



## Ministère des affaires sociales et de la santé

Direction générale de l'offre de soins  
Sous-direction de la régulation de l'offre de soins  
Bureau Premier Recours (R2)

Personne chargée du dossier : Delphine VALLET  
Tel : 01 40 56 43 98  
Fax : 01 40 56 59 89  
[Delphine.vallet@sante.gouv.fr](mailto:Delphine.vallet@sante.gouv.fr)

La ministre des affaires sociales et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des  
agences régionales de santé

### **INSTRUCTION N° DGOS/R2/2013/261 du 27 juin 2013 relative aux plans d'actions régionaux sur les urgences**

NOR : AFSH1316856J

Classement thématique : Etablissements de santé

**Validée par le CNP le 21 juin 2013 - Visa CNP 2013-156**

**Catégorie :** Directives adressées par la ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

**Résumé :** Les urgences hospitalières constituent un sujet d'attention majeur pour lequel une feuille de route a été définie autour de trois volets : l'accès aux soins urgents, le traitement de la saturation des urgences, l'anticipation des situations de tension. La construction d'outils de pilotage et de suivi de l'activité vient soutenir l'ensemble de la démarche.

Les ARS sont les acteurs de la mise en œuvre des trois premiers axes de cette feuille de route nationale puisqu'il leur appartient de définir et de décliner en région les actions à mettre en place. En cela, il est demandé aux ARS de définir un plan d'action régional sur les urgences dont le contenu et les livrables attendus sont précisés dans cette instruction.

**Mots-clés :** temps d'accès ; accès soins urgents ; structure des urgences, SMUR ; médecins correspondants du SAMU, territoires ; gestion des lits ; aval des urgences.

**Textes de référence :**

Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence

Circulaire DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences

Instruction N°DGOS/R2/2012/267 du 3 juillet 2012 relative au temps d'accès en moins de trente minutes à des soins urgents.

**Annexes :**

Annexe 1 : Feuille de route nationale sur les urgences

Annexe 2 : volet 1 du plan d'action : « Accessibilité à des soins urgents

Annexe 3 : volet 2 du plan d'action : « Traitement de la saturation des urgences »

Annexe 4 : volet 3 du plan d'action « Anticipation des situations de tension »

Annexe 5 : Recommandations CNUH-SFMU « Comment améliorer les flux au sein des services des urgences », Janvier 2013.

La ministre s'est engagée, dès l'automne 2012, à placer les urgences hospitalières au cœur de ses actions et à mobiliser pour cela l'ensemble des partenaires. Les ARