

Conférence de Territoire

02 décembre 2015

Présentation Dr DABAS

Dr Agnès Ricard-Hibon
CHT Pontoise-Beaumont/Oise
SUDF

Exemples d'équipes territoriales

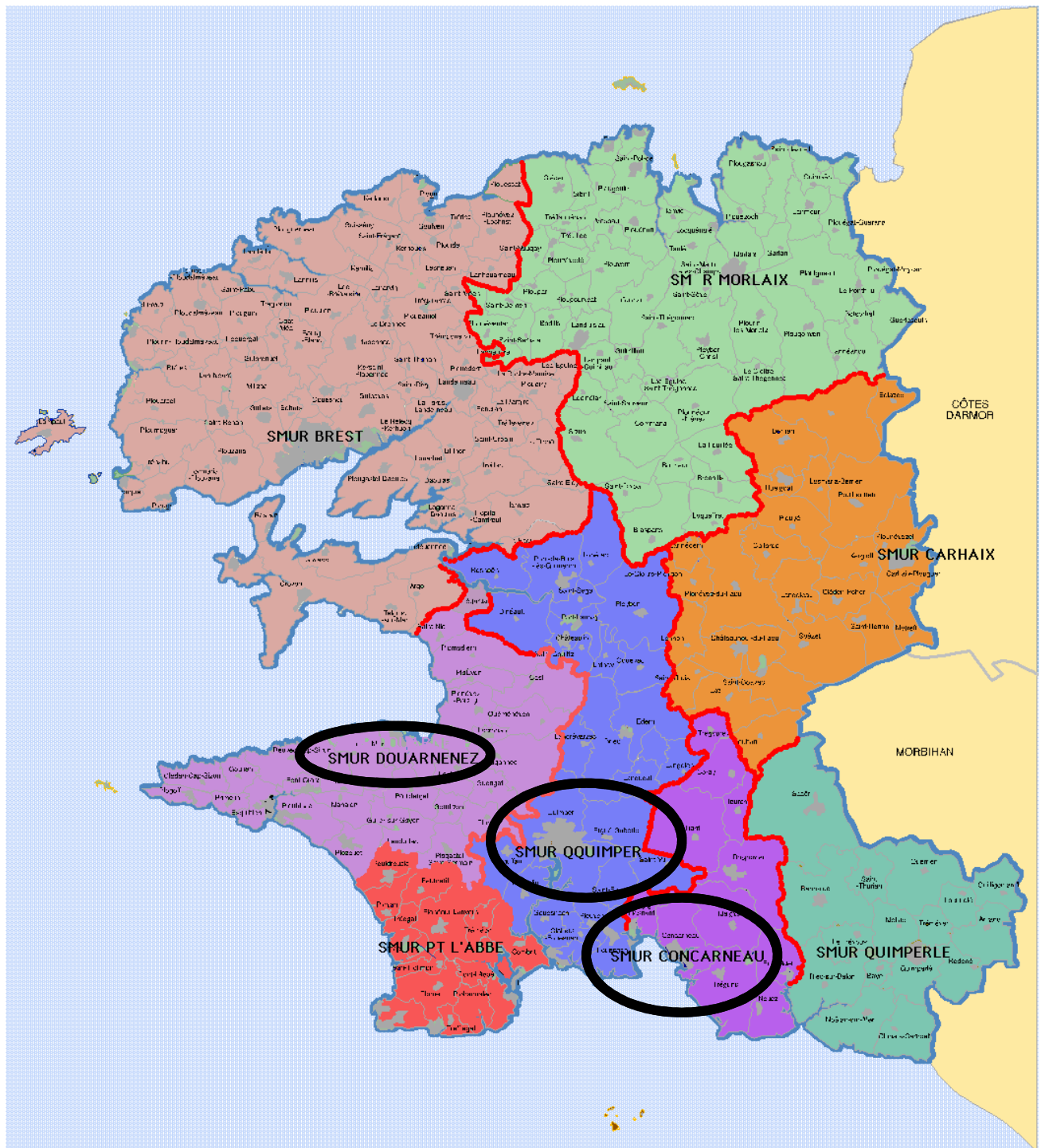
- Finistère
- Montauban
- Val d'Oise

Coopération Territoire

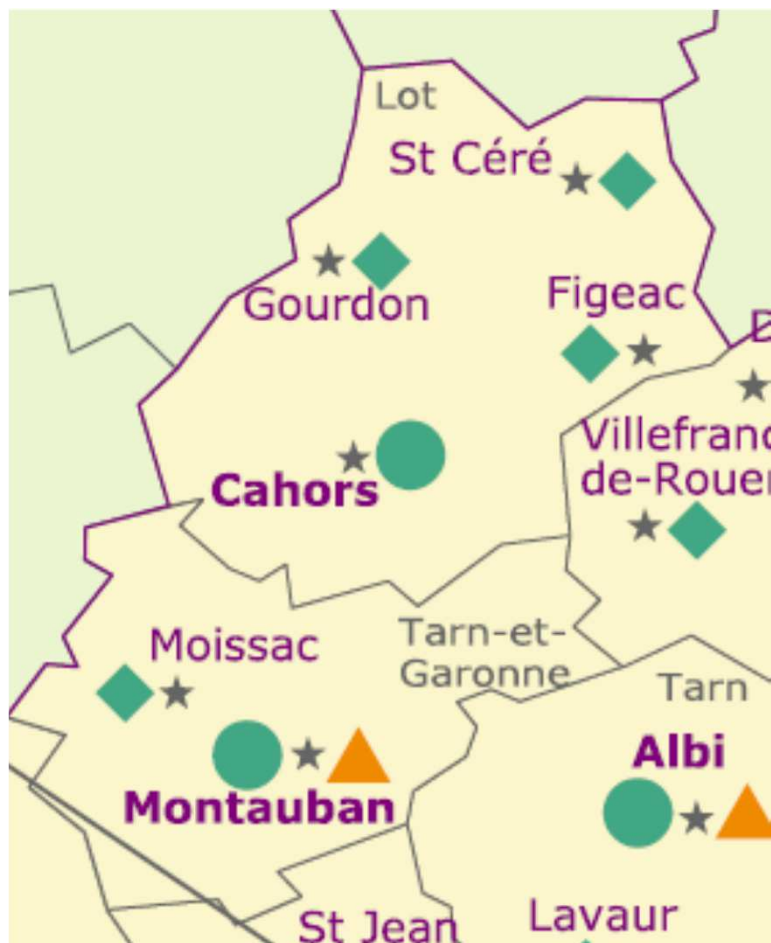
SU de Quimper

SU de Concarneau

SU de Douarnenez



Equipe territoriale Montauban- Moissac



Projet médical de territoire

Principe de temps partagé « équitable »

Approche Qualité – Sécurité

Indicateur = Nombre de gestes de réanimation / MU

Groupe planning

Equipe MU référent/jeune sénior

Formation simulation

Régulation supra-départementale en nuit profonde

	Lot	Tarn et Garonne
Population	176 000	223 000
DRM	22 506	38 525
SMUR	1420	1920
Secondaire	433	465
TIH	130	0

Exemple du Val d'Oise



Deux défis majeurs

- Renforcer la cohérence territoriale des structures d'accueil des urgences
 - Organisation des filières de soins
 - Equipe de territoire
- Assurer de la pérennité des équipes de MU de chacun des établissements

Projet médical de territoire

Projet médical MU de territoire

- Consolider les équipes existantes
- Favoriser la coopération entre elles
