



## **Samu-Urgences de France**

### **Référentiel**

Les ressources médicales et non médicales  
nécessaires au bon fonctionnement  
des structures d'urgence  
(Samu, Smur, Service des Urgences, UHCD)

Novembre 2011

## Résumé

Ce référentiel concerne les structures d'urgence suivantes : Samu-Centre 15, Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation, Service des Urgences et Unité d'Hospitalisation de Courte Durée. Ces structures représentent aujourd'hui un élément clé dans l'organisation des soins primaires comme des soins spécialisés. Pivots des soins non programmés, elles doivent être confortées et leurs effectifs cohérents avec leurs missions et activités, dans un souci d'amélioration de la qualité et de la sécurité.

Pour être simple et reproductible, le mode de calcul à la base de ce référentiel repose sur le temps posté, médical ou non médical. Les temps médicaux de participation à la vie du service, de l'établissement et des institutions liées sont globalement évalués à 20% du temps de travail total.

Pour les médecins, la présence H24 sur une « ligne de garde » est évaluée à 6 ETP (Equivalent Temps Plein) quel que soit le mode de calcul, temps continu ou demi-journées. Pour les personnels non médicaux, le temps de travail est, en principe, organisé en 7h30. Les effectifs proposés tiennent globalement compte des variations quotidiennes, hebdomadaires ou saisonnières. Il appartient aux responsables des services d'adapter la présence des personnels en fonction des variations observées des flux des malades, dans un souci d'homogénéisation de la charge de travail.. Le respect des règles générales en termes de temps de travail et de repos de sécurité est un axe de progrès fondamental.

Ce référentiel établit des ratios fondamentaux, tels que par exemple les rythmes moyens suivants :

- pour un médecin régulateur : 6 dossiers de régulation médicale par heure
- pour un médecin senior du service des urgences : 1,6 patient par heure
- pour un assistant de régulation médicale : 7,2 appels par heure.

Il formalise une quantité et une répartition des effectifs médicaux et non médicaux indispensables à mettre en place pour permettre le « juste soin » en structures d'urgence.

La mutualisation est un terme banni. Le travail en temps partagé est préconisé. Cela consiste, pour un même professionnel de l'urgence, à pouvoir effectuer son temps de travail de manière partagée entre plusieurs types d'activité d'urgence (Service des urgences puis Smur ou UHCD ...). En revanche, la pratique simultanée de plusieurs fonctions (ex : Service des Urgences et Smur, régulation médicale et Smur) constitue un danger pour le patient et un risque médico-judiciaire pour le professionnel, la structure d'urgence et l'institution. Compte tenu de la fluctuation de la charge de travail en urgence, les personnels effectuent les tâches complémentaires sur des périodes d'activité moins intense. Les effectifs alloués et l'organisation mise en place doivent permettre à tout moment une disponibilité suffisante pour la prise en charge sans délai des patients les plus graves (départ Smur, accueil SAUV) ainsi que pour la prise en charge dans des délais adaptés, mais nécessairement courts de l'ensemble des patients.

Indispensable au bon fonctionnement de l'établissement et de son service des urgences, la fonction « gestionnaire de lits » est une fonction dédiée de l'établissement de santé. Celle-ci doit être organisée en lien avec le service des urgences, mais en dehors de cette structure, notamment pour optimiser l'aval intra hospitalier des urgences pour les patients relevant d'une hospitalisation.

## Sommaire

1. Principes .....	4
2. Effectifs médicaux nécessaires.....	5
2.1 Evaluation des ETP médicaux nécessaires .....	5
2.2 Temps continu vs demi-journées .....	6
2.3 Structuration des emplois médicaux.....	7
2.4 Charge de travail posté individuel.....	7
2.5 Nombres de lignes de médecins en fonction de l'activité .....	7
2.6. Mutualisation et temps partagé.....	10
3. Effectifs non médicaux nécessaires.....	11
3.1 Catégories de personnels non médicaux .....	11
3.2 Temps de travail des personnels non médicaux .....	12
3.3 Activités complémentaires, entraide et temps partagé.....	12
3.4 Effectifs non médicaux en fonction de l'activité de la structure d'urgence .....	12
3.4.1 Assistants de régulation médicale du Samu.....	13
3.4.2 Coordonnateurs ou superviseurs du centre d'appels du Samu .....	15
3.4.3 Infirmiers, conducteurs ambulanciers et pilotes du Smur .....	16
3.4.4 Infirmiers des Services des Urgences .....	17
3.4.5 Cadres de Santé des structures d'urgence .....	18
3.4.6 Aide soignants des services des urgences (SU) .....	19
3.4.7 Agents de service des structures d'urgence et techniciens de surface .....	19
3.4.8 Gestionnaire de lits.....	20
3.4.9 Secrétariat administratifs .....	20
3.4.10 Secrétariat médical.....	21
3.4.11 Assistant du service social .....	21
3.4.12 Psychologues .....	21
3.4.13 Logisticiens .....	22
3.4.14 Techniciens et informaticiens.....	22
3.4.15 Coordonnateur ambulancier .....	22
3.5 Effectifs non médicaux de l'UHCD.....	22

Le besoin de conforter et d'harmoniser les ressources humaines des structures d'urgence et les profondes restructurations en cours, tant au niveau national (nouvelles règles de financement) qu'au niveau régional, rend très opportune la publication d'un référentiel professionnel sur les effectifs. Ce référentiel sur l'ensemble des effectifs (médicaux et non médicaux) améliore et complète le précédent document élaboré en 2010 par Samu-Urgences de France qui ne portait que sur les effectifs médicaux.

Le travail de réflexion et d'échanges réalisé au sein de Samu-Urgences de France pour élaborer ce référentiel s'inscrit dans une logique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité du fonctionnement des structures d'urgence : Samu, Smur et Service des Urgences (SU).

