



**LA VERITE DU TERRAIN SUR LA SITUATION DES  
URGENCES ET DES SMUR DURANT L'ETE 2024**

**RÉSULTATS DE L'ENQUETE SUDF ET PROPOSITIONS  
POUR SORTIR DE CETTE SITUATION CHRONIQUE**

## LE CONTEXTE

L'été 2024 aura été avant tout l'été des Jeux Olympiques et Paralympiques. Une bulle qui a transporté notre pays dans le sport, l'allégresse, le spectacle, la fête, le "vivre ensemble" le tout sans aucun incident.

Une nouvelle fois les structures de médecine d'urgence ont été largement mises à contribution pour assurer un dispositif de sécurité et de soutien sanitaire, alors même que nous étions, en été, période durant laquelle les ressources humaines sont habituellement insuffisantes, et après deux années de tensions extrêmes sur nos services.

Nous saluons l'engagement sans faille des professionnels de l'urgence, qui ont répondu à l'appel pour assurer sans aucune césure un dispositif majeur, dans tous les sites des JOP, afin de permettre une sécurité sanitaire des athlètes et du public.

Derrière cette facette festive de la France, se cache la réalité de nombreux services qui, pour la troisième année consécutive, subissent des difficultés majeures de fonctionnement, en lien avec le manque d'effectif soignant et la disponibilité des lits d'hospitalisation qui a encore connu un recul.

Le fonctionnement en mode dégradé de nos structures de médecine d'urgence est devenu "habituel" : moins de médecins présents pour accueillir un nombre de patients toujours plus important, moins de médecins dans nos SMUR, moins de lits pour hospitaliser les patients à partir des services d'urgences... la conséquence sur la qualité et la sécurité des soins pour les patients est bien évidemment majeure, en corrélation avec la dégradation des conditions de travail et l'épuisement des professionnels.

Mais ce qui a changé depuis l'été 2023, c'est l'installation d'une résignation des professionnels dans l'indifférence la plus générale.

Alors, si comme la FHF l'a annoncé lors de sa conférence de presse du 3 septembre "les données de la FHF relèvent une meilleure anticipation des situations critiques au niveau local avec l'appui des ARS", celle-ci a eu pour seul effet que de mieux permettre la mise en œuvre d'une dégradation organisée des soins, et aucunement d'améliorer ni la situation ni les conditions d'accueil des patients.

Le décret du 29 décembre 2023 est venu officialiser certaines mesures jusqu'alors autorisées par dérogation depuis l'été 2022. Mais aucun nouveau dispositif n'a été mis en œuvre durant cette dernière année pour améliorer la situation. A la différence des années antérieures, aucune réunion de suivi de la situation sanitaire n'a été organisée par le ministère pendant l'été.

Dans son allocution au début du mois d'août, M. Valletoux, notre ministre démissionnaire, se félicitait du bon déroulement de l'été, d'une amélioration de la situation des urgences par rapport à 2023, hormis 50 établissements en tension.

Dès sa nomination notre nouveau Premier Ministre Monsieur Barnier a insisté sur la volonté de vérité. Il est donc temps de rétablir la vérité sur la situation de nos urgences.

C'est dans ce contexte que SAMU-Urgences de France (SUdF) a tenu une nouvelle fois à effectuer un bilan de la situation estivale dans les structures de médecine d'urgence durant les 2 mois de juillet et août 2024.

## L'ENQUETE

Par soucis de transparence, il reste toujours aussi surprenant que la DGOS, qui pourtant dispose de ces données pour les demander régulièrement aux ARS, ne les partage pas. Il est évidemment toujours possible de discuter les chiffres, mais les données que nous avons recueillies sont facilement contrôlables, ne serait-ce que par les nombreuses communications médiatiques faisant état des difficultés locales estivales.

L'enquête a été réalisée auprès des médecins urgentistes des SAMU, SU (Structures d'Urgence) et SMUR de France via un formulaire en ligne sur le site internet de Samu-Urgences de France, entre le 20 août et le 12 septembre.

Elle porte sur la situation de nos structures d'urgences, avec 3 volets, l'état de nos SU, de la disponibilité en lits en aval des SU, et de nos SMUR sur la période du 1 juillet au 31 août 2024.

L'enquête a permis de recueillir 453 formulaires exploitables.