- Homogénéiser les pratiques et fonctionnement des SU

Structure d'urgences multiservices de territoire

Charte commune

- Une gouvernance unique qui pilote les recrutements et les évolutions de carrière
- Les conditions de fonctionnement vis-à-vis des praticiens plus harmonisées
- L'homogénéisation des pratiques, et notamment de l'hospitalisation en aval des urgences sur les 3 structures du territoire
- Les engagements de qualité communs
- L'homogénéisation des systèmes de gestion
- Une organisation de temps partagés basée sur le volontariat +++

Cellule de coordination de la SU multiservice de territoire

Missions	Responsable de Structure Interne	Responsabilité partagée des RSI	Cellule de coordination
Recrutement médical		X	Validation
Répartition des ETP			X
Suivi des stat d'activité	X		
Procédures médicales		X	
Procédures paramédicales	X		
Gestion des plannings		X	
Suivi des plaintes	X		
Filières de soins		X	
Staff de dossiers	X		
EPU		X	
RMM		X	
Enseignement internes		X	
Perspectives de carrières		X	Validation

Activité et démographie médicale

Activité Urgences :

- Pontoise : 61 800 pass – 20 lits d'UHCD
- GHCPO : 34 500 pass – 6 lits d'UHCD
- GIV : 14 000 pass – 2 lits d'UHCD

