

Synthèse du témoignage de Fabien – IDE du Collectif Inter Urgences (CIU)

A partir de l'entretien mené et retravaillé par Béatrice Barthe le 9 septembre 2020, complété par Fabien le 23 septembre 2020 puis validé le 2 octobre 2020

Fabien se présente

Fabien est IDE depuis 2008 (35 ans)

Il travaille en 2x12h aux urgences de l'hôpital de Saint Nazaire (Loire Atlantique). Urgences avec compétences SMUR

Depuis 2014 : temps partagé aux urgences (80%) et la PASS (20%) (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) = service de consultation médico-social qui s'occupe des patients qui n'ont pas de droit (français sans complémentaire, migrants).

La PASS était rattachée aux urgences avant (1998).

Fabien est membre du collectif Inter urgences

A noter que Fabien travaille dans une région faiblement impactée par la crise COVID : « même si on a dû revoir l'organisation des lieux dans mon service des urgences, il n'y a aucune comparaison avec la région parisienne et le grand est ».

Fabien présente le Collectif Inter Urgences (CIU)

Le Collectif est né à la suite de l'agression d'une AS à Paris (Saint Antoine) en mars 2019

Hôpital en grève, rapprochement avec d'autres services d'urgences

Fabien rejoint le collectif qui se constitue début Mai 2019

AG Mai 2019 : naissance d'une association loi 1901 « Collectif Inter Urgences »
<https://www.interurgences.fr/>

Cette association se bat pour « des lits, des effectifs et des salaires décents ».

(1) Des lits d'hospitalisation insuffisants

Multiplication des « hospitalisations brancards » dans les services des urgences = du fait du manque des lits dans les établissements, dans les services où devraient aller les patients, les patients restent en attente aux urgences, sur des brancards.

Propositions du CIU

➔ Travailler sur le flux des patients entre les services et les établissements c'est-à-dire « fluidifier » le parcours de soins des patients entre la ville, les urgences, les services d'hospitalisation, les SSR, les EHPAD...

➔ Revoir le financement des hôpitaux : le financement de l'activité hospitalière n'est prévu aujourd'hui que pour les soins programmés. Il n'y a plus de place pour les soins non-programmés que ce soit à l'hôpital ou en ville puisque la doctrine valorise l'acte (T2A, loi HPST 2007)

(2) Des soignants en nombre insuffisant

Pas de normalisation du nombre de soignants par effectifs sauf dans certains services (en réanimation, en soins intensifs et en néonatalogie).

Nombre insuffisant de soignants pour soigner les patients dans les services des urgences. Pour le cure c'est OK il y a les moyens techniques mais pour le Care ce n'est pas possible, pas de temps pour prendre soin des patients ... pas de moyens temporels.

Propositions du CIU

➔ Augmenter les effectifs, normaliser les effectifs.

(3) Une revalorisation salariale nécessaire

Salaire de début de carrière d'IDE (bac + 3) : 1400€/1500€ net

Avant le Ségur, le salaire moyen des IDE dans les pays de l'OCDE est à la 29^e place sur 32. Le salaire moyen des IDE est inférieur de 5% au salaire moyen en France malgré le travail la nuit et les week-ends.

Un turn over important des soignants dans les services des urgences : la réalité est bien différente des attentes des personnels soignants lors de leur formation. Ainsi les établissements ont du mal à fidéliser les soignants

Propositions du CIU

➔ Augmenter les salaires

Atelier 3 - L'hôpital public et la Santé dans la Cité

Synthèse de l'entretien de Fabien mené sur son expérience dans les urgences

1. Constat : les urgences sont saturées

Depuis des années, le nombre de patients arrivant aux urgences est croissant, il a doublé en 20 ans, notamment depuis l'arrêt de la permanence des soins des médecins généralistes libéraux en 2002, mais pas seulement.

2. Pourquoi ?

Parce que la capacité de réponse à la demande de soins non programmés de la médecine de ville et du reste de la médecine de ville : généralistes, spécialistes, radiologues) est insuffisante.

Selon Fabien, il y a plusieurs déterminants qui questionnent la place de l'hôpital et plus particulièrement des Urgences dans la Cité et qui pourraient du coup fournir des leviers d'actions pour désengorger les services d'urgences, améliorer la prise en charge des patients aux urgences et améliorer le sentiment de « faire bien son travail » des soignants.

(1) La capacité de réponse à la demande de soins non programmés de la médecine de ville est insuffisante.