Ce référentiel ne vise que les structures d'urgence suivantes : Samu, Smur, SU et UHCD (Unité d'hospitalisation de courte durée), à l'exclusion de toutes les autres structures ou activités souvent associées : CESU, UMJ, UCSA, unités de soins continus, services de victimologie, cellules d'urgence médico-psychologiques (Cump), consultations non programmées ou programmées, activité non polyvalente d'urgence (exemple : pédiatrie, psychiatrie), services dits de post-urgence (encore appelées département d'aval des urgences ou unité de médecine polyvalente d'urgence), structures particulières (exemple : unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), permanence d'accès aux soins de santé (PASS)), charges particulières telles que présence médicale régulière en radiologie lors des injections de produits de contraste, ou autres activités annexes. Toutefois, certains principes ou modes de calcul présentés ci-dessous peuvent être appliqués à ces structures pour déterminer les effectifs nécessaires, en complément de ceux prévus ci-dessous.

## 1. Principes

1. Le mode de calcul doit rester aussi simple que possible et s'adapter à la très grande majorité des structures.
2. Il convient d'évaluer le travail dit posté des médecins car il s'agit du seul travail indiscutable du médecin où sa présence physique dans un lieu donné pour produire une activité médicale est nécessaire, certaine et aisément vérifiable. Ceci recouvre l'activité de consultation (SU), de visite en salle (UHCD), de régulation médicale (Samu), d'intervention (Smur), ou la présence dans le cadre de la permanence des soins.
3. Le travail posté ne résume pas l'activité médicale mais le temps de travail total doit pouvoir être estimé à partir du temps de travail posté, quitte, pour estimer le temps de travail total (posté + non posté), à établir des ratios en fonction de critères prédéfinis.
4. Pour les soignants et autres agents non médicaux, le temps de travail est essentiellement posté. Il doit y être ajouté du temps de formation et développement professionnel continu, de transmission, de participation aux groupes de travail et à la vie des structures d'urgences et institutionnelles.

5. L'ajustement des effectifs en fonction de l'activité ne peut se faire que de façon « quantique ». Les effectifs nécessaires sont donc présentés dans ce document au regard de tranches d'activité. Les « sauts » d'effectifs entre deux tranches sont nécessaires à l'élaboration d'un référentiel. Ils sont à interpréter, en pratique, avec bon sens ; la progression « quantique » des effectifs ne saurait, en effet, justifier ni qu'une ARS rejette une demande au prétexte qu'il manquerait quelques cas pour passer dans la tranche supérieure, ni qu'une structure « dope » plus ou moins artificiellement son activité dans le seul objectif de franchir un cap quantitatif et d'en tirer un bénéfice en termes d'effectifs.
6. Pour les établissements multi sites, les calculs d'effectif sont à réaliser de façon indépendante sur chacun des sites, en fonction de l'activité propre de chaque site (et non pas en fonction de l'activité totale de l'établissement comme s'il ne disposait que d'un seul site prenant en charge l'ensemble de ces patients).
7. La présence des effectifs est à adapter aux flux prévisibles, aux variations saisonnières (afflux aux périodes de congés, d'épidémies hivernales...).

## 2. Effectifs médicaux nécessaires

### 2.1 Evaluation des ETP médicaux nécessaires

Cette évaluation se fait en plusieurs étapes avec un processus d'échanges entre les professionnels de la médecine d'urgence et les administrations, locales, régionales, et/ou nationales :

**Etape 1 :** Définition et description du périmètre de la structure d'urgence : SU, UHCD, Samu, Smur.

**Etape 2 :** Description des tableaux de service existant rapportant une activité type sur une semaine dans la structure avec la présence des « lignes » de médecins seniors assurant le travail médical, limité au travail posté.

**Etape 3 :** Mise à plat de ces tableaux de service types pour homogénéiser les pratiques en fonction de référentiels consensuels (nombre de médecins nécessaires par nombre de passages aux urgences, nombre de lits en UHCD, nombre de dossiers de régulation médicale, nombre de sorties en Smur).

**Etape 4 :** Définition du calcul du temps médical nécessaire à la mise en œuvre de ce tableau de service suivant l'un des deux modes de calcul réglementaires (calcul en demi-journées ou calcul en heures dans le cadre du temps continu). Ce calcul comprend le temps dû par un praticien déduction faite des jours de congés, des jours de repos hebdomadaires, des jours fériés, des RTT, et du temps de formation. Il est rajouté à ce temps un forfait correspondant à l'évaluation du temps travail non posté (hors temps de formation éligible aux « congés formations » réglementaires) qui est évalué à 20% du temps de travail total. Il est alors possible de calculer le nombre d'équivalents temps plein (ETP) nécessaires en divisant le

temps de travail annuel à effectuer dans la structure par le temps de travail effectué par un praticien en fonction des règles admises à ce moment. Ceci donne le nombre d'ETP nécessaires.

*Remarque 1 : Pour rappel et pour les PH, il y a 365 - 10 fêtes légales - 104 repos hebdomadaires = 251 jours ouvrables, 251 - 25 CA - 20 RTT - 15 jours formation = 191 jours de travail. Donc un médecin travaille au maximum (48 heures par semaine) 382 demi-journées ou 1833,6 heures par an.*

*Remarque 2 : Le chiffre de 20 % est à considérer comme un élément majeur de la démarche visant à garantir la qualité médicale et organisationnelle des équipes d'urgence et la valorisation des structures. Il conviendra, certes, de veiller, par une évaluation adéquate, à la bonne utilisation du temps correspondant (notamment pour l'enseignement et les travaux de recherche, et ceci aussi bien dans les centres non universitaires que dans les centres hospitalo-universitaires), mais il ne saurait être question de renégocier ou de moduler localement cette proportion globale de 20%.*

*Remarque 3 : Le calcul des ETP nécessaires n'est pas figé. Il peut facilement être réévalué avec des modifications des règles sur le temps de travail ou avec l'évolution de l'activité du service.*

*Remarque 4 : Le calcul doit rajouter :*

- les charges de direction de chaque structure d'urgence (évaluées au minimum à 0,5 ETP pour chacune des structures Samu, Smur, Service des Urgences et UHCD),
- les charges de direction de structures plus importantes (pôle, CCM, CME, Directoire) évaluées à 0,5 ETP, cumulables,
- les charges en rapport avec les activités d'intérêt général validées par l'institution, avec les relations avec les autorités de tutelles telles que l'ARS, cumulables.

