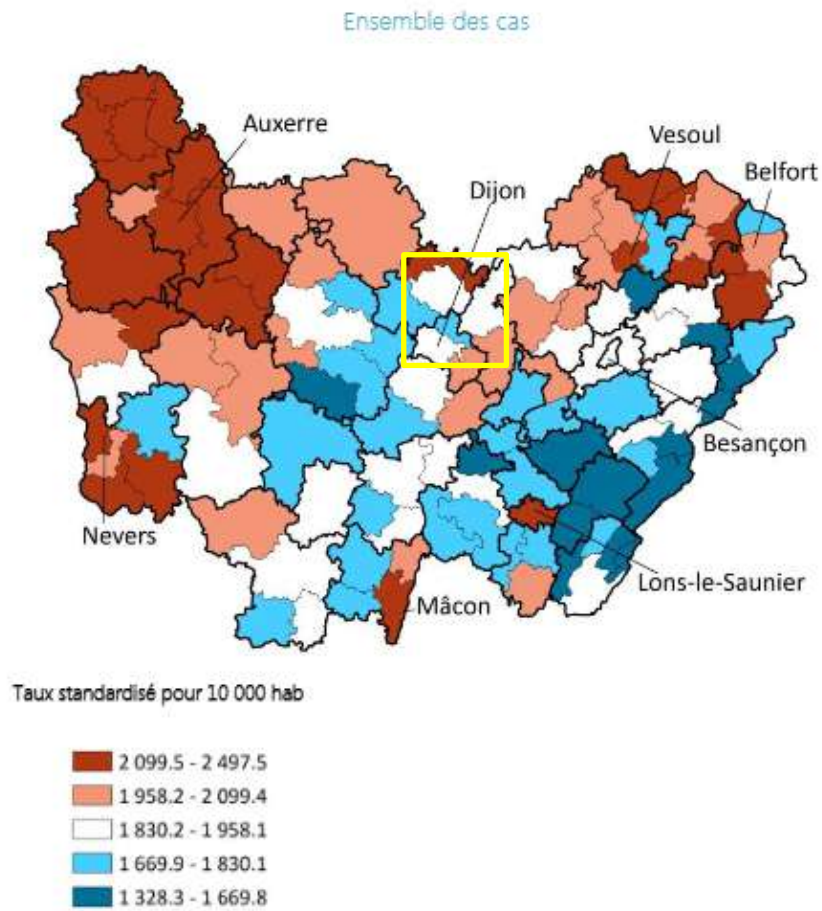


Annexe 3 – Population de la Côte d'Or par grandes tranches d'âge (Insee, 2014).

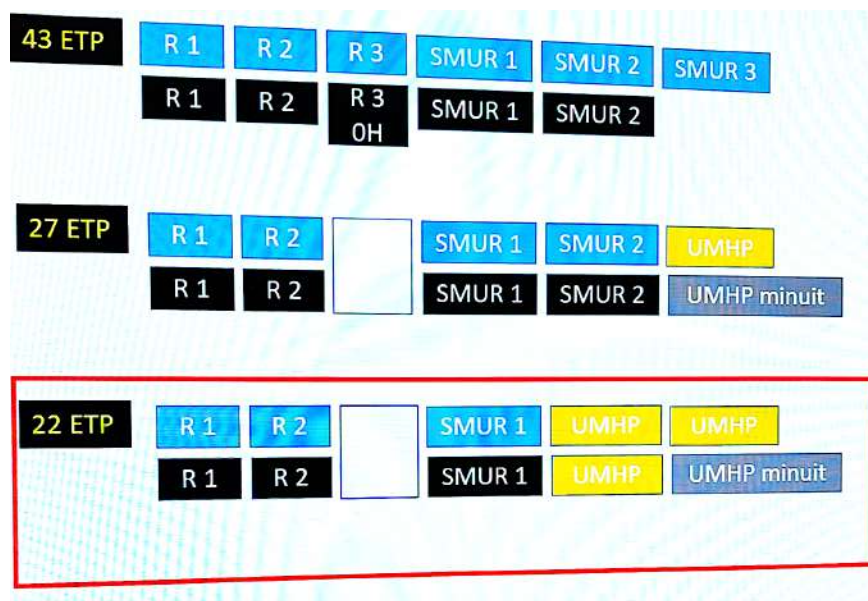
POP G2 - Population par grandes tranches d'âges