### Précaution de lecture :

Les données recueillies dans cette enquête sont déclaratives. Elles ont fait l'objet de recoupements pour les vérifier. Elles ne sont cependant pas exhaustives et ne donnent donc qu'un reflet de la réalité de la situation

## SITUATION DANS LES STRUCTURES DES URGENCES (SU)

453 médecins ont renseigné un formulaire de l'enquête, représentant 331 établissements sièges de SU, soit environ 48 % de la totalité des SU du territoire national. Tous les départements sont représentés, y compris outre-mer.

### Fermeture de ligne médicale :

La fermeture d'un service est définie par l'absence complète d'accueil de patient se présentant spontanément ou adressé par le Centre 15.

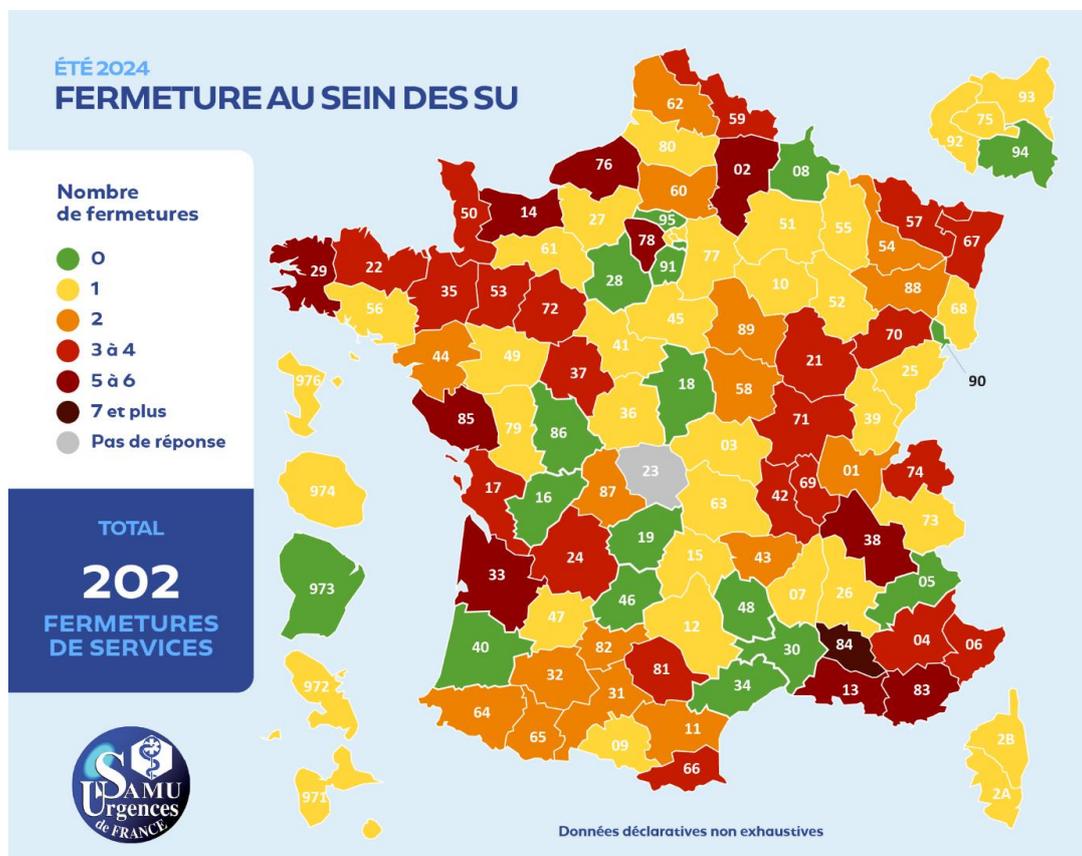
### 2 Structures d'urgence sur 3 répondants a fermé, au moins, une ligne médicale

Parmi les 331 établissements représentés dans l'enquête, 202 SU (61% des SU répondants) déclarent avoir fermé, au moins une ligne médicale et parmi eux 18% ont dû fermer plusieurs lignes.

Ces fermetures concernent 84 départements (sur 106 départements, DROM COM compris).

Ces fermetures étaient pour :

- 41% continues,
- 37% fréquentes,
- 21% ponctuelles.