*Remarque 5 : Les emplois universitaires titulaires (PUPH, MCUPH) et non titulaires (CCA, PHU) ne comptent que pour 0,5 ETP dans ces calculs.*

*Remarque 6 : Le poids des gardes est toujours considérable. Pour les astreintes, un ratio de 3 (3 astreintes de 24 heures = 1 garde de 24 heures) est proposé.*

*Remarque 7 : Les 20% de temps de travail non posté sont répartis entre les médecins de la structure d'urgence par le Chef de Pôle et Chef de Service en fonction des priorités définies. Cette répartition est contractualisée avec le médecin et réévaluée annuellement.*

## 2.2 Temps continu vs demi-journées

L'existence de deux modes de calcul du temps de travail d'un médecin (temps continu vs demi-journée) constitue une incohérence, une source de concurrence entre structures d'urgence, et une anomalie sur le plan du droit. Ces deux modes de calcul aboutissent de fait à une différence majeure évaluée à 24%, que ce soit en termes de temps médical individuel ou d'ETP nécessaires. La source principale de cette divergence est en rapport avec le temps nocturne (14 heures) qui est équivalent au temps diurne (10 heures) lorsque le calcul est effectué en demi-journée. Le simple fait de comptabiliser 3 demi-journées pour le temps nocturne suffirait à rendre les deux systèmes à peu près comparables, sans pour autant tenir convenablement compte de la pénibilité particulière du travail nocturne.

Une « ligne » de médecins sur 24 heures correspond :

- avec les calculs actuels à :
  - o 4,7 ETP en demi-journées
  - o 6,0 ETP en temps continu
- avec le mode de calcul proposé à 6,0 ETP (dans la mesure où la nuit est décomptée 3 demi-journées).

Le présent document est établi sur la base du temps continu.

### **2.3 Structuration des emplois médicaux**

Le calcul du nombre d'ETP nécessaires au fonctionnement d'une structure d'urgence ne peut résumer la problématique des emplois médicaux. La nature (statut) de ces emplois constitue un enjeu majeur pour le fonctionnement de cette structure et la qualité des soins prodigués. La structuration entre les emplois de titulaires (PH, MCU-PH, PU-PH), les emplois de contractuels (PHC), les emplois de médecins attachés, et les emplois entrant dans le cadre du post-internat (assistants spécialistes et CCA), doit être prise en considération. En particulier, le pourcentage de titulaires ne devrait pas être inférieur à 50%. La proportion de praticiens attachés ne devrait pas dépasser 10%.

### **2.4 Charge de travail posté individuel**

Il appartient aux professionnels (en particulier au chef) de la structure d'exiger et au directeur de l'établissement de vérifier que le temps de formation (qui est un droit individuel et un facteur déterminant de la qualité du service rendu aux patients et de l'attractivité de la structure) est effectivement réalisé et en rapport avec le plan de formation continue du Pôle.

Il appartient au chef de service de décliner la répartition du travail posté entre les différentes catégories de personnels médicaux (PH, PHC, Praticien Attaché, Assistant) et en adaptant cette quotité en fonction des activités de chacun (activités du service, enseignement, recherche) dans un dialogue entre le chef de service et chaque médecin, au mieux lors d'un entretien individuel annuel. Ces éléments sont reportés dans le tableau de service.

### **2.5 Nombres de lignes de médecins en fonction de l'activité**

Les tableaux ci-dessous considèrent la charge de travail globale d'une structure d'urgence, avec un nombre de médecins présents identique du lundi au dimanche. Cependant, des variations qualitatives, organisationnelles ou saisonnières peuvent être observées et doivent être prises en compte. Chaque structure s'emploiera à mettre en adéquation l'allocation de ces ressources nécessaires sur la base des variations observées des flux des malades, dans un souci d'homogénéisation de la charge de travail et de la qualité du service rendu.

**Tableau 1 (Samu) :** Nombre de médecins seniors nécessaires au fonctionnement du Centre de régulation médicale d'un Samu en fonction du nombre de dossiers de régulation médicale (DRM) ouverts (rythme moyen de 6 DRM par heure et par médecin), y compris la régulation médicale de la PDSA effectuée au sein des locaux du Samu Centre 15.

Samu (Nbre de DRM/an)	Nbre de médecins seniors H24	Nbre d'ETP
<b>&lt;50 000</b>	1	<b>6</b>
<b>50 - 75 000</b>	1,5	<b>9</b>
<b>75 – 100 000</b>	2	<b>12</b>
<b>100 - 125 000</b>	2,5	<b>15</b>
<b>125 - 150 000</b>	3	<b>18</b>
<b>150 - 175 000</b>	3,5	<b>21</b>
<b>175 – 200 000</b>	4	<b>24</b>
<b>200 – 225 000</b>	4,5	<b>27</b>
<b>225 – 250 000</b>	5	<b>30</b>
<b>250 – 275 000</b>	5,5	<b>33</b>
<b>275 – 300 000</b>	6	<b>36</b>
<b>300 – 325 000</b>	6,5	<b>39</b>

**Tableau 2 (Smur) :** Nombre de médecins seniors (ou d'équipes) nécessaires au fonctionnement du Smur en fonction du nombre d'interventions primaires ou secondaires effectuées (hors transports infirmiers inter hospitaliers). Ceci comprend le fonctionnement des HéliSmur régionaux. Les éventuels Smur spécialisés (Smur pédiatrique) sont à considérer comme une équipe Smur supplémentaire.

Smur (Nbre d'interventions/ans)	Nbre de médecins seniors H24	Nbre d'ETP
<b>&lt; 1 500 (urbain*) &lt; 1 200 (mixte**)</b>	1	<b>6</b>
<b>1500 à 3000 (urbain) 1200 à 3000 (mixte)</b>	2	<b>12</b>
<b>3 000 – 4 500</b>	3	<b>18</b>
<b>4 500 – 6 000</b>	4	<b>24</b>
<b>6 000 – 9 000</b>	5	<b>30</b>
<b>9 000 – 12 000</b>	6	<b>36</b>

\* urbain : plusieurs secteurs d'intervention Smur se trouvent dans une même zone entièrement urbaine

\*\* mixte : une seule base Smur se trouve dans la zone urbaine et/ou rurale

**Tableau 3 (SU) :** Nombre de médecins seniors nécessaires au fonctionnement des Services d'Urgences en fonction du nombre de passages.

