



## **Contribution :**

# **Quel avenir pour les services d'Urgences ?**

## Introduction

La FNESI est une association de loi 1901 qui agit indépendamment de tout parti politique, de toute confession religieuse et de tout syndicat. Elle a été créée en octobre 2000 pour répondre au manque de représentation des étudiant.e.s en soins infirmiers dans le cadre de leur formation.

Les membres fondateurs de la FNESI ont coordonné les différents mouvements régionaux existants et ont permis le rassemblement de plus de 14 000 étudiant.e.s dans les rues de Paris, le 23 octobre 2000. Cette manifestation a permis l'ouverture de négociations avec le Ministère de l'Emploi et des Solidarités. Ceci aboutissant, par la suite, à la signature d'un protocole d'accord visant à **mieux reconnaître le statut de l'étudiant.e en soins infirmiers** mais permettant également d'**améliorer sa formation, ses conditions de vie et d'études.**

Depuis, la **FNESI** est reconnue comme **seule structure représentative des 94 000 étudiant.e.s en soins infirmiers en France**. A ce titre, elle **défend les intérêts matériels et moraux tant collectifs qu'individuels**, des étudiant.e.s en soins infirmiers et exprime leurs positions sur tous sujets les concernant.

Les étudiant.e.s en soins infirmiers sont aujourd'hui réparti.e.s dans près de 326 Instituts de Formation et Soins Infirmiers (IFSI) sur le territoire français. Notre structure les représente auprès des **Ministères des tutelles de la formation** mais également auprès de **tous les partenaires et institutionnels** impliqués dans celle-ci, notamment **les Régions.**

La FNESI porte une réflexion continue sur la nature et l'**organisation de la formation** en soins infirmiers, sur la **profession d'infirmier.e** et plus largement sur les **problématiques de santé**. C'est par celle-ci qu'elle a toujours su être force de propositions et porter une vision d'avenir sur la société.

## Préambule :

Depuis de nombreuses années, les services d'Urgences sont en crise. **En 2007**, un rapport du Sénat décrivait les urgences françaises comme le «*miroir grossissant des dysfonctionnements de l'ensemble du système de santé*». Aujourd'hui les hôpitaux ne vont pas mieux, les services d'urgences sont au bord de l'asphyxie.

**À la mi-mars**, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, sous l'impulsion de soignant.e.s rassemblé.e.s derrière la bannière du collectif Inter-Urgences, a lancé un mouvement de protestation, soutenu par l'association des médecins urgentistes de France (Amuf) et par le Samu-Urgences de France, et qui n'a pas tardé à s'étendre à d'autres établissements partout en France. Les soignant.e.s mettent en cause leurs conditions de travail qui se dégradent d'années en années ainsi que leurs faibles salaires.

Le **06 juin 2019** à la suite des tensions observées dans de nombreux services d'Urgences, Madame la ministre des solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, missionne Monsieur le député Thomas Mesnier et Monsieur le professeur Pierre Carli à remettre un rapport qui doit dresser un état des lieux complet de la situation, fin novembre 2019, agrémenté de propositions concrètes à mettre en place le plus rapidement et le plus simplement possible.

## Quels sont les constats que nous pouvons faire à l'heure actuelle concernant les services d'Urgences :

- Un engorgement des services d'Urgences
- Un manque de personnels IDE/AS/ASH/Brancardiers croissant
- Un manque de matériels opérationnels constant

- Des locaux vétustes et/ou non fonctionnels
- Une insécurité grandissante : beaucoup de violences verbales et physiques
- Une surprésence médicale : l'infirmier.e est encore vu.e comme un.e exécutant.e des soins.
- De nombreux cas de personnes âgés qui arrivent aux urgences pour altération de l'état général et leurs familles ne veulent/peuvent pas les accompagner/les soutenir dans la vie quotidienne mais aucune solution n'est prévue en amont
- Des problèmes sociaux de plus en plus présent (barrière de la langue, incompréhension de la maladie, incompréhension du fonctionnement du système de santé)
- Une augmentation des soins non-programmés et non urgents
- Une présence aux urgences pour un aspect financier (tiers payant)
- Un problème de gestion des flux de lit : le/la cadre de santé passe trop de temps à faire les plannings, il/elle ne peut donc pas s'occuper de la gestion des lits
- Des soucis d'efficacité des actes : beaucoup trop de personnels tentent de se couvrir juridiquement en faisant pratiquer des examens non-pertinents dans le but de ne pas risquer un procès, ce qui allonge le parcours patient
- L'aspect législatif est trop restrictif et n'utilise pas au mieux les compétences de chacun

C'est à la fois, un lien fort entre les personnels et une conscience professionnelle qui permet le maintien du système actuel.