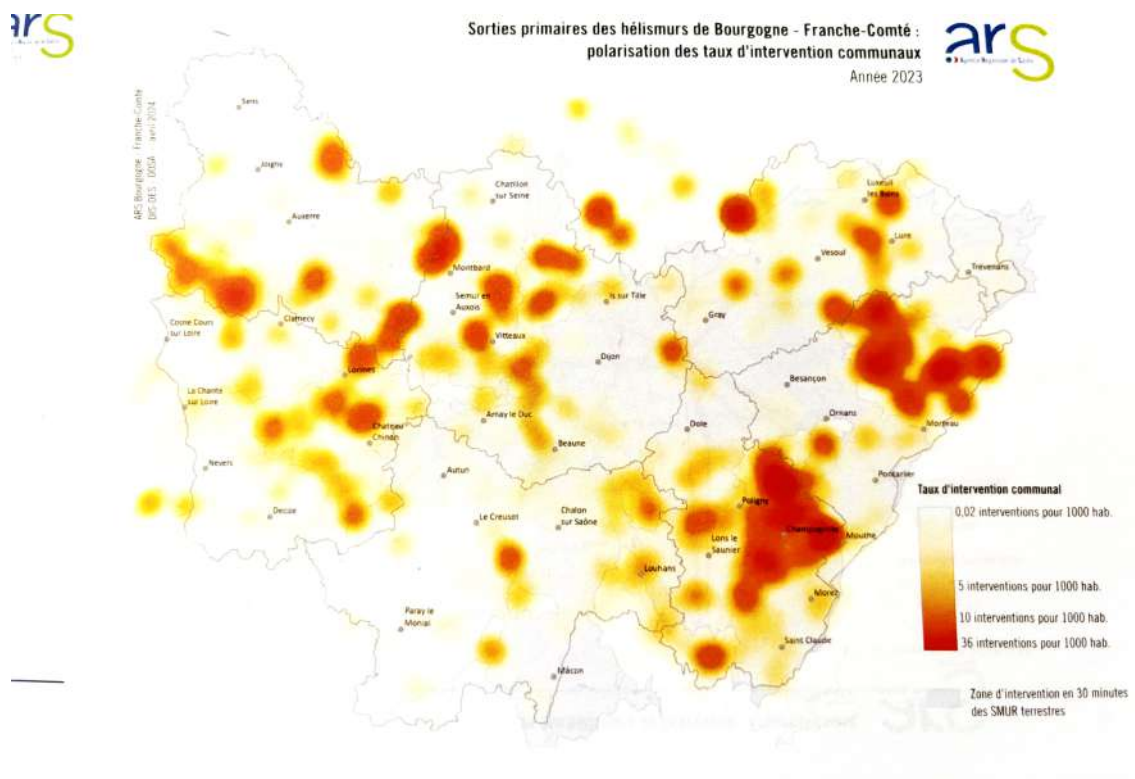
Annexe 4 – Taux de bénéficiaires des ALD toutes causes confondues par EPCI en bourgogne Franche-Comté (moyenne annuelle 2012-2014).



Annexe 5 – Fonctionnement du service SAMU-SMUR à effectif normal et dégradé.



Annexe 6 – Taux d'intervention communal des sorties primaires des héliSMUR de Bourgogne Franche-Comté en 2023.



Annexe 7 – Fiche modèle de formation pour intégrer l'UMHP.



N° Déclaration d'existence :
36.33.90084.23
Déclaré par le Préfet de la Côte d'Or
N° SIRET CHU DIJON
363-139-076-0001

Durée : 2 journées
Horaires :
8h20-8h30 : Accueil
8h30-12h30 : Formation
12h30-14h00 : Repas
14h00-17h00 : Formation
Délaix d'accessibilité :
Nous contacter

Capacité :
12 participants maximum

Tarif : 390€/participant

Enseignants :
De Pierre-André GERRELL
Responsable pédagogique
du CESU 21.
Médecins, enseignants et
équipe pédagogique du
CESU 21

Contact :
G/CESU 21
CHU Dijon-Bourgogne
Hall A RDC
14 rue Gaffarel
BP 77908 DIJON Cedex
Assistante de Formation :
Louise FERRANDO
03-80-29-37-38
l.ferrando@chu-dijon.fr

Accessibilité :
Les locaux du CESU sont
adaptés pour recevoir des
personnes en situation de
handicap. Les formations ne
sont en revanche pas toutes
accessibles à l'ensemble du
public : contactez-nous pour
connaître les conditions et
possibilités d'accueil en
fonction de votre handicap



Formation

Unité Mobile Hospitalière – Paramédicalisée (UMH-P)

Public concerné :
IDE, IADE, et Ambulanciers exerçant dans une structure d'urgence disposant d'un service mobile d'urgence réanimation (SMUR) dans l'unité souhaite la mise en place de cette activité.

Pré requis :
IDE, IADE et Ambulanciers exerçant dans une structure d'urgence, IPA mention urgences selon leur champ de compétences

- Avec une expérience et une pratique continue de l'activité de SMUR en UMH-M ou en service d'urgence avec une activité de salle d'Accueil d'Urgence Vitales (SAUV)
- Etre en poste dans un service d'urgence depuis au minimum 4ans, et justifiant d'une expérience en SMUR depuis au moins 2 ans.
- Etre titulaire de l'AFGSU2 en cours de validité
- Avoir pris connaissances des protocoles UMH-P de son établissement en amont de la formation (transmis lors de la convocation)

Objectif :
En dehors des situations de détresse vitale et des situations à risque de détresse vitale (pour lesquelles l'envoi d'une UMH-M est nécessaire), un I(A)DE, sous validation du médecin régulateur, applique le protocole pour lequel il a été missionné.