## Régulation médicale d'accès au SU par le SAMU-SAS :

**34% des SU répondants ont eu recours à une régulation médicale d'accès par le 15**

Parmi les 244 SU répondants à cette question, 82 ont mis en place la régulation médicale d'accès, comme mesure d'adaptation vis-à-vis de ressources humaines insuffisantes afin de diminuer la pression liée à l'activité.

Sur la même période on constate une augmentation du nombre de passage d'urgence de plus de 3% en 2024 versus l'été 2023 (SPF - données du réseau OSCOUR®).

### Commentaires

*Cette année encore le résultat de cette enquête est criant et met en évidence une dégradation majeure du fonctionnement des SU, allant à l'encontre de la communication ministérielle. Prendre en charge le même nombre de patients avec moins de médecins, c'est accepter l'augmentation des temps d'attente et de prise en charge, la diminution de la qualité de prise en charge, l'augmentation des risques pour le patient, des conséquences sanitaires potentiellement graves pour les patients en termes de complications (infectieuses, de décubitus...) et de mortalité. Cette dissonance entre la réalité du terrain et la communication institutionnelle, couplée à la difficulté des conditions d'exercice conduit à une explosion de l'épuisement professionnel de celles et ceux qui tiennent le front sanitaire ainsi qu'à une perte de sens des urgentistes dans leurs missions de soin pour tous.*

*Par ailleurs si la situation a été moins catastrophique qu'attendu, c'est au prix d'un nombre considérable d'heures de temps additionnel (heures supplémentaires). Faute d'avoir pu recruter des médecins en nombre, ce sont les médecins de nos structures qui ont consenti à exploser leur quota horaire pour maintenir à bout de bras et de force le système.*

*La régulation médicale d'accès aux SU effectuée par les SAMU-SAS est devenue une mesure conventionnelle mise en œuvre devant les difficultés de fonctionnement de certains SU. Elle a pour conséquence une baisse de 15 à 20 % des admissions des patients à faible niveau de gravité, et permet de diminuer la pression sur les SU et les équipes médico-soignantes.*

*Tous les départements et territoires, ruraux comme urbains, sont touchés par ces restrictions de fonctionnement. Les fermetures perlées de certains services génèrent un report d'activité vers les établissements de recours les mettant eux-mêmes en tension. Ces centres de plus grosse taille, concentrent la pénibilité notamment en PDS (la nuit et le week-end sans oublier les périodes de pont des jours fériés). Ces contraintes conduisent à une diminution de leur attractivité et à des difficultés de recrutement qui s'aggravent. **Cette problématique majeure pourrait entraîner une déstabilisation de nombreux territoires.** Cela doit également amener une vigilance particulière lors de l'attribution des autorisations d'antenne de médecine d'urgence prévue en juillet 2025. A travers les **Comités consultatifs d'allocation des ressources relatifs aux activités d'urgences (CCARU)**, SUdF promet un contrôle de ces attributions d'autorisation.*

*La dégradation de l'accès aux soins nécessite une réaction des pouvoirs publics. Les urgentistes ne peuvent pas continuer à gérer une activité croissante avec des moyens inadaptés. Des choix stratégiques s'imposent, et SUdF reste force de proposition.*

## DISPONIBILITE DES LITS D'HOSPITALISATION

### Réanimation :

**23% des établissements étudiés dans cette enquête ont fermé des lits de réanimation de manière durable cet été, en plus des fermetures estivales habituelles.** Ces fermetures représentent au total près de 270 lits de réanimation fermés dans 56 établissements.

25% des répondants considèrent qu'il y a une augmentation des difficultés en 2024 sur les lits de soins critiques comparativement à 2023.

Pour SUdF, les prétendues leçons de la pandémie Covid sur la nécessité d'un nombre de places en réanimation et en soins intensifs sont déjà oubliées par les tutelles et le gouvernement.

### Lits MCO :

**65% des établissements ont fermé des lits de médecine ou de chirurgie de manière durable cet été (en plus des fermetures estivales habituelles et programmées).**

- 23% ont fermé moins de 10 lits supplémentaires
- 37% ont fermé entre 11 et 20 lits supplémentaires
- 11% ont fermé entre 21 et 30 lits supplémentaires
- 15% ont fermé plus de 31 lits supplémentaires

Ce sont plus de 1500 lits supplémentaires qui ont été fermés dans les établissements participant à cette enquête, alors même que l'activité ne connaît pas de baisse dans le SU durant la période estivale, avec un besoin de lit d'hospitalisation qui reste stable.