En effet, aujourd'hui, il n'est plus possible pour les nouveaux résidents de trouver un médecin généraliste en arrivant dans ma région (Pays de la Loire).

Pour plusieurs raisons : le nombre de médecins a diminué, leur âge a avancé, la profession s'est féminisée, le temps de travail des médecins a diminué (actuellement 54h/semaine, 5,7 jours de travail / semaine)

Ce n'est pas comme avant.

Avant, le médecin de famille était disponible quasiment jour et nuit, faisant 12h ou 14h par jour, chez lequel on pouvait aller pour suturer une plaie ou avoir un avis avant d'aller à l'hôpital, même sans rendez-vous. « Plus que la réalité de ces faits, il y a aussi une part d'imaginaire collectif autour de « c'était mieux avant »

Il y a également une difficulté d'accès aux médecins spécialistes : par exemple, lorsqu'un trouble du rythme cardiaque mineur est détecté par le médecin généraliste, comme il ne trouve plus de cardiologue en ville, alors il envoie le patient aux urgences

(2) La capacité de réponse à la demande d'examens non programmés est également insuffisante.

Nous accueillons alors des patients aux urgences qui devraient être pris en charge autrement et par d'autres structures. Par exemple : les traumatologies périphériques (entorse cheville, poignet) étaient prises en charge avant par la médecine de ville + et le centre de radiologie dans les 24h,

Autre exemple : un patient qui a un début d'appendicite et qui a été voir un médecin doit aller faire une échographie abdominale, mais comme les délais de cet examen sont de 2 ou 3 semaines, ce qui n'est pas en adéquation avec la pathologie, alors ces patients-là viennent aux urgences

Comme les médecins généralistes, et le reste de la médecine libérale (radiologie, spécialistes médicaux – cardiologues, pneumologues, diabétologues...) n'ont pas de possibilité de recevoir des consultations non-programmées, le recours restant est souvent les urgences.

3. Cette augmentation des patients accueillis et la typologie des patients accueillis a un impact direct sur le travail des soignants. Le Cure est encore possible, le Care n'est plus possible

Non seulement le nombre de patients aux urgences est de plus en plus important, mais le travail de soins que l'on doit accomplir, nous soignants, auprès d'eux, nécessite plus de temps, plus de moyens aussi parce que la typologie des patients a changé :

Les patients qui viennent aux urgences ont, plus que par le passé, des polypathologies.

La surveillance de ces patients à caractère polypathologique nécessite alors plus de temps : parce que la surveillance doit être accrue, parce que les examens à leur faire passer sont multiples...

➔ on doit alors prendre en compte plus d'éléments auprès de ces patients pour faire correctement notre travail.

De plus, lorsque le patient arrive aux urgences, on l'installe à deux, puis le patient va rester longtemps aux urgences sur un brancard (plus de 4h/6h) il souhaite alors faire pipi, il a soif... nous on leur dit «oui je reviens, je reviens.... », non seulement cela nous interrompt dans nos tâches et en plus on n'arrive pas à répondre pas à ses demandes. Pas assez de personnel pour pouvoir le faire...

On ne fait pas le Care, on n'en a plus les moyens.... Or c'est notre job. On a l'impression de ne pas être entendu

Le Care n'est pas reconnu, alors que c'est un élément essentiel de prise en charge des patients, notamment aux urgences.

Les moyens du Cure sont extrêmement valorisés. Aux urgences, il y a une obligation de moyens, donc on a accès à tout ce plateau technique, par contre, sur le Care, nous avons besoin de temps pour parler aux patients qui attendent, répondre à leurs besoins les plus naturels, les rassurer, et ce travail-là, qui est aussi le nôtre, n'est pas valorisé.

4. Un point sur le rôle de l'hôpital public (en lien avec la typologie des patients)

L'hôpital public, est prévu pour un éventail large d'accueil de population : amplitude technique et de compétences.

Il y a un accueil de technologie de pointe mais c'est aussi le réceptacle de la « misère sociale », les personnes abîmées de la vie, les personnes égarées, les patients avec des difficultés sociales qui peuvent arriver à partir d'alcoolisation ou des suites des alcoolisation (fractures, traumatismes crâniens) sont des patients pour les urgences.

Le rôle de l'hôpital public est d'accueillir ce type de patients.

Le retour de soins non programmé ne peut se faire qu'aux urgences.

Propositions de Fabien : Les patients qui ne sont pas dans des brancards devraient relever de médecine de ville non programmées, les autres typologies de patients évoquées plus haut devraient prise à charge par d'autres spécialistes et d'autres structures dans la Cité.