Compétences visées / Contenu de la formation :

- Savoir appréhender une situation inattendue dès les premières minutes
- Connaître les modalités de déclenchement et les conditions d'exercice d'une UMH-P selon les recommandations.
- Connaître les protocoles d'UMH-P
- Travailler en binôme en pré hospitalier en l'absence de médecin SMUR et avec les professionnels présents
- Recueillir les éléments anamnestiques, cliniques et paracliniques
- Transmettre le bilan reprenant les éléments clés en utilisant les outils de communication adaptés
- Utiliser les outils de télé-médecine (ECG, Visio régulation...)
- Adapter la prise en soins en relation avec le médecin régulateur du SAMU,
- Assurer la surveillance permanente du patient
- Respecter le secret professionnel et les règles d'hygiène en vigueur
- Communiquer de manière adaptée avec les différents intervenants

Méthodes et outils pédagogiques :

- Pédagogie active type découverte,
- Apport scientifique en lien avec les recommandations médicales françaises,
- Mise en situations pratiques,
- Supports audiovisuels et multimédias,
- Simulateur en santé (Rescu-Arnie, mannequin HF, système audio et vidéo déporté etc...),
- Ambulance d'entraînement CENTURION,
- Attestation de présence sur demande.

Modalités d'évaluation :
Questionnaire d'évaluation (pré et post test)
Mise en situation professionnelle
Briefing / Débriefing

Mars 2024

Retrouver nos formations sur notre site
<http://www.chu-dijon.fr>



Suivez-nous



Annexe 8 – Extrait du livret de positionnement pour l’habilitation à intégrer une UMHP conjointement complété par le candidat et le cadre.



Livret de positionnement pour l'habilitation à intégrer une UMHP

Compétences visées		Auto-évaluation du candidat		Bilan	
Recueillir les éléments anamnestiques, cliniques, paracliniques Respecter les critères de sécurité et d'hygiène lors d'une intervention Respecter les indications / contre-indications / posologie et modalités d'administration des médicaments Adapter la prise en soins en relation avec le médecin urgentiste Assurer la surveillance permanente du patient	Situations cliniques	Acquise	Non acquise	Acquises	Non acquise
	Douleur médicale ou traumatique				
	Hypoglycémie avec trouble du comportement, agitation et difficulté de re-sucrage par voie orale				
	Douleur thoracique non traumatique à faible risque de SCA				
	Tableau évocateur d'une crise convulsive généralisée, patient aux antécédents de convulsion				
	Dyspnée sans signe de détresse respiratoire chez un asthmatique connu ou un patient BPCO connu, ne cédant pas au traitement habituel				
	Hémorragie extériorisée				
	Lipothymie et/ou dyspnée survenant dans un contexte évocateur d'allergie				
	Brûlure localisée du 2° ou 3° degré avec hyperalgie				
	ACR adulte				
	ACR pédiatrique				
	ACR avec convulsions et gasps				

Annexe 9 – Exercice de simulation (scénario, mise en pratique et évaluation) dans le cadre de la formation initiale et continue des ambulanciers.

CAS N°22

EQUIPE :

NOM :	PRENOM :
NOM :	PRENOM :

Départ SMUR pour Douleur thoracique
(Patient passe en ACR durant la PEC)

Installation :
1 victime allongée sur le dos

→ Sortir le matériel adéquat
Compressions thoraciques
Mise en place Quick Combo

Matériel : Scope, sac adulte, O₂, Brancard, cuillère, Respi,
MID, Aspi

Appréciations :



Annexe 10 – Dépenses de formation du CESU et de l'USEEM.

CESU	LAERDAL	Resusci junior QCPR	Devis n°Q-508202	3 132,00 €
CESU	LAERDAL	Reparations	Devis n°Q-428930	324,00 €
CESU	MEDICALEM	Kit complet realiti plus	Devis n°20211002723	9 880,65 €
CESU	CAMARA	Matériel pour simulation du Damage Control	Devis n°003490	1 155,00 €
CESU	BOULANGER	Pointeur laser Cables HDMI Téléphone sans fil Carte SD	Devis	286,67 €
CESU	THOMANN	Enceinte + pied de micro	Devis	599,00 €
Total CESU				15 377,32 €
SFM	SCREEN SOFT	DIFFUSEURS SALLES DE REUNION MONITEURS PROFESSIONNELS PLAYERS DE DIFFUSION	Devis 2021-11-1713	14 205,00
Total SFM				14 205,00
Total général				55 658,82

Service	Société	Matériel	Devis	Prix unitaire HT (euros)
USEEM	LAERDAL	Shoulder Injection Train Ultrasound Guided	Référence du devis: Q-497007	3 150,00 €
USEEM	LAERDAL	Shoulder Module Ultrasound Guided	Référence du devis: Q-497007	1 620,00 €
USEEM	LAERDAL	Shoulder Skin-Palpation Guided	Référence du devis: Q-497007	207,00 €
USEEM	LAERDAL	Hand & Wrist Inject. Trainer w/ tablet	Référence du devis: Q-497007	2 565,00 €
USEEM	LAERDAL	Hand & Wrist skin	Référence du devis: Q-497007	189,00 €
USEEM	LAERDAL	Pack de 2 nouveaux bassins de sondage urinaire (masculin+fémnin)	Référence du devis: Q-497007	3 249,00 €
USEEM	LAERDAL	Choking Charlie	Référence du devis: Q-497007	891,50 €
Total USEEM				11 871,50 €

Annexe 11 – La culture de sécurité à l'hôpital (HAS, 2020).