59% des répondants estiment qu'il y a une hausse des difficultés durant l'été 2024 par rapport à 2023 sur les fermetures de lits MCO.

La tension sur l'aval des urgences a été clairement plus importante cet été en comparaison aux années précédentes, entraînant une augmentation du nombre de patients brancardés le matin dans les services d'urgences dont les conséquences sont connues : augmentation de la morbi-mortalité pour les patients, épuisement et démotivation pour les équipes d'urgentistes.

Pour confirmation selon des données Est-RESCUE (Observatoire des Urgences Grand Est), en Grand Est **on constate une augmentation de 27% de ces patients brancardés entre l'été 2023 et 2024** (calcul du LBE (lit brancardé estimé) dénombrant tous les matins le nombre de patients présents au SAU depuis 22h la veille, hospitalisés dans les suites et n'ayant pas pu bénéficier d'un lit d'hospitalisation immédiatement disponible).

Commentaires :

*Voilà dix ans que nous dénonçons cette maltraitance institutionnelle consistant à obliger des patients de plus en plus nombreux à devoir attendre plusieurs heures voire plusieurs jours sur un brancard dans un couloir des urgences, faute de lit disponible pour les hospitaliser.*

*Cet été nous avons franchi un nouveau stade dans l'inacceptable. De nombreux établissements ont augmenté leurs traditionnelles fermetures de lit estivales, là où les besoins d'hospitalisation à partir des urgences restaient identiques. Les tutelles ont une nouvelle fois délibérément provoqué des lits brancard supplémentaires, et les chiffres de l'enquête sont éloquentes quand ils ne sont pas consternants.*

*Là encore des solutions existent, et SUDF les répètent à chaque nouveau Ministre sans que ce sujet crucial de santé publique ne soit pris en compte.*

## SITUATION DANS LES SMUR

91% des répondants appartiennent à des établissements siège d'un SMUR (221 établissements).

**Plus d'un SMUR sur deux parmi les répondants a été amené à fermer au moins une ligne cet été.**

221 SMUR ont participé à cette enquête, représentant 51% des SMUR du territoire national dans 106 départements.

Parmi ceux-ci :

- 127 SMUR ont fermé au moins une fois une ligne SMUR durant l'été
- Au total, ce sont 174 lignes SMUR qui ont été fermées
- Dont 48 fermetures fréquentes ou continues

Ces fermetures concernent 80 départements.