Malheureusement ces constats ne sont pas exhaustifs et il apparaît clairement qu'ils reflètent l'hôpital tout entier, pas seulement les services d'urgences.

Aujourd'hui c'est tous les services de **l'hôpital qui dysfonctionnent**. Alors n'attendons pas que la crise s'étende pour agir ! Il est urgent d'agir pour le bien de tous le système mais surtout pour le bien des patient.e.s !

## Que proposons nous pour tenter de remettre en route ce système ?

### En amont des Urgences

- Le Module d'Initiation à la santé :

En effet il semble essentiel d'**éduquer au mieux la population** sur l'offre de soins et en particulier sur "l'utilisation" de cette offre. La population manque cruellement de sensibilisation à la santé.

**La prévention** est une solution viable pour enrayer l'actuelle surconsommation des soins. C'est en formant la population dès le plus jeune âge que nous pourrons contribuer à réguler le nombre d'entrée dans les services d'urgences. De plus la population sera moins démunie face à ces détresses du quotidien.

Une **initiation dès la maternelle**, pour sensibiliser les enfants de façon progressive aux sujets de l'éducation à la santé, de la prévention universelle, de la prévention sélective et de l'offre de soins. Cette sensibilisation doit également avoir pour objectif d'apprendre à la population quel professionnel de santé solliciter, à quel moment et de quelle façon.

La démographie des IDE permet un large maillage territorial intéressant dans la participation des IDE pour l'éducation à la santé.

L'infirmier.e est le professionnel qui passe le plus de temps au côté du/de la patient.e. Il est indispensable qu'on s'appuie sur ces compétences afin d'améliorer l'état physique et psychique de notre population. Nous demandons ainsi un **élargissement des compétences des IDE**, (notamment via la réouverture du décret d'actes) lui permettant entre autre, de réaliser des examens complémentaire préventifs, d'effectuer tous les vaccins certifiés et de prescrire les antalgiques de palier 1.

- La formation des professionnels à re-questionner :

Il semble évident que chaque personnel doit recevoir une formation initiale aux gestes et soins d'urgences d'une manière plus approfondie et, que des fonds soit dédiés à l'encadrement des professionnels et ce dès leur prise de poste (tous services confondus). Aujourd'hui les Formations Gestes et Soins d'Urgences (FGSU), dispensé par les Centre d'Enseignements des Soins d'Urgences (CESU) ne semblent plus répondre aux **besoins actuels des populations** et des professionnels. Ces formations doivent être repensées. Il serait donc, de bon ton, de profiter de la **réouverture du référentiel de formation** menant au Diplôme d'État d'Infirmier pour allouer plus d'heure à la FGSU.

- Engorgement lié aux médecin de ville :

Beaucoup trop de médecins de ville envoient leurs patient.e.s aux urgences par leurs propres moyens pour effectuer des examens complémentaires. **Combien de ces examens ne pourraient pas être réalisés en soins programmés ?** Une radiographie de cheville dans le cadre d'une suspicion d'entorse, doit-elle obligatoirement être faite aux urgences ? La question se pose. La réponse pourrait être un sujet de **formation continue** dans le cadre de la certification de ces médecins.

## Dans les services d'Urgences / à l'hôpital

- Uniformiser l'échelle de tri des patient.e.s arrivant aux urgences :

Beaucoup de services d'Urgences ne disposent pas encore d'Infirmier.e Organisateur/trice de l'Accueil (IOA), ce qui ne permet pas de prioriser les patient.e.s. Ils sont donc pris en charge par ordre d'arrivée, ce qui peut être néfaste pour les plus fragiles. En ce qui concerne les services disposant d'IOA, **les**

**formations et les protocoles sont très disparates** selon les établissements. Il serait donc bon d'uniformiser les pratiques et de valider les protocoles nationalement.