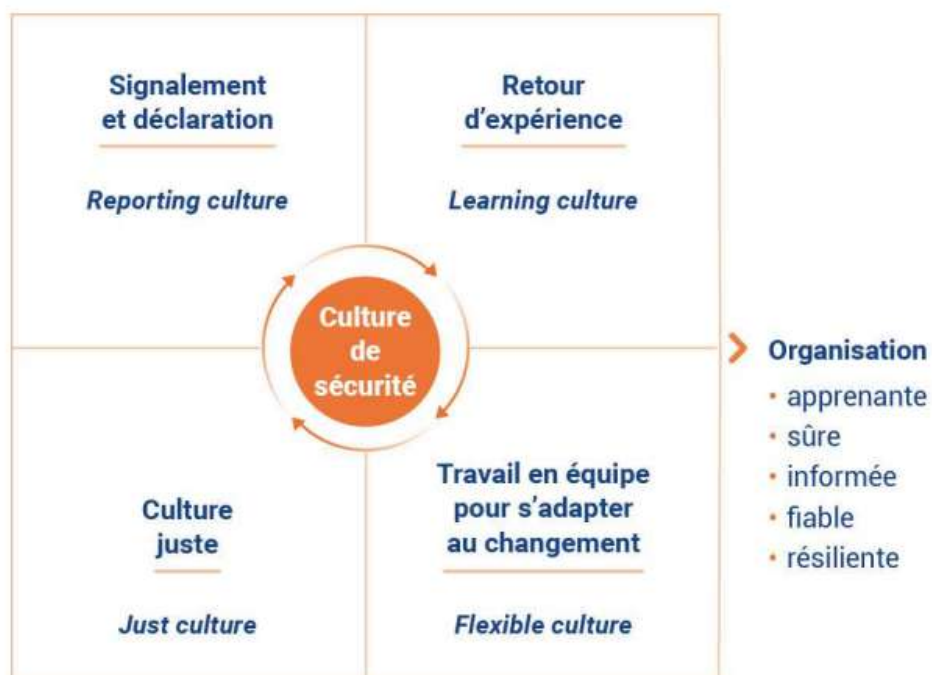


Figure n° 3 - Illustration du concept des quatre composantes de la culture de sécurité (adapté de J. Reason) (19).

Annexe 12 – Lettre du DG à l'ARS pour demander un accompagnement financier de soutien au déploiement de l'UMHP.



Dijon, le 1^{er} décembre 2023

Dossier suivi par :
XXXX
XXXX
Téléphone : 03 80 29 xx xx
Télécopieur : 03 80 29 xx xx
il :

N°/AF :

Monsieur le Directeur Général
Agence Régionale de Santé de Bourgogne
Immeuble Le Diapason – CS73535
2 place des Savoirs
21035 DIJON

Objet : Demande d'accompagnement de la dynamique de déploiement de l'Unité Mobile Pré-hospitalière Paramédicalisée (UMHP) du CHU Dijon Bourgogne

Monsieur le Directeur Général,

Au cours de la présentation presse de l'UMHP, en votre présence, le 13 octobre dernier, des échanges constructifs se sont tenus avec les équipes du SMUR et du CESU 21.

Dès lors, je souhaite porter à votre attention une demande d'accompagnement pour le renforcement et l'extension des dispositifs de Transfert Infirmier Inter Hospitalier (T2IH), de l'Équipe Paramédicale de Médecine d'Urgence (EPMU) et du soutien de la formation assurée par le CESU 21, notamment grâce à leur véhicule d'entraînement et de simulation CENTURION.

Lors de votre visite, le bilan de la mise en œuvre de l'UMHP, dont les missions sont assurées par le T2IH et l'EPMU au CHU Dijon Bourgogne, vous a été présenté.

En effet, dans le cadre de l'article R 6312-28-1 du Code de la Santé Publique et des recommandations de la SFMU, du SAMU de France et de l'ANCESU, l'UMHP répond à un besoin d'accélération du développement des alternatives à la médicalisation, dans un contexte d'inégalité d'accès aux soins sur le Territoire et d'une démographie médicale préoccupante.

Le nombre d'interventions du T2IH, Terrestre et Hélicoptère, est en évolution constante, multiplié par trois depuis 2019. Cela représente plus de xxx heures en 2022, reposant sur des procédures, des indications médicales et une organisation définie.

L'expérimentation de l'EPMU, débutée en janvier 2023, sur la base de 7 protocoles, se traduit par une moyenne de 12 sorties primaires par mois et ce malgré l'absence d'une équipe dédiée.

Parmi les prérequis à la mise en place de l'UMHP figure le déploiement de formations spécifiques et obligatoires assurées par le CESU 21 au bénéfice des infirmiers et des ambulanciers. Outre les apports théoriques, les ateliers de mise en situation et la sensibilisation à la prise de décision sur simulateur, l'utilisation de CENTURION, une ambulance dédiée à la simulation est une plus-value.

Cette nouvelle organisation répond à la double nécessité d'optimiser toutes les compétences paramédicales et de recentrer les médecins sur les activités « à haute valeur médicale ajoutée ». Elle apporte une prise en charge personnalisée et adaptée au niveau d'intensité de soins requis par le patient.