Activité Samu-Smur Pontoise :

- 734 000 Appels / an
- 4 440 Inter Smur

Activité GHCPO :

- 1 385 Inter Smur

Démographie médicale des services d'urgences des établissements de la CHT

	Lignes de garde	ETP Théoriques	Effectifs Réels	Postes vacants	Ecart avec les reco.
Urgences - UHCD PONTOISE	2 Lignes H 24 + 2 demi-gardes + 2 gardes d'internes	19,75	17,4	2,35	Entre 4,28 et 8
Urgences - UHCD GHCPO	2 Lignes H 24 + 1 pédiatre H24 + 1 ligne de garde interne	12	8,55	3,45	4,65
Urgences - UHCD GHIV	1	6	5	1	
SAMU-SMUR PONTOISE	4 + 1 Pédiatrique	28,7	21,2	7,5	17,8
SMUR GHCPO	1	6	4,85	1,15	1,15

Attractivité des praticiens

Trois raisons principales

- Un nombre insuffisant de postes médicaux par rapport à l'activité en progression constante
- Des difficultés de recrutement qui accentuent la tension au sein des services
 - Attractivité de l'APHP – Environnement Universitaire
 - Eloignement / Paris – difficultés d'accès
 - Manque de Temps de formation et de temps non posté
- Des obstacles administratifs autour de la mise en place des actions de coopérations

Avantages

- Une cohésion d'équipe qui apaise les « préjugés » entre les 3 structures
- Une offre de Samu-Su qui répond à différents profils d'urgentistes
- Une amélioration des filières et de la qualité des soins
- Une homogénéité de pratiques
- Un plateau technique complet pour les 3 SU
- Une « offre » d'enseignement et de recherche

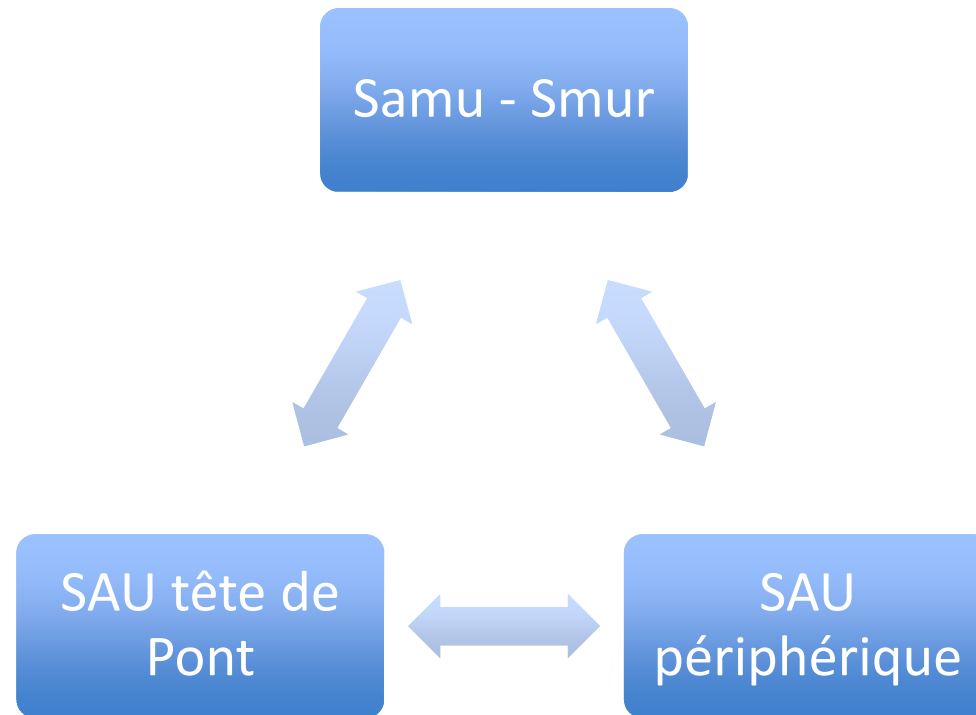
Inconvénients des temps partagés

- Difficultés d'intégration et d'implication
- Délégation de responsabilité difficile
- Difficulté de planning sur 2 sites
- Temps perdu dans les transports
- Multiplication des réunions institutionnelles administratives et communauté médicale
- Multiplication des « contacts » professionnels
- « L'indisponibilité » du chef
- Temps nécessaire à l'échange professionnel augmenté
- Réticence « primaire » à l'embauche : inquiétude
- Contrainte Gardes-WE augmenté
- Contraintes programmation congés augmenté
- Temps non posté très limité
- Tracasseries administratives +++