Un IDE ne devrait pas avoir besoin de formation supplémentaire pour pouvoir devenir IOA. On touche à une **lacune du référentiel de formation initiale** qui devrait intégrer cette notion de triage et d'organisation de l'accueil. N'oublions pas l'importance de l'**accompagnement par les paires**, qui doit permettre à tout professionnel d'être compétent sur son poste.

- Des circuits de patient.e.s courts :

Plus le circuit sera court et moins le/la patient.e passera de temps dans les murs de l'institution ce qui diminuera le temps d'attente aux urgences . Il semble donc nécessaire de mettre en place des **filières de consultation de médecine générale** dans les services d'Urgences afin de libérer du temps médical urgentiste et paramédical aux bénéfices des patient.e.s. Car les services d'Urgences sont majoritairement engorgés par des soins non programmés et non urgents. Ce sont ces patients qui saturer les Urgences alors qu'une consultation de médecine générale aurait été suffisante dans une majorité des cas.

- Le rythme de travail :

Les soignants ne sont également pas ou très mal préparés, au cours de leurs formations théoriques respectives, à la prise de poste. Le rythme intensif de prise en charge met à rude épreuve ces jeunes soignant.e.s qui arrivent sur le marché du travail. Ce **rythme intensif crée un turn-over important** et constant qui ne permet pas de garantir une expertise des professionnels/lles de par le coût que suscite l'intégration de nouveaux professionnels/lles.

Ce rythme intensif se retrouve d'autant plus dans les services d'Urgences qui la plupart du temps fonctionnent en 12h, ce qui favorise l'usure prématurée de nos soignants. En effet de nombreuses études démontrent **les méfaits du travail en 12h**. Il peut donc être fait un lien entre le rythme de travail et le départ prématuré des soignants. Ce constat montre que les services se retrouvent avec beaucoup de nouveaux personnels sans expériences, et cela marque **une perte d'expertise** sur le terrain qui pourrait devenir dangereuse pour le patient.

En augmentant le nombre de soignant et en réduisant les temps de travail, on favorisera un meilleur équilibre et les soignant gagneront en qualité de vie au travail. Cela permettra de retrouver de l'expertise dans les services en diminuant le turn-over.

Un travail réflexif doit être mené sur les temps de travail optimal afin de maximiser, la qualité de soins et la qualité de vie des soignants. **La FNESI sera force de propositions sur le sujet.**

- Coordination et formation des équipes soignantes

Pour maintenir des équipes les plus performantes possibles, des **formations continues** doivent être mises en places. Le but principal est d'actualiser les connaissances sur des techniques et sur l'utilisation des matériels. Cela prendra sens avec la mise en place récente **de la certification des professionnel/le.s** de santé.

Des budgets conséquents doivent donc être alloués afin de fournir des formations de qualités. Aussi les équipes et principalement celle des urgences manquent de temps afin d'échanger entre elles. Ces échanges pourraient avoir pour but d'uniformiser leurs pratiques ainsi que de revenir sur des situations marquantes.



- Une augmentation des compétences dans le champs de la prescription pour tous les IDE :

Les Urgences : services où l'infirmier.e (IDE) est encore vu comme un.e exécutant.e de soins, en effet, il y a une **surprésence médicale** en service d'Urgences ce qui ne donne pas l'autonomie souhaitée aux IDE. Afin de renforcer l'efficience du parcours patient et ainsi réduire les délais d'attente dans les services d'Urgences, il faudrait permettre aux IDE et donc à l'IOA de pouvoir prescrire certains traitements ainsi que certains examens en amont du passage du médecin Urgentiste.

La démographie française et la hausse des pathologies chroniques nous pousse à devoir nous restructurer. Ainsi pour répondre à ces enjeux nous nous devons **d'élargir le champ de compétence et des responsabilité** des professionnels/lles de terrain. Des professionnels/lles avec plus de compétence permettrait de gagner en efficience et ainsi de faire des économies.

- Prescription imagerie par l'IOA :

Il peut aisément être accordé à l'IDE, dès l'arrivé des patient.e.s aux urgences, la possibilité de prescrire de l'imagerie sur protocole national. En pratiquant ces protocoles à l'accueil, l'IDE, pourra **fluidifier le parcours patient** en lui permettant d'avoir réalisé les imageries avant de voir le médecin si nécessaire.