Le déploiement territorial de l'UMHP repose sur la mise en place d'une ligne EPMU dédiée 24h/24, 7j/7, soit 6 ETP IDE/IADE et 6 ETP Conducteurs Ambulanciers estimé à 1 068 894 €. (Cf. PJ 1)

La dispensation par le CESU 21 de formations T2IH et EPMU, homogènes et de qualité aux professionnels du Territoire, s'appuie sur sa capacité à proposer des activités pédagogiques d'entraînement novatrices. Le renouvellement de l'ambulance de simulation CENTURION répond à ce besoin. Une première estimation du coût de cette acquisition serait de 40 000 € à laquelle il faut ajouter un système vidéo mobile et le support technique dont le coût se porterait à 24 092 € selon les devis joints. (Cf. PJ 2, 3 et 4)

Je vous remercie pour l'attention que vous porterez à ce dossier et vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur Général, mes respectueuses salutations.

Le Directeur Général,

Fredy SERVEAUX

Annexe 13 – Devis système vidéo CENTURION.

PJ 3 Devis Système Vidéo CENTURION (p1 /2)



6 Boulevard Georges-Marie Guynemer
ZAC Charles-Renard
78210 St Cyr L'Ecole
0139167190
medicalement@medicalement.com

Référencée au **resah**

Code client
21000C1

Page
1

N° Siret : 26210007600013

N° Chorus :

Etat : CESU

CONTACT

M. AMBROISE Cyril

cyril.ambroise@chu-dijon.fr

CESU 21

21079 Dijon CEDEX

Devis	Date	Resp. Secteur	Délai de Livraison	Devise
DE002081	29/11/23	SORIN VIDEO Sébastien	10-12 semaines	EUROS

Référence	Désignation	Quantité	P.U. HT	P.U. Net	Montant HT
SMB	Système vidéo debriefing SIM MOTION Licence perpétuelle Composition : 1 licence perpétuelle Interface Sim Motion 4 Caméra PTZ à zoom optique 4.3 1 microphone omnidirectionnel 1 Valise de transport sur mesure 1 moniteur de contrôle 1 ordinateur portable 1 enceinte 1 casque avec micro 1 Capture d'écran de scope avec boîtier de communication 1 créateur de réseau HVS 4 Boîtiers de communication flux audio/vidéo 1 mode d'emploi Formation et installation du système inclus A titre indicatif nous vous informons que Le cycle de vie d'un ordinateur prend généralement fin au bout de 5 ans d'utilisationsa	1,00	15 354,	15 354,	15 354,65
S100-001	MICRO OMNIDIRECTIONNEL	3,00	429,59	429,59	1 288,77

MINIMUM DE COMMANDE DE 150 € HT. EN DESSOUS DE CE MONTANT UNE PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 20 € HT SERA DEMANDEE

Bon pour accord <i>Date - Nom Prénom - Fonction du signataire - Signature - Cachet</i> <i>Précédé de la mention "Bon pour achat"</i>		<i>Ce devis demeure valable jusqu'au</i> 30/06/2024		Total HT 16 643,42 0,00 € Frais de port Total HT Net 16 643,42 Total TVA 20% 3 328,68 € Total TTC 19 972,10 Net à payer 19 972,10	
---	--	---	--	--	--

N° Siret : 50103313800030
N° intracom : FR36501033138
SAS au Capital de 6 500,00 €
N.A.F. : 4669C

*Pas d'escompte pour paiement anticipé, passée la date d'échéance, tout paiement différé entraîne l'application d'une pénalité de 3 fois le taux d'intérêt légal.
(Loi 2008-776 du 04/08/2008) ainsi qu'une indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement de 40 euros (Décret 2012-1115 du 02/10/2012).*

Annexe 14 – Devis support technique Health Care Video Systems.

PJ 4 Devis support technique systeme video CENTURION



Healthcare Video Systems

Date :
29/11/23

Référence du devis :
DE002081

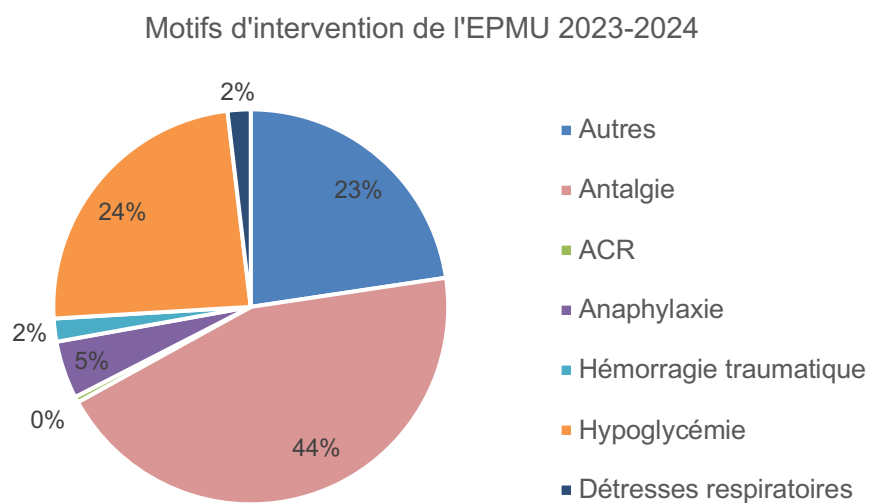
Client : CESU 21

Quantité	Désignation	Prix unitaire	Total HT
1	Support 3 ans Support technique mail et téléphone Aide à l'utilisation du logiciel et aide technique sur la configuration du matériel. Délais de réponses 12h. Le support iinclus les mises à jour correctives et évolutives	3432.88 €	3432.88 €
Date, nom et signature du client, précédés de la mention « Bon pour accord »		Sous-total	3432.88 €
		TVA 20%	686.57 €
		TOTAL DÙ	4 119,45 €

Paiement comptant à la commande par virement, détails bancaires ci-dessous.

HVS Systems	Coordonnées	Banque
1 place Paul Verlaine	Healthcare Video Systems	Banque Crédit Mutuel
92100 BOULOGNE BILLANCOURT	Téléphone : +33 6 51 23 90 96	FR76 1027 8060 0220 6940 263
N° Siret : 917 774 143 R.C.S. Nanterre	E-mail : info@hvs-systems.com	SWIFT/BIC CMCIFR2A
N° TVA intra. : FR42917774143	www.hvs-systems.com	
SAS au capital de 37 000 €		

Annexe 15 – Motifs d'intervention de l'EPMU du CHU de Dijon.



Annexe 16 – Entretien avec le président de la CME.

Extrait d'entretien avec le président de la Commission médicale d'établissement du CHU Dijon Bourgogne.

Thème de l'entretien : situation globale des urgences au CHU.

Mercredi 3 juillet 2024

Au niveau national, la situation des urgences – en particulier sur le secteur pré hospitalier – est tendue. Plusieurs lignes de SMUR ont fermé l'été dernier. Quelle est la situation au CHU Dijon Bourgogne ?

Dans notre CHU, la situation est tout aussi tendue. Vous l'avez vue et vous connaissez la situation parce que vous avez assisté à nos CME depuis le mois de mai, donc je ne vais pas vous dresser le tableau de situation (...). En quelques mots, le CHU de DIJON fait face aux mêmes difficultés que d'autres CHU de taille identique ou d'autres établissements en France.

Une pénurie de personnel médicaux, d'abord, notamment en ce qui concerne la profession de médecin urgentiste. La démographie médicale de ce métier n'est pas très bonne. Nous avons plusieurs départs à la retraite chez nos urgentistes que nous avons du mal à renouveler malgré les publications de poste par la Direction des Affaires médicales. Actuellement, si ma mémoire est bonne, nous avons environ 25 ETP alors que le DUMU fonctionne avec un effectif normal de 43 ETP... La situation est compliquée, surtout pour cet été. Il y a aussi un autre point sur lequel les professionnels alertent depuis plus de dix ans mais où il n'y a eu aucune anticipation : le vieillissement de la population. Nous allons arriver dans les prochaines années dans une situation plus que problématique car nous n'avons pas suffisamment adapté les établissements aux prises en charge de pathologies chroniques liées au vieillissement. Comment dire ? On a par exemple peu de lits de médecine compte tenu des besoins, là. Nos services d'urgence risquent donc d'être de plus en plus sollicités, même s'ils le sont déjà, avec une patientèle plus âgée. Donc pareil, nous allons devoir repenser nos dispositifs et nos modalités de fonctionnement. Et vous noterez que DIJON est certes une métropole mais le territoire autour reste rural et peu dense, peu d'offres de médecine de ville, beaucoup de départs de praticiens qui partent à la retraite comme je l'ai dit tout à l'heure... Des zones très vastes aussi, regardez quand vous allez vers l'Ouest de Dijon ! Donc on a une combinaison de – je dirais – de trois enjeux principaux : vieillissement, démographie médicale en berne malgré des efforts sur le Numerus, territoire dense... Voilà.

Vous avez mentionné la situation tendue sur la période estivale au CHU de DIJON. Quels dispositifs avez-vous mis en place pour faire face à ces tensions ?

Grosse pression sur les urgences oui car nous n'avons pas assez de médecins. J'étais très inquiet en mai, aujourd'hui je le suis un peu moins car nous avons réussi à soulager la pression et trouver des solutions...

Justement, lesquelles ?

Nous avons lancé un grand appel à volontaires à tous les praticiens du CHU pour qu'ils viennent aider leurs collègues urgentistes, soulager la pression sur l'été. Nous avons beaucoup échangé, débattu en CME sur ces sujets et mon bureau s'est réuni plusieurs fois aussi. Il y avait, sur l'été, 77 plages d'urgentistes à pourvoir. Avec cet appel à volontaires, nous en avons pourvu 63. Il reste encore quelques petites difficultés sur les week-ends mais l'esprit d'entraide a été fort ! Pour cela, nous avons donc proposé l'octroi de la prime d'engagement collectif, ici elle est de 600€, pour les médecins urgentistes prenant au moins de demi-gardes aux urgences. C'est un gros effort aussi de la part du CHU !

Ces tensions, notamment sur la période estivale, appellent à repenser la prise en charge des patients. Quelles sont les pistes de restructuration à lancer ?

Il y en a plusieurs. Rien n'a encore été travaillé. Je vois deux principales pistes. Premièrement, il s'agira de renforcer la participation des unités de soins spécialisés aux urgences. On peut penser par exemple au développement des admissions directes dans les services, c'est-à-dire développer la filiarisation. Cela sous-entend un renforcement des effectifs médicaux dans les services et unités concernés. J'y vois cependant deux inconvénients. D'abord, avec le temps, les gens oublient les engagements pris. Ensuite, il y a un risque que les urgentistes se désinvestissent des spécialités et vont encore en faire moins pour devenir des « orienteurs », donc un risque de perte de compétence. Deuxièmement, je souhaiterais développer les postes partagés de PH : cela relie les services via une double compétence. Enfin, je pense qu'il faudra aussi travailler la piste de mettre des médecins généralistes à l'accueil des urgences pour de l'orientation rapide mais cela reste une piste à creuser.

Sur le pré hospitalier, même combat ?

Oui, nous sommes aussi dans une situation de fragilité sur nos SMUR. Nous avons cependant développé le SMUR paramédicalisé, T2IH et EPMU, depuis trois ans et les résultats sont bons. Je pense qu'il faut continuer leur développement. Sur l'été, les EPMU vont participer à la prise en charge des patients. Compte tenu de la démographie médicale des urgentistes, les EPMU libèrent aussi du temps médical tout en ayant un appui primordial

du régulateur lorsque l'équipe paramédicale est de sortie. Nous avons donc plusieurs défis à relever dans les prochains temps, notamment sur ce sujet. Nous aurons notamment une augmentation du nombre d'appels au Centre 15 car les équipes paramédicalisées du SMUR vont se développer, donc un sujet RH sur le recrutement et la fidélisation des assistants de régulation.

Annexe 17 – Entretien avec le chef de service des Urgences du CHU.

Extrait d'entretien avec le chef de service du Département Universitaire de Médecine d'Urgence.

Thème de l'entretien : l'UMHP, bonne ou mauvaise solution ?

Vendredi 5 juillet 2024

Le CHU a mis en place les UMHP. Quel est le ressenti de la communauté médicale sur ce sujet ?

Il y a deux sujets dans votre question. Le premier concerne les T2IH. Sur ce point précis, il n'y a eu aucun « problème » au niveau de la communauté médicale car il y a une bonne entente, une bonne adhésion au processus. Bref, le T2IH est entré dans les mœurs si je puis dire ! Le second concerne ensuite les EPMU. C'est déjà plus frileux. Personnellement je suis très favorable à ce dispositif mais mon avis n'engage pas forcément celui de mes collègues qui pouvaient être plus réservés que moi, plus frileux oui. L'adhésion est moins bonne car certains ont l'impression qu'on leur « pique leur boulot », le fameux corporatisme peut encore exister par moment. Donc oui, il peut y avoir un double discours entre la volonté de ne pas perdre l'activité pré hospitalière et la volonté d'avoir davantage de temps médical pour se reconcentrer sur des missions de soins. Toutefois, nous allons dans le bon sens, c'est un véritable accompagnement au changement qu'il s'agit d'installer, expliquer, expliquer et toujours expliquer, faire de la pédagogie. A la fin, les plus récalcitrants comprendront que l'évolution est inéluctable compte tenu du contexte dans lequel s'inscrit notre système de santé.

Quels sont les avantages et les inconvénients d'un tel dispositif ?

Selon moi, il y a quand même davantage d'avantages, désolé pour les homonymes... 6 EI avec 4 renforts médicaux seulement, c'est peu et cela témoigne de la robustesse du dispositif, un dispositif sécurisant pour nos patients. Autre avantage, c'est du temps médical libéré pour nous. En dehors de la susceptibilité médicale, je ne vois pas d'inconvénients. Peut-être une question de langage aussi. Il faut que l'UMHP soit présentée comme une offre supplémentaire si on veut être pertinent. Or, ce n'est pas toujours le cas. J'ai souvent entendu dire que l'UMHP permettait de soulager la pression sur les urgences car on n'enverrait pas de médecins dans le SMUR et qu'elle était une réponse à la pénurie de ressources humaines médicales que l'on rencontre dans nos systèmes respectifs. Ce serait une présentation un peu biaisée de la réalité !

Y a-t-il vraiment une libération du temps médical ?

Oui mais il faut avoir en tête que nous sommes en sous-effectifs donc c'est difficilement quantifiable. Quand on sort un SMUR en UMHP, le médecin peut réguler par exemple. Le but est que chaque équipe peut être dichotomisée soit avec un médecin soit sans médecin. Le moyen est adapté à la situation. Par exemple, pour cet été, il y a deux nuits non pourvues et deux jours non-pourvus. En août, c'est plus problématique : deux nuits pas pourvues, 11 jours pas pourvus sur un SMUR. A chaque fois, il y a un plan B et un médecin régulateur peut sortir, mais ça met la régulation en difficulté.

Il existe une réticence de certains praticiens parce qu'ils craignent que le dispositif ne garantisse pas la qualité du soin. Que leur répondez-vous ?