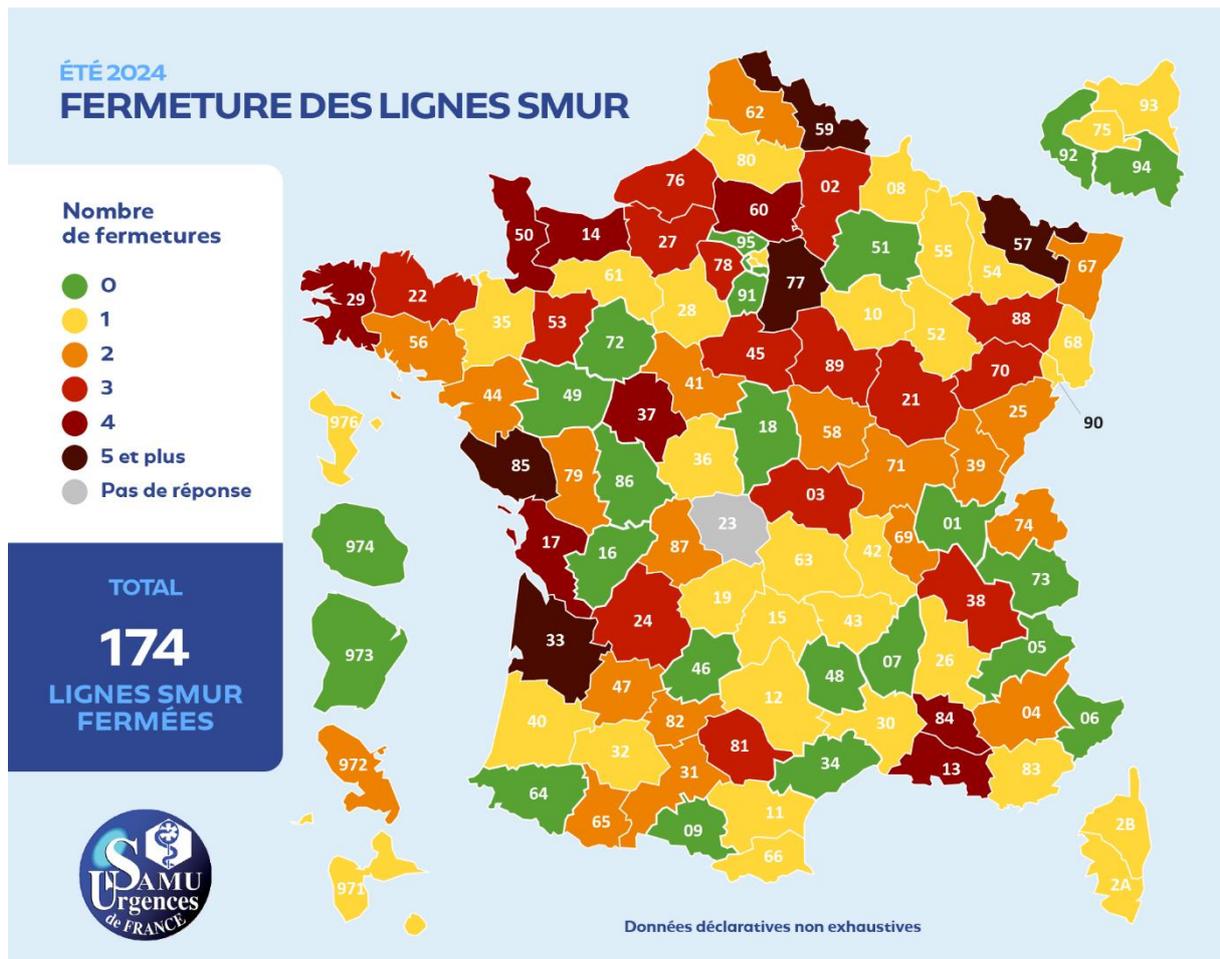
Parmi les répondants, 101 n'ont qu'une seule ligne SMUR dont dix pourcents d'entre-eux ont dû fermer cette ligne, laissant le secteur sans aucune réponse SMUR pour répondre à l'urgence vitale de ces territoires.

Pour rappel, il n'existe pas d'autre structure de soins que les SMUR pour prodiguer aux patients un niveau de soins équivalent.

14% des établissements répondants ont mis en place une UMH-P (Unité Mobile Hospitalière Paramédicale) afin de remplacer une ligne SMUR fermée, soit 35 établissements.

Parmi ces établissements ayant mis en place une UMH-P, près de 30% n'ont qu'une ligne SMUR et 46% en ont 2.

Enfin on dénombre encore 69 EPMU fonctionnelles hors cadre réglementaire, ce qui est le reflet criant d'une dégradation de l'offre de soins.



### Commentaires :

*Un nombre important de structures d'urgences sont encore impactées par la fermeture de lignes SMUR, avec pour corolaire un impact direct sur la capacité à prendre en charge sur tout point du territoire les urgences vitales. C'est une ligne rouge qu'il avait toujours été convenu de ne pas franchir, y compris au sein du Ministère. La sécurité sanitaire de la population face à l'urgence vitale ne peut donc plus être assurée partout en France. Facteur aggravant, de nombreux HéliSMUR ont connu cet été des ruptures de fonctionnement essentiellement pour des raisons de maintenance des machines, rendant impossible l'accès rapide à distance des bases ou le gain en disponibilité des équipes SMUR en cas de transferts longs.*

*Ce point doit être géré sans délai par les tutelles de manière à rétablir un maillage SMUR opérationnel permettant de rétablir une équité d'accès aux soins pour l'urgence vitale.*

*Deuxième constat, la paramédicalisation des SMUR au travers des UMH-P progresse lentement, mais malheureusement pas comme possibilité de gradation d'engagement des SMUR, mais comme moyen de substitution lorsque le SMUR ne peut plus être médicalisé. Il s'agit d'un détournement d'usage que SUDF tient à dénoncer. C'est à nouveau une mise en danger de la population.*

*Enfin on dénombre encore 69 EPMU fonctionnelles, moyens qui dorénavant n'ont plus de cadre réglementaire. Ces structures doivent muter vers un autre type d'organisation ou évoluer vers une UMH-P, respectant la réglementation et les recommandations. Là encore les tutelles doivent mettre fin sans délai à ces moyens ni sécuritaires ni réglementaires.*