Tracasseries administratives limitantes

- 2 structures différentes – 2 directions
- 2 contrats = préjudice Ircantec
- 1 contrat avec MAD = 1 contrat par praticien
 - Difficulté de paye
 - Difficultés de mobilité entre les sites
- Tableaux de services différents
- Modalités de décompte du TTA différent
- Difficulté de suivi du paiement des gardes
- Frais de déplacement « oubliés »
- Primes multisites non autorisées

Plan blanc et équipe territoriale ?



?????

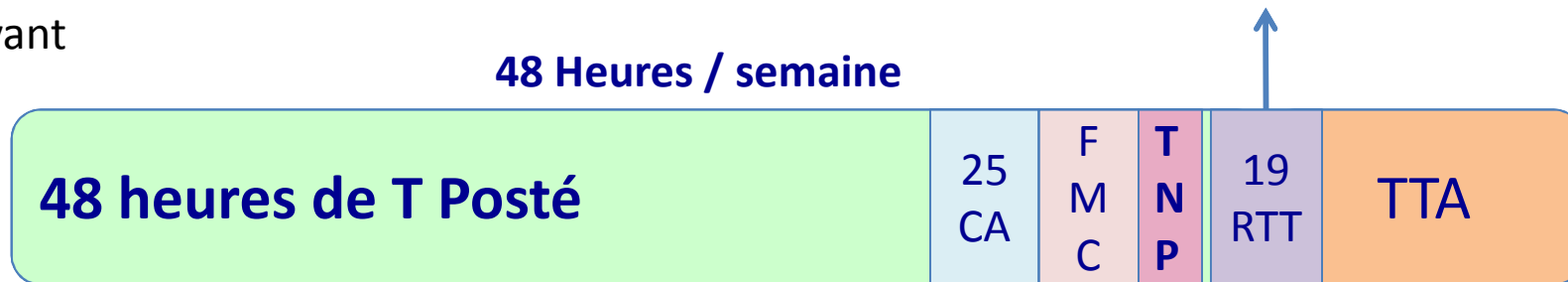


Propositions

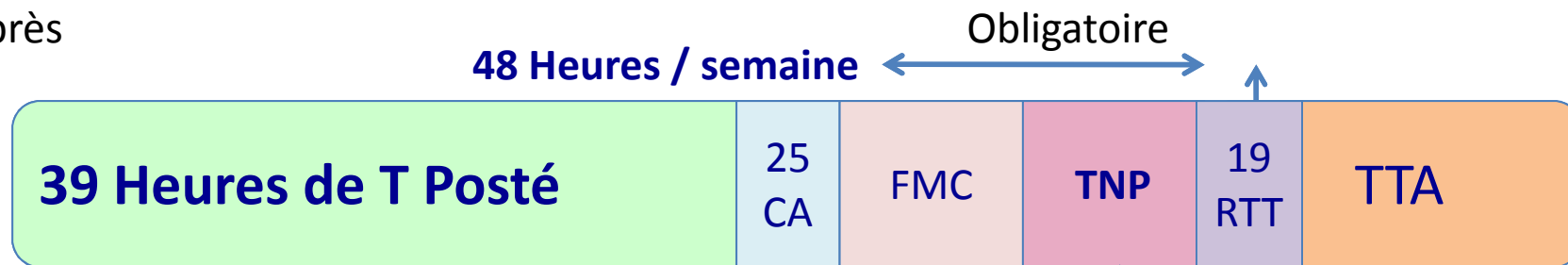
- Enquête effectifs IdF :
 - Postes occupés / activité \neq Postes vacants
 - Turn over et durée de vie professionnelle
- Incitation aux postes partagés pour renforcer les services en difficulté
- Primes multi-sites pour les PHC
- Une répartition de temps non posté « attractive »
- Recentrer le travail posté sur la « mission urgence »
- Remplacer l'intérim par une « brigade de volontaires franciliens » : contrat de temps additionnel

OS = 48 heures / semaine \neq 39 heures de travail

Avant



Après



Activité TNP au SU
« Utilité pour la SU »

Activités transversales
Sous l'égide de la CME
« Utilité pour la
communauté médicale »

Je vous remercie de votre
attention