6 El. C'est dérisoire. L'équipe de l'UMHP est constamment suivie par le régulateur du Centre 15. Nos équipes sont formées par le CESU qui est excellent, sur des protocoles spécifiques. On n'envoie pas une UMHP sur n'importe quoi !

Si le médecin régulateur suit l'équipe, qui en porte la responsabilité médico-juridique en cas de complications ?

Il n'y a pas de responsabilité médico-légale des infirmiers qui sortent sauf s'il y a une faute détachable du service. Sinon, c'est le chef de service. Je vous donne un exemple concret. Sur les 1400 appels du Centre 15, imaginez que nous ayons un appel d'un patient qui a besoin d'une assistance médicale rapide, que nous n'ayons pas de SMUR médicalisé disponible et que ce patient décède. On peut être reproché de ne pas avoir envoyé les moyens nécessaires. On peut donc se retourner contre le chef de service ou le chef de l'établissement. Si le médecin régulateur a fait un mauvais choix avec l'envoi d'une UMHP et que ce patient décède, il va avoir une responsabilité engagée sur l'envoi d'un mauvais moyen. Si l'UMHP est le seul équipage disponible, on ne peut pas lui reprocher.

Quid de la place de l'interne dans l'UMHP ? Est-ce que cette possibilité pourrait être une solution ?

Pour répondre à cette question, il faut distinguer l'interne en phase socle et l'interne en phase d'internat. Si je mets un interne dans un équipage UMHP, alors ce n'est tout simplement pas une UMHP car l'équipage sera médicalisé. Le leadership n'est donc pas sur l'équipe paramédicale. Ensuite, les internes qui ne sont pas thésés ne peuvent pas être seniors sur un SMUR. Pourtant, on l'a fait des années mais bon, c'est encore une autre histoire... Les internes de 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème}, 5^{ème} ou 6^{ème} semestre en anesthésie peuvent faire de l'anesthésie tout seuls mais un interne de 6^{ème} semestre en médecine d'urgence ne peut pas faire du SMUR tout seul. Trouvez la logique.

S'il fallait proposer deux pistes pour améliorer le dispositif, lesquelles citeriez-vous en premier ?

Sur les UMHP primaires, il serait vraiment souhaitable d'augmenter le nombre de protocoles et les aligner sur les PISU. Actuellement, nous avons 7 protocoles et c'est trop peu. Ensuite, il faudrait développer plus largement la visio-régulation, par exemple formaliser concrètement le transfert d'électrocardiogrammes. Enfin, en ce qui concerne le T2IH, je n'ai pas de proposition à faire car cela fonctionne vraiment très bien.

Je conclus que vous souhaitez la poursuite du déploiement des UMHP. Au CHU Dijon Bourgogne, comment ce projet a-t-il été monté ?

C'est une organisation en interne avec un « go » de l'ARS. Ils étaient informés de notre volonté de développer une UMHP. Brièvement, un groupe de travail a été créé et s'est réuni une fois par semaine. Celui-ci était composé de la cadre du Centre 15, de la cadre supérieure du pôle, d'un médecin urgentiste, du chef de service du DUMU, du faisant fonction cadre du SMUR et du chef de service du Centre 15.

DA CUNHA	Hugo	11 octobre 2024
Directeur d'hôpital Promotion 2023-2024		
Paramédicaliser les SMUR : une réponse à une pénurie de personnels ou un niveau d'intervention complémentaire ? L'exemple de la mise en place d'une équipe paramédicalisée de médecine d'urgence au CHU Dijon Bourgogne.		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : /		
Résumé : Les urgences connaissent aujourd'hui une tension supplémentaire sur les ressources humaines médicales et paramédicales. Liée à une permanence de soins insuffisante, le secteur pré hospitalier est, dans ce contexte, un des secteurs les plus exposés à l'ampleur des flux entrants. Les fragilités démographiques qui caractérisent certains territoires et le manque d'offre de soins en ville ont conduit les pouvoirs publics à proposer aux établissements de mettre en œuvre une paramédicalisation des SMUR. Ces nouvelles équipes paramédicalisées auraient pour objectif de libérer du temps médical et de proposer un niveau d'intervention complémentaire afin de répondre aux besoins de santé grandissants de la population. Le CHU Dijon Bourgogne a été un des premiers CHU à lancer sa propre UMHP, une structure paramédicalisée sur le transport primaire et secondaire. Cette modification de la structuration de l'offre de soins sur le territoire n'est pas sans conséquence sur l'organisation interne du secteur pré et intra hospitalier. Seul un infirmier et un ambulancier interviennent dans le cadre de protocoles stricts. Toutefois, la pérennité d'un tel dispositif nécessite de travailler en amont sur l'attractivité du secteur pré-hospitalier, tout en garantissant la qualité et la sécurité de la prise en charge. C'est tout le sens d'une démarche projet coordonnée, où médecins, directeurs, soignants et partenaires territoriaux coopèrent pour renforcer l'offre de soins sur le territoire et permettre aux patients d'être pris en charge par des professionnels formés, en lien direct avec le médecin régulateur.		
Mots clés : Urgences, SMUR, paramédicalisation, offre de soins, territoire, infirmier, ambulancier, formation, compétences, attractivité, protocoles, qualité, sécurité, technologies, projet, directeur d'hôpital.		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		