## NOS PRIORITÉS POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ET MAINTENIR NOS EQUIPES URGENTISTES HOSPITALIERES

### 1 **Aval des urgences, première source de pénibilité des professionnels des urgences et de traitement inhumain des patients par défaut d'organisation institutionnelle**

#### **Interdire définitivement la possibilité d'hospitaliser un patient dans un couloir**

- **Dédier une place au non-programmé**

Il est impératif de changer notre approche concernant la gestion des hospitalisations. Chaque établissement de santé doit désormais réserver une place spécifiquement pour les hospitalisations des patients non programmés arrivant des urgences.

- **Afficher un indicateur lit brancard quotidien**

Le système de santé doit reconnaître et assumer la maltraitance institutionnelle des patients-brancard, résultant d'une organisation défailante des hôpitaux. À cet effet, il est nécessaire de publier, chaque matin, pour chaque structure d'urgence, le nombre de patients-brancard n'ayant pas pu bénéficier d'un lit d'hospitalisation réel.

- **Changer le financement**

Il faut stopper le financement incitatif dédié depuis des années à l'amélioration de la gestion des lits. À la place, il est crucial d'intégrer l'indicateur lit-brancard dans les Indicateurs de Financement des Activités de Qualité (IFAQ), afin de passer à un financement basé sur les résultats.

- **Mettre en œuvre les recommandations de l'ANAP**

Les établissements doivent mettre en œuvre les recommandations de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé (ANAP) concernant la gestion des lits. Cette démarche vise à optimiser la gestion des lits hospitaliers et à identifier une place équilibrée pour les activités programmées et non-programmées au sein de chaque établissement pour que l'hôpital public réponde à ses missions de soins pour tous.

### 2 **Arrêter définitivement le fonctionnement dégradé des structures d'urgences**

- **Réviser le maillage territorial des SU**

Il est nécessaire de réviser le maillage territorial des SU. Il n'est plus viable de maintenir tous les SU actuellement autorisés par les ARS selon les modalités d'organisation actuelle. La question doit être posée de l'évolution de certains SU en antenne de médecine d'urgence, du regroupement de certains SU en se recentrant sur le cœur de métier et en consolidant les équipes sur des sites facilement accessibles pour la population.

Cette réflexion stratégique doit être conduite par les autorités sanitaires, en concertation avec les CCARU. Sa mise en œuvre nécessitera obligatoirement un courage politique pour tenir ce nouveau schéma.

- **Créer des centres de soins primaires**

Cette restructuration du maillage devra probablement être accompagnée de la création de structures intermédiaires, telles que des centres de soins primaires, qui assureront un accueil et un traitement des patients nécessitant un environnement technique spécifique sans justifier un service d'urgence complet ou la compétence d'un urgentiste.

- **Généraliser progressivement la régulation médicale d'accès aux SU**

Il faut enfin progressivement généraliser la régulation médicale de l'accès aux SU par les SAMU-SAS. Cette mesure permettra une orientation adéquate des patients dans le parcours de soins adapté à leur état de santé, évitant ainsi les recours non justifiés aux SU.

- **Mettre en place un ratio patients/soignés au sein des SU**

Nous devons obtenir une validation réglementaire d'un ratio patients/soignants pour les SU, comme prévu dans la PPL Jomier votée au Sénat en février 2023 et qui depuis attend toujours d'être examinée à l'Assemblée Nationale, afin d'éviter de recréer des situations de disproportion nuisant à la qualité et la sécurité des soins. SUdF proposera prochainement un nouveau référentiel en ce sens.

### 3

## **Rétablir un maillage SMUR opérationnel permettant de rétablir une équité d'accès aux soins urgents**

- **Rétablir un maillage opérationnel des SMUR et HéliSMUR**

Pour garantir une équité d'accès aux soins urgents, il est essentiel de rétablir un maillage opérationnel responsable des SMUR et des HéliSMUR. Le SMUR ne doit plus être utilisé comme variable d'ajustement des effectifs d'urgentistes. La prise en charge des urgences vitales doit être un engagement ferme des autorités sanitaires.