Le « renfort diurne » mentionné dans ce tableau comprend des horaires variables (par exemple 8h00-18h00 et 11h00-21h00) de façon à s'adapter au flux variable dans la journée) et à assurer un chevauchement avec la garde, sans dépasser 21h00. Le « renfort nocturne » correspond à la présence d'un médecin sur la période pouvant aller de 18h00 à 23h00 (hors nuit profonde). Il est rappelé que les renforts nocturnes, la période nocturne, le samedi après-midi et le dimanche (jour et nuit) donnent lieu au paiement d'une garde (ou demi-garde jusqu'à 23h00-0h00).

Nbre de passages/an au Service des Urgences	Nbre de médecins H24	Nbre de médecins Renfort diurne	Nbre de médecins Renfort nocturne (hors nuit profonde)	Nbre de médecins au pic d'activité	Nbre d'ETP
<b>10 – 20 000</b>	1	1	0	2	<b>8,4</b>
<b>20 – 30 000</b>	1	2	0	3	<b>10,8</b>
<b>30 – 40 000</b>	2	1,5	0	4	<b>15,6</b>
<b>40 – 50 000</b>	2	2	1	4	<b>19,2</b>
<b>50 – 60 000</b>	2	2,5	1	5	<b>20,4</b>
<b>60 – 70 000</b>	3	2,5	0	5	<b>24,0</b>
<b>70 – 80 000</b>	3	2,5	1	6	<b>26,4</b>
<b>80 – 90 000</b>	3	3	1	6	<b>27,6</b>
<b>90 – 100 000</b>	4	3	0	7	<b>31,2</b>

Ceci correspond à un rythme moyen de 1,6 patients par heure et par médecin dont 85% sont vus entre 8h00 et 0h00. Le tableau est adapté à un SU polyvalent (médico-chirurgical) hospitalisant au moins 15% des passages, et doit faire l'objet d'adaptation éventuelle lorsque l'accueil est uniquement médical (plus lourd, consommant plus de temps médical et se traduisant par plus d'hospitalisations).

**Tableau 4 (UHCD) :** Nombre de médecins seniors nécessaires au fonctionnement de l'UHCD.

Nbre de lits d'UHCD	Nbre de médecins seniors « diurne »	Nbre d'ETP
<b>1 – 2</b>	0,25	<b>0,6</b>
<b>3 – 4</b>	0,5	<b>1,2</b>
<b>5 – 6</b>	0,75	<b>1,8</b>
<b>7 – 9</b>	1	<b>2,4</b>
<b>10 – 20</b>	1,5	<b>3,6</b>
<b>21 – 30</b>	2	<b>4,8</b>

Le fonctionnement de l'UCHD n'est envisagé que pour la période diurne (8h00-18h00), ce qui correspond au travail de réévaluation des patients et d'orientation devant aboutir à la libération complète de l'UHCD afin de garantir un séjour inférieur à 24 heures. Pour la période nocturne, l'équipe médicale d'accueil s'occupe également de la gestion des patients de l'UHCD. Ce dernier point suppose que l'UHCD soit contiguë à l'accueil ce qui devrait être la règle.

L'UHCD est intégrée fonctionnellement au SU si son nombre de lit est inférieur à 6.

## 2.6. Mutualisation et temps partagé

La mutualisation des postes consiste pour un même praticien à pouvoir effectuer son temps de travail de manière partagée entre plusieurs types d'activité d'urgence, essentiellement en alternance entre SU, UHCD, Samu et Smur. Le terme de « temps partagé » est préconisé. Le travail partagé constitue une excellente (voire indispensable, mais selon des modalités ou des temps qui ne sauraient être prescrits de façon générale) pratique pour le médecin urgentiste lui permettant de varier son exercice professionnel, développer et maintenir ses compétences et sa polyvalence, enrichir la culture médicale et l'expérience collective des composantes de la médecine d'urgence. Pour les structures d'urgence c'est une pratique à encourager, sans la rendre forcément systématique, certains praticiens pouvant développer des compétences pointues dans un domaine donné, notamment sur le plan de la recherche ou de l'enseignement.

En revanche, la pratique simultanée de plusieurs fonctions (ex : Service des Urgences et Smur, régulation médicale et Smur) constitue un danger pour le patient et un risque médico-judiciaire pour le praticien, la structure d'urgence et l'institution. Une telle pratique est généralement qualifiée de « mutualisation », terme que le présent document rejette. Une telle pratique doit être proscrite, sauf circonstances exceptionnelles ou structures d'urgence ayant un très faible niveau d'activité (art. D.6124-11 du CSP).

Pour les équipes uniques « Samu, Smur, Urgences » (équipes improprement qualifiées de « mutualisées »), rien ne saurait justifier qu'une décote soit opérée sur le calcul des effectifs, comme cela a pu se faire sur certains sites. Les besoins des équipes uniques sont, en effet, les mêmes que ceux des équipes cloisonnées, car, à un moment donné, un professionnel donné n'assume qu'une seule fonction. En outre, il convient d'encourager les équipes uniques et pas d'en dissuader la constitution.