- Prescription bilans sanguins par l'IOA :

C'est la même problématique, en anticipant les bilans sanguins, lorsque le médecin rencontre le/la patient.e, il a déjà en sa possession les résultats biologiques, ce qui permet de fluidifier le parcours patient.

-

- Pertinence des examens fait à l'entrée de chaque patient / Protocole :

**Beaucoup trop de protocoles de services** sont observés, ce qui de prime abord semble élargir les compétences des IDE, mais ceux-ci montrent rapidement leurs faiblesses. **L'IDE perd sa qualité réflexive** et devient robotisé.e en suivant des schémas pré-établis. D'un service à l'autre l'IDE doit réapprendre les protocoles car ils dépendent du médecin qui les a rédigés. Malheureusement tous ces protocoles ne permettent pas de valorisation pour le professionnel qui comprend vite qu'on ne lui laisse pas la place de la réflexion, tout en lui ajoutant des responsabilités en plus **sans ré-évaluer son salaire.**

Un bon nombre de protocole de service valide au niveau de l'établissement des délégations de tâches, ce qui **juridiquement** ne tient pas la route car seulement les décret de compétences comptent.

Il existe également le dispositif de protocole de coopération mais bien que allégé récemment les démarches restent longues et lourdes pour le personnel. Ils préfèrent donc souvent s'en tenir à un protocole de service sans penser aux conséquences juridiques.

La FNESI demande une **augmentation des compétences** de tous les IDE dans le domaine de **la prescription** : la radiologie dans le cadre traumatologique ,la prescription de bilan sanguins standards, la prescription d'antalgiques de palier 1 et de médicaments symptomatiques (anti-émétique, anti-histaminiques) afin de mettre tous les infirmiers sur un même pied d'égalité dans le but d'uniformiser les pratiques et de fluidifier les parcours patients.

- Augmenter le nombre de lit / Trop de patients trop longtemps sur des brancards

Aujourd'hui nos urgences sont surchargées de patient.e.s allongé.e.s sur des brancards. L'installation de lit supplémentaires ainsi que l'adaptation des locaux favoriserait la prise en soins des patient.e.s. Ceci sans compter sur une augmentation de matériels opérationnels qui permettrait aux professionnels/lles d'être plus efficient dans la prise en charge.

- Pas assez de matériels opérationnels :

Le virage du numérique voulu par le gouvernement est l'occasion idéale pour **doter les services de matériels connectés**, dans le but d'améliorer la qualité de vie au travail des professionnels/lles mais aussi et surtout la qualité de prise en soins des patient.e.s.

- La traçabilité et la centralisation des infos patients

Ré-instauré avec le virage numérique, la mise en place du **Dossier Médical Partagé** (DMP) devrait permettre un meilleur accès, aux soignant.e.s, de toutes les informations afférentes aux patient.e.s. C'est également des système interconnectés qui vont permettre une prise en soins globale de tous les patient.e.s en lien avec tous les professionnel/lle.s de santé concerné.e.s.

- Formation aux situations de violence verbales et physiques

De plus en plus de **journaux titrent sur des violences** subies par des personnels/lles de soins dans les services d'Urgences. La mise en place de formation concernant les violences permettraient aux soignant.e.s de mieux les appréhender. Cependant ces formations doivent être accompagnées de service de sécurité renforcés dans les zones signalées comme dangereuses.

- Un soutien psychologique sur demande des soignant.e.s

Aussi, tous les soignant.e.s des urgences finissent par banaliser ce qu'ils voient c'est ainsi qu'ils/elles se défendent psychologiquement pour pouvoir affronter leurs quotidiens. Aussi il serait pertinent de **mettre en place des suivis psychologiques**

**pour les soignant.e.s** le désirant, à titre gracieux, afin parler de leurs difficultés du quotidien et afin de participer à l'amélioration de leurs conditions de travail.

- La gestion des lits d'hospitalisation :

Les cadres qui ont souvent pour mission de gérer les disponibilités de lits ne peuvent bien souvent pas se consacrer à cette mission car ils/elles sont débordé.e.s avec la gestion des plannings et la gestion des personnels/lles manquants. Il serait donc judicieux de donner cette tâche de gestion des lits d'hospitalisation à **une personne dédiée**. Des exemples très intéressants existent aux **CHU d'Angers ou de Poitiers**.

Beaucoup trop de service ne veulent pas annoncer leurs lits disponibles le vendredi soir par peur de se retrouver avec un patient ayant une pathologie ne correspondant pas au type de service pendant le weekend.

## De manière plus générale sur le système de santé

Le tiers payant :

Beaucoup trop de patient.e.s se présentant aux urgences **sont issu.e.s de milieux défavorisés** et ne peuvent se permettre d'avancer les frais chez leurs médecins généralistes. Ils/elles profitent donc du tiers payant appliqué dans les services d'Urgences pour des soins non programmés et non urgents.

**Le tiers payant est une facilité pour favoriser l'accès au soins**, en aucun cas il doit avoir l'effet pervers de créer des inégalités et "zone" plus propice au soins qu'au autre.

**La FNESI demande la généralisation du tiers-payant** qui permettra aux usager.e.s du systèmes de santé, de ne pas choisir entre se précariser et contribuer au dysfonctionnement du système de santé mais en fonction de la pertinence des professionnels/lles présent.e.s.

- L'IDE Libéral : premier maillon des soins primaires

Il semble important de donner la chance à chaque néo-diplômé.e de pouvoir exercer en libéral dès l'obtention de son diplôme afin de ne pas empêcher des projets professionnels/lles et ainsi augmenter le nombre d'IDE Libéral.e. Aujourd'hui la profession d'IDE est la seule profession de santé qui nécessite 2 ans d'exercice ETP avant de pouvoir s'installer en libérale. Une fois des projets construits en structure, beaucoup renoncent à leurs projets initiaux de l'installation en libéral.

### Quel est la place de l'IPA ?

L'INSEE a recensé en 2012, dans "**Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité**", qu'un.e infirmier.e libéral est consulté en moyenne 7 fois par an. C'est donc le professionnel de santé le plus consulté.

La FNESI défend un élargissement des compétences de tous les IDE.

Ensuite il semble pertinent de créer une spécialité d'IPA, "l'IPA de Premiers Recours".

Le rapport Bernier de 2008 sur "L'égal accès de tous aux soins de premier recours : une priorité de santé publique" remet en cause le système actuel.

Aujourd'hui il n'y a pas cet égal accès aux soins. Le rapport pointe trois raisons qui sont :

- des **difficultés d'accès aux soins dans l'espace**, qui se mesurent en temps d'accès à un.e professionnel/lle de santé ;
- des **difficultés d'accès aux soins dans le temps**, liées à des ruptures dans la permanence des soins et à d'importantes « files d'attente » ;

– des **difficultés financières dans l'accès soins**, quand manque une offre de soins au tarif opposable.

Or aujourd'hui ce sont **les IDE les professionnels les plus présents sur le territoires** et donc les plus à même de rencontrer les patients.

Cet/Cette IPA pourrait agir sur plusieurs tableaux en autonomie. En amont des Urgences, il/elle pourrait **créer des filières de patient.e.s en soins non-programmés** qui ne passent pas par les Urgences. Cela permettrait d'effectuer une bonne partie des soins non-programmé et non-urgents et donc participerait activement à désengorger les Urgences. Cette IPA qui pourrait être **salarié d'une structure** ou être en **exercice libéral** aurait un **accès direct**.

Dans les Urgences, il pourrait permettre **d'accélérer les filières courtes** afin que le parcours patient reste le plus court possible, sans forcément que le patient voit obligatoirement un médecin urgentiste.

Les annonces proposées par **Madame la ministre** lors de sa visite au CHU de Poitiers, semblent intéressantes sur le fond mais la mise en oeuvre est souvent bien différente. Aujourd'hui il n'est pas question de créer des filières de formation qui obligeraient les professionnel.le.s à rester coincer dans un type de service précis. C'est **l'autonomie et l'élargissement des compétences** que nous prônons. L'objectif semble bon mais les moyens pour y parvenir méritent des ajustements. **La FNESI répondra à toutes vos sollicitations** concernant la création d'une 5ième spécialité d'IPA.

A la vu de tous ces éléments, il apparaît que la situation se cristallise et que **le temps est compté**. Des solutions existent cependant et peuvent permettre d'endiguer la gangrène qui s'est installée depuis de nombreuses années déjà.

**La FNESI restera motrice et force de proposition** sur le système de santé en général. Mais il est urgent de passer aux actes sans quoi nous assisterons à la **destruction de notre système de santé** déjà mal en point !