- **Déployer les UMH-P**

Par ailleurs, il est nécessaire de poursuivre la paramédicalisation de la réponse pré-hospitalière avec le déploiement des UMH-P. Il est impératif que celle-ci reste dans le cadre de la gradation d'engagement des SMUR, et l'optimisation des ressources médicales, et non pas dans la dégradation de l'offre de soins préhospitaliers.

## BILAN GLOBAL & VERBATIMS

**61% des urgentistes répondants considèrent qu'il y a une dégradation de la situation de cet été par rapport à 2023 et 30% considèrent que cette situation reste stable.**

Voici quelques extraits de témoignages qui nous ont été adressés.

« Va-t-on réussir un jour à travailler dans **des conditions sereines**, qui nous permettent de prendre en charge correctement un requérant ? J'envisage une **reconversion**, j'aime plus que tout mon métier... Mais je suis **épuisée**. »

« **Je quitte l'hôpital public pour aller dans le privé ou dans un centre de soins non programmé.** »

« On risque de ne pas pouvoir continuer ainsi. On réfléchit à ne plus assurer les nuits de WE pour faciliter le reste de la semaine. On **diminuera forcément les effectifs de médecins** pendant les congés scolaires, à 1 seul médecin par jour. Enfin on va **bousculer les horaires de présence** pour renforcer l'équipe médicale sur le pic de fin de journée/début de soirée. Néanmoins les urgentistes, chez nous, **vieillissent** : 2 de 55 ans, 1 de plus de 61 ans. Ces 3 médecins ne font plus de gardes de 24 heures depuis 1 an. Et celui de 61 ans ne fait plus de nuit. **Le recrutement de jeunes urgentistes est très difficile.** On ne sait pas combien de temps on va pouvoir tenir ainsi ! »

« On est en plein dans la catastrophe mais je pense qu'en dehors des professionnels de santé **personne ne s'en rend compte.** »

« Les conditions de travail sont vraiment dégradées, **la prise en charge des patients en devient tellement indigne.** »

« La fermeture des services d'urgences de périphérie et l'absence de lit d'aval aggravent les prises en charge augmentant la **morbi-mortalité des patients** et un **sentiment d'insatisfaction grandissant du travail d'urgentiste** s'aggravant d'années en années... sans grande reconnaissance des difficultés par notre gouvernement (pas de vrai plan pour valoriser et améliorer les conditions de travail dans le service public, je n'ai toujours pas digéré les 4 années d'échelons supprimées étant PH de 2019 avec échelon 1 d'emblée alors que les jeunes aujourd'hui sont pris avec en moyenne un échelon 3... ce qui fait qu'ils ont le même échelon que moi aujourd'hui. C'est vrai que cela ne fait qu'environ 500 euros par mois de perdus par rapport à eux ... **Aggravation de la violence des patients et entourage envers les soignants.** Mettre la pression également sur le privé qui se permet de choisir ses patients la nuit (refus de patient si pas de lit d'aval, pas d'imagerie la nuit donc refus de tout patient susceptible d'en avoir besoin...) »

« **La fermeture des cliniques la nuit** a créé une augmentation de la fréquentation. **Il n'y a plus de tranche horaire plus calme la nuit** par rapport à la journée. Associé au manque de médecins cela crée une **attente indécente pour les patients.** Heureusement les paramédicaux sont là. »

« Plutôt très pessimiste sur l'avenir de l'hôpital et des urgences : impression d'être **les seuls à assurer la permanence de soins la nuit, les we, les jours fériés et les vacances** sans avoir la **reconnaissance** adaptée qu'elle soit financière ou par les moyens alloués pour travailler dans de meilleures conditions. »

« J'ai quitté le CHU il y a 6 ans pour cause de **gardes et journées devenues intolérables** et je vois que lentement les **conditions de travail dans les hôpitaux périphériques se**

**dégradent** de la même façon pour rejoindre bientôt le niveau de pénibilité des CHU et cela ne dérange personne. »

« **L'entrée aux urgences doit être régulée par le 15, 24h/24h, car beaucoup trop et toujours plus de patients se rendent aux urgences par eux même pour des **problèmes ne relevant pas des urgences**. Ceci entraîne un épuisement et une **perte de sens des urgentistes** contraints de faire de la bobologie, des certificats (de plus en plus d'AT, d'arrêt de travail), de répondre à tous les maux de la société et de **palier aux manques criant de médecins généralistes et spécialistes**. »**

## ANNEXE : cartes comparatives 2023 – 2024