### 3. Effectifs non médicaux nécessaires

#### 3.1 Catégories de personnels non médicaux

**Tableau 5 :** Catégories de personnels non médicaux des structures d'urgence

Catégories	Samu	Smur	SU	UHCD
<b>Agents administratifs</b> : secrétaires (3.4.9)	<b>X1</b>	<b>X</b>	<b>X2</b>	
<b>Agents de service hospitalier</b> (3.4.7) <b>Techniciens de surface</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Aide soignants</b> (0) - fonction de brancardier			<b>X</b> <b>X</b>	<b>X</b> <b>X</b>
<b>Assistants médico-administratifs</b> - assistants de régulation médicale (3.4.1) - secrétaires médicales (0)	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Assistant du service social</b> (3.4.11)	<b>X</b>		<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Cadres de santé</b> (3.4.5) - fonction Gestionnaire de flux	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b> <b>X</b>	<b>X</b>
<b>Conducteurs ambulanciers, pilotes</b> (3.4.3)		<b>X</b>		
<b>Coordonnateur ambulancier</b> (3.4.15)	<b>X</b>			
<b>Gestionnaires de lit d'aval</b> (3.4.8)			<b>X</b>	
<b>Infirmiers</b> (3.4.3 ; 3.4.4) - fonction d'infirmiers organisateur de l'accueil (IOA) - fonction d'infirmiers gypsothérapeutes		<b>X</b>	<b>X</b> <b>X</b> <b>X</b>	<b>X</b>
<b>Logisticiens</b> (3.4.13)		<b>X</b>	<b>X</b>	
<b>Psychologues</b> (3.4.12)			<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Superviseurs de centre d'appels</b> (0)	<b>X</b>			
<b>Techniciens et informaticiens</b> (3.4.14)	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

X : structure d'urgence dans laquelle la catégorie de personnel non médical est présente

X1 : incluant la fonction de documentaliste ; X2 : y compris admissionnistes

Ces recommandations n'abordent pas la problématique de la sécurité et ne détaillent pas les effectifs d'agents de sécurité au sein ou à proximité du SU. La sécurité est néanmoins un élément indispensable à prendre en compte en fonction de l'environnement de la structure d'urgence.

### **3.2 Temps de travail des personnels non médicaux**

Le temps de travail est en principe organisé en 7h30. L'organisation de ce temps de travail doit se faire en considérant :

- le code du travail,
- la pénibilité du travail dans les structures d'urgence,
- l'adaptation des ressources présentes aux flux d'activité,
- les contraintes de la transmission et des relèves (il est conseillé d'organiser les relèves des différentes catégories de personnel non médical du Smur aux mêmes horaires),
- le souhait des agents.

Le respect des règles générales en termes de temps de travail et de repos de sécurité est un axe de progrès fondamental.

### **3.3 Activités complémentaires, entraide et temps partagé**

Compte tenu de la fluctuation de la charge de travail en urgence, les personnels effectuent les tâches complémentaires sur des périodes d'activité moins intense (maintenance de l'outil de travail, entretien des matériels, hygiène, commande, gestion prévisionnel, pharmacies, formation du personnel présent, tutorat et compagnonnage, participation à la recherche clinique, ...).

L'entraide au sein des différentes structures d'urgence doit pouvoir amener à prévoir des périodes d'activités partagées, organisées en fonction du niveau d'activité, des contraintes architecturales et de la disponibilité du personnel. Ces dispositions ne doivent pas entraver la qualité de la fonction première du personnel concerné.

Les effectifs alloués et l'organisation mise en place doivent permettre à tout moment une disponibilité suffisante pour la prise en charge sans délai des patients les plus graves (départ Smur, accueil SAUV).

### **3.4 Effectifs non médicaux en fonction de l'activité de la structure d'urgence**

Les chapitres et tableaux ci-dessous considèrent une structure d'urgence « type », sans variation significative. Les variations propres à chaque structure seront autant de facteurs de pondération.

### 3.4.1 Assistants de régulation médicale du Samu

L'effectif d'Assistants de Régulation Médicale (ARM) est en premier lieu calibré par la charge de travail prévue (taux de charge – cf. Encadré 2), c'est-à-dire le temps passé au téléphone en ligne, exprimé sous forme d'un taux d'occupation. Le taux cible est compris entre 20 et 40% du temps logué en téléphonie, alias TOL (taux d'occupation en ligne). Le nombre d'appels inclut tous les appels reçus ou émis au sein des locaux du Samu Centre 15. Le dénombrement des appels concerne toutes les lignes téléphoniques et inclut ceux concernant la PDSA s'ils sont reçus au sein des locaux du Samu Centre 15.

L'évaluation et la planification de l'activité du Samu Centre 15 implique de s'appuyer sur la connaissance de son activité (historisation des données), de piloter d'autres indicateurs d'activité et de performance, utiles à la prise de décision : le « taux de charge agent », le taux d'efficacité et la qualité de service, la durée moyenne de traitement de l'appel (DMT), le nombre d'Appels Entrants (AE), le nombre d'Appels Entrants Répondus (AER) (cf. Encadré 1) par exemple.

Le nombre d'ETP par front de travail H24 doit être calibré à 6 (cf. Encadré 3). Un ARM peut traiter 7,2 AE/h avec un TOL de 30% (cf. Encadré 4).

En cas de fonctionnement discontinu (cf. recommandations de la HAS), les moyens sont alloués sur les mêmes bases, au prorata du temps de fonctionnement.

**Tableau 6 : Nombre d'Assistants de Régulation Médicale nécessaires au fonctionnement d'un Samu**

Samu (X AE/an)	Nbre d'ARM H24	Nbre d'ETP ARM
<b>X &lt; 63.000</b>	1	<b>6</b>
<b>X ≥ 63.000</b>	<b>≥ 1</b>	<b>7 + (X-63.000)/10.500</b>

Si le nombre X d'appels entrants (AE) n'est pas connu, il peut être grossièrement approché en fonction du nombre Z de DRM qui est alors multiplié par un coefficient de correction.

Samu (Z DRM/an)	Nbre d'ARM H24	Nbre d'ETP ARM
<b>Z &lt; 30.738</b>	1	<b>6</b>
<b>Z ≥ 30.738</b>	<b>≥ 1</b>	<b>7 + (Z-30.738)/5.123</b>

*selon exemple d'estimation du rapport AE/DRM = 2,44 observé en région Pays de Loire en 2010*

Le nombre d'appels entrants répondus (AER) doit être connu. Il doit s'approcher du nombre d'appels entrants (AE), déduction faite des appels raccrochés avant 15 secondes. En cas de discordance significative, il faudra s'interroger sur la qualité des organisations professionnelles (sous effectif, manque d'optimisation, ...) et des outils de téléphonie avancée mis en place (défaut de paramétrage, insuffisance fonctionnelle, ...).

### Encadré 2 – Définitions des « appels »

Appel Entrant (AE) : appel téléphonique entrant

- initié par un correspondant extérieur
- vers le Samu-Centre 15
- aboutissant à son autocommutateur.

L'AE peut être soit répondu, rejeté ou perdu.

Appel Entrant Répondu (AER) : appel téléphonique entrant

- présenté
- pris en charge par une personne physique
- après avoir ou non été traité par un Serveur Vocal Interactif (SVI).

Appel Sortant (AS) : appel téléphonique initié à partir d'un poste du Samu-Centre 15 quelque soit la ligne utilisée.

### Encadré 1 – Définition du « taux de charge »

Le taux de charge représente le temps en communication d'un agent rapporté au temps de « log » ou de connexion au système de téléphonie. Il caractérise la disponibilité de l'ARM pour faire face à un appel urgent. Lorsque ce taux est supérieur à 40%, l'activité est soutenue, la disponibilité des ARM et des médecins régulateurs est moindre, la qualité de service se dégrade et le taux d'abandon se majore. Lorsqu'il est inférieur à 20%, un risque de sous occupation existe et il devient utile de développer des activités autres pour optimiser l'usage des ressources humaines (par exemple, des activités asynchrones ou ne nécessitant pas une mise en œuvre immédiate comme le suivi des régulations médicales).

**Réf.** Guide des bonnes pratiques organisationnelles des Centres 15. <http://www.meah.sante.gouv.fr>

### Encadré 3 – Nombre d'ETP par front H24

- travail de jour : 37,5h/sem/ETP – 6h30 21h30 (15h) :  $15 \times 7 \times 52 = 5460\text{h/sem}$   
→ 145,6 sem/an = 3,1 ETP
- travail de nuit : 33h/semaine/ETP – 21h 7h (10) :  $7 \times 10 \times 52 = 3640\text{h/sem}$   
→ 110,3 sem/an = 2,35 ETP

soit 5,45 ETP, arrondi à **6 ETP par front H24**

(pour inclure les temps de formation, des arrêts de travail et les renforts sur périodes de forte activité)

### Encadré 4 – Temps de traitement et effectifs

Le temps de traitement moyen idéal d'un appel peut être estimé à 1,5 min par AE et à 3 min par AS. On observe en général 1 AS pour 3 AE (statistiques 2010/2011 du Samu 44). Pour un TOL compris entre 20 et 40%, l'ARM passe donc 12 à 24 minutes de communication (soit une moyenne à 18') par heure. Pour 3 AE et 1 AS, 7'30" sont utilisées en moyenne.

Un front de travail H24 totalise 8.760 heures par an (24h\*365j) : 63.000 AE pourront donc être traités par un front de travail H24 (7,2\*8760), soit 10 500 appels/ARM/an.

- 63.000 AE pour le forfait de base (1 front H24)
- 10.500 AE pour 1 ETP supplémentaire

La durée moyenne de traitement de l'appel (DMT) réunit la durée moyenne de communication (DMC) et le « wrap-up ».

### 3.4.2 Coordonnateurs ou superviseurs du centre d'appels du Samu

Le déploiement du poste de superviseur contribue à garantir un management opérationnel conforme aux recommandations des Sociétés Savantes et de l'ANAP, assurer une meilleure adéquation des ressources à la charge de travail et une meilleure performance dans l'usage des outils du centre de régulation médicale. Il optimise le fonctionnement du Samu Centre 15, améliore les conditions de travail des ARM et des médecins régulateurs et sécurise la prise en charge des appelants au Samu Centre 15. La formation et le coaching des personnels participant au maintien des compétences dans le cadre d'une démarche qualité.

Tout Samu Centre 15 assurant la régulation médicale de plus de **120 000 DRM** doit être doté au minimum de **3 ETP de superviseur**. Cet effectif est majoré à 4 ETP à partir de 250.000 DRM puis 6 ETP au-delà de 300.000 DRM. Il ne semble pas utile actuellement de prévoir la présence d'un superviseur en période de nuit profonde. Un modèle de fiche de poste a été publié en 2009. [Penverne Y et al. Jeur, doi:10.1016]

#### **Références**

- Samu de France, SFAR. Réception et régulation des appels pour les urgences médicales en dehors de l'hôpital. Conférence d'Experts. 2006.
- Organisation des Centres 15 : « chaque appel compte, chaque seconde compte ». Mission d'Audit d'Expertise et d'Audit Hospitalier (MeaH). 2008
- Penverne Y, et al. Samu Centre 15 : de nouveaux métiers et nouvelles pratiques. Un centre de réception et de régulation des appels ou de relation patient ? Qualité performance et pilotage. Urgences 2009
- Penverne Y, et al. Management et coaching : perspective d'avenir dans les Samu Centre 15 ? Jeur, doi:10.1016/j.jeur.2009.12.001
- Penverne Y, et al. Régulation médicale des situations à risque. Urgences 2011

### 3.4.3 Infirmiers, conducteurs ambulanciers et pilotes du Smur

Le nombre d'infirmiers et de conducteurs ambulanciers du Smur est calibré pour garantir la présence d'un infirmier et d'un ambulancier dans chaque équipe Smur terrestre. Le nombre de pilotes d'HéliSmur respecte la réglementation et les conventions collectives.

**Tableau 7 : Nombre d'infirmiers DE (IDE) et de conducteurs ambulanciers (CCA) nécessaires au fonctionnement des Smur** en fonction du nombre d'interventions primaires ou secondaires effectuées en Smur (hors transports infirmiers inter hospitaliers). Ceci comprend le fonctionnement des HéliSmur régionaux.

Smur (Nbre d'interventions/ans)	Nbre d'IDE et de CCA H24	Nbre d'ETP IDE et CCA
<b>&lt; 1 500 (urbain*) &lt; 1 200 (mixte**)</b>	1	<b>6</b>
<b>1500 à 3000 (urbain) 1200 à 3000 (mixte)</b>	2	<b>12</b>
<b>3 000 – 4 500</b>	3	<b>18</b>
<b>4 500 – 6 000</b>	4	<b>24</b>
<b>6 000 – 9 000</b>	5	<b>30</b>
<b>9 000 – 12 000</b>	6	<b>36</b>

\* urbain : plusieurs bases Smur se trouvent dans une même zone urbaine (exemple : Paris)

\*\* mixte : une seule base Smur se trouve dans la zone urbaine et/ou rurale (exemple : St Nazaire)

### 3.4.4 Infirmiers des Services des Urgences

Le nombre d'ETP IDE est fonction du nombre de passages. Il englobe les fonctions d'IOA, IDE en Sauv (une IDE pour 4 malades au maximum) et de gypsothérapeutes. Il appartient à l'encadrement du service d'adapter la répartition des IDE en fonction de l'activité des différents secteurs ou filières du service (circuit court, circuit long, Sauv).

**Tableau 8** : Nombre d'IDE pour les Service des Urgences (hors UHCD)

Nbre de passages/an	Nbre IDE H24*	Nbre d'IOA H24	Nbre d'IDE SAUV	Nbre d'IDE Gypso	Nbre d'ETP
<b>&lt; 10 000</b>	1	0	0	0	<b>6</b>
<b>10 – 17 500</b>	2	0,5	0,5	0	<b>18</b>
<b>17,5 – 25 000</b>	3	0,5	0,5	0,5	<b>27</b>
<b>25 – 35 000</b>	4	1	1	0,5	<b>39</b>
<b>35 – 45 000</b>	5	1	1	1	<b>48</b>
<b>45 – 55 000</b>	6	1,5	1,5	1	<b>60</b>
<b>55 – 65 000</b>	7	1,5	1,5	1	<b>66</b>
<b>65 – 75 000</b>	8	2	2	1	<b>78</b>
<b>75 – 85 000</b>	9	2	2	1,5	<b>87</b>
<b>85 – 95 000</b>	10	2,5	2,5	1,5	<b>99</b>

### 3.4.5 Cadres de Santé des structures d'urgence

#### - Samu

Chaque Centre de Réception et de Régulation des Appels du Samu doit être doté d'un ETP.

#### - Smur

Chaque Smur doit être doté :

- o d'un ETP pour les Smur ayant une forte activité (>3000 interventions) ;
- o de 0,5 ETP sinon

#### - SU

Aux « heures ouvrables » la présence continue d'un cadre de santé est indispensable ; ces « heures ouvrables » ne sont pas les heures administratives ; elles sont à considérer en fonction de l'activité.

En dehors des « heures ouvrables », la permanence d'un cadre de santé est nécessaire, soit au SU, soit partagée avec l'établissement jusqu'à 45 000 passages. Au-delà, cette permanence doit être propre au SU.

La fonction « Gestionnaires de flux » à l'intérieur du SU fait partie intégrante des responsabilités des cadres de santé de ces structures. La fonction de « gestionnaire des lits » en aval des urgences doit être prévue au sein de l'établissement.

**Tableau 9 : Nombre de cadre de santé au Service des Urgences**

Nbre de passages/an	Nbre de cadres le jour	Nbre de cadres la nuit	Nbre d'ETP
< 10 000	0,5	0	1,5
10 – 20 000	1	0	3
20 – 30 000	1,5	0,5	6
30 – 40 000	2	0,5	7,5
40 – 50 000	2	1	9
50 – 60 000	2,5	1	10,5
60 – 70 000	2,5	1	10,5
70 – 80 000	3	1,5	13,5
80 – 90 000	3	1,5	13,5
90 – 100 000	3,5	1,5	15

### 3.4.6 Aide soignants des services des urgences (SU)

Le nombre d'ETP d'aides-soignants (AS) pour un SU est fonction du nombre de passages. Il englobe les fonctions associées à l'IOA et au « circuit court », en Sauv et nécessaires au brancardage. Il appartient à l'encadrement du service d'adapter la répartition des AS en fonction de l'activité des différents secteurs ou filières du service (circuit court, circuit long, Sauv, brancardage) au fil du nycthémère.

**Tableau 10 : Nombre d'aide soignants au Service des Urgences**

Nbre de passages/an	Nbre d'AS H24	Nbre d'AS avec IOA et circuit court - H24	Nbre d'AS SAUV H24	Nbre d'AS brancardage H24	Nbre d'ETP
<b>&lt; 10 000</b>	1	0	0	0	<b>6</b>
<b>10 – 17 500</b>	1	0,5	0,5	0,5	<b>15</b>
<b>17,5 – 25 000</b>	2	0,5	0,5	1	<b>24</b>
<b>25 – 35 000</b>	2	1	1	1,5	<b>33</b>
<b>35 – 45 000</b>	3	1	1	2	<b>42</b>
<b>45 – 55 000</b>	3	1,5	1,5	2,5	<b>51</b>
<b>55 – 65 000</b>	4	1,5	1,5	3	<b>60</b>
<b>65 – 75 000</b>	4	2	2	3,5	<b>69</b>
<b>75 – 85 000</b>	5	2	2	4	<b>78</b>
<b>85 – 95 000</b>	5	2,5	2,5	4,5	<b>87</b>

### 3.4.7 Agents de service des structures d'urgence et techniciens de surface

Ils doivent être présents en quantité suffisante pour garantir la propreté des locaux (couloirs, bureaux, salle de garde, chambre de garde) et la gestion de la lingerie. L'effectif est donc proportionnel aux surfaces et volumes des locaux. Il est de 1 ETP par tranche de 250m<sup>2</sup> à entretenir.

Un ETP supplémentaire (par tranche de 35.000 passages ou pour un Smur réalisant plus de 1.500 interventions) est nécessaire pour assurer le rôle d'officière (repas des patient, supervision de repas de garde).

Certaines fonctions peuvent être partagées avec les aides-soignants ou mixées avec l'UHCD selon les volumes d'activité respectifs des deux secteurs de soins.

### **3.4.8 Gestionnaire de lits**

La fonction « gestionnaire de lits » est une fonction dédiée de l'établissement de santé. Celle-ci doit être organisée en lien avec le SU mais en dehors de cette structure, notamment pour optimiser l'aval intra hospitalier des malades des urgences relevant d'une hospitalisation. Elle peut idéalement intégrer une ou plusieurs « cellules d'ordonnancement » de l'établissement.

Cette fonction a pour objet de mettre à disposition des médecins de l'établissement de santé les ressources en lits disponibles et de contribuer à la fluidité des admissions dans le secteur MCO et du secteur MCO vers les lits de SSR voire de long séjour. Cette fonction doit avoir un rôle majeur dans le dispositif « hôpital en tension ».

Le profil professionnel des gestionnaires de lits est fonction des ressources disponibles et/ou mises à disposition au sein de chaque établissement de santé (médecin, cadre infirmier et/ou infirmier).

Ce personnel ne doit pas être affecté aux urgences, cette fonction n'étant pas de la responsabilité de la structure d'urgence, mais de l'établissement lui-même. Des études internationales ayant montré l'efficacité de ce type d'organisation, une direction bicéphale médico-administrative ayant délégation d'autorité est recommandée.

Les horaires de présence à privilégier sont de 9 heures à 22 heures du lundi au vendredi et de 11 heures à 19 heures les samedis et dimanches. Dans les établissements de forte taille, une présence H24 est nécessaire.

### **3.4.9 Secrétariat administratifs**

#### **- Samu**

Chaque Samu doit être doté de 0,5 ETP de secrétariat administratif pour 50 000 DRM. La fiche de poste inclura la fonction de documentaliste.

#### **- Smur**

Chaque Smur doit être doté de :

- un ETP de secrétariat administratif pour les Smur sans Samu ayant une activité supérieure à 3.000 interventions par an ;
- 0,5 ETP de secrétariat administratif pour les autres Smur sans Samu.

#### **- SU**

Le nombre de secrétaires varie selon le nombre d'admissions. Cet effectif remplit les fonctions de secrétariat administratif, d'admissionnistes et d'agents d'accueil.

**Tableau 12 : Nombre de secrétaires au Service des Urgences**

Nbre de passages/an	Nbre le jour	Nbre la nuit	Nbre d'ETP
<b>&lt; 10 000</b>	1	0	<b>3</b>
<b>10 – 20 000</b>	2	0	<b>6</b>
<b>20 – 30 000</b>	2	1	<b>9</b>
<b>30 – 40 000</b>	3	1	<b>12</b>
<b>40 – 50 000</b>	3	2	<b>15</b>
<b>50 – 60 000</b>	4	2	<b>18</b>
<b>60 – 80 000</b>	5	3	<b>24</b>
<b>80 – 100 000</b>	6	4	<b>30</b>

#### **3.4.10 Secrétariat médical**

Le SU est doté d'un ETP de secrétaire médicale par tranche de 15.000 passages. Une modulation doit être apportée en fonction des activités institutionnelles et diverses. Le temps de secrétariat sera alors majoré d'un ETP (ou plus si nécessaire).

#### **3.4.11 Assistant du service social**

Chaque Samu doit être doté de 0,25 ETP pour 100.000 DRM

Chaque SU doit être doté de 0,5 ETP d'assistant du service social (ASS) pour 15.000 passages annuels. Ces ETP doivent être partagés avec d'autres entités fonctionnelles de l'établissement de soins (pôle urgences, UHCD, médecine polyvalente d'urgence, PASS, secteur pénitentiaire, équipe mobile gériatrique, ...).

Cette recommandation est à pondérer selon le niveau social et l'âge de la population qui fréquente habituellement le SU.

#### **3.4.12 Psychologues**

Toute structure d'urgence doit pouvoir recourir en cas de besoin aux psychologues employés par l'établissement de soins.

### 3.4.13 Logisticiens

Les Samu Smur ayant un PSM2 et les Smur ayant une activité supérieure à 3.000 interventions par an doivent être dotés d'un ETP de logisticien. Les Smur ayant à gérer un PSM1 seront dotés de 0,5 ETP. Les logisticiens ont également une fonction de « chef de garage ».

Les SU et UHCD doivent être dotés de 0,5 ETP de logisticien quand leur activité est supérieure à 30.000 passages par an, puis de 0,5 ETP par tranche de 30.000 passages supplémentaires.

### 3.4.14 Techniciens et informaticiens

- Chaque Samu doit être doté de 0,5 ETP.
- Chaque Smur doit être dotée de 0,25 ETP.
- Chaque SU doit être doté de 0,25 ETP.
- Ce personnel est intégré à la DSI de l'établissement.

### 3.4.15 Coordonnateur ambulancier

Il est nécessaire de se reporter au Référentiel commun sur l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière » pour organiser cette fonction au sein du Samu.

**Réf.** Comité des transports sanitaires (2009). Organisation de la réponse ambulancière a l'urgence pré-hospitalière. Référentiel commun. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel\\_SAMU-TS.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_SAMU-TS.pdf)

## 3.5 Effectifs non médicaux de l'UHCD

L'unité d'Hospitalisation de courte durée doit être dotée des moyens humains suivants :

- Cadres de santé : 1 ETP pour 8 lits
- Infirmiers : 1 IDE 24/7 pour 8 lits, soit 6 ETP pour 8 lits
- Aides soignants : 1 AS 24/7 pour 8 lits, soit 6 ETP pour 8 lits
- Secrétariat médical : 0,5 ETP si moins de 8 lits ; 1 ETP pour 8 à 16 lits ; 1,5 ETP au-delà
- Psychologues : ils sont inclus dans les effectifs des autres structures de l'établissement
- Agents de service hospitalier, techniciens de surface : ils doivent être présents en quantité suffisante pour garantir la propreté des locaux. L'effectif est donc proportionnel aux surfaces et volumes des locaux. Il est de 1 ETP par tranche de 250m<sup>2</sup> à entretenir
- Techniciens et informaticiens : ils sont intégrés à la DSI de l'établissement et valorisés à hauteur de 0,1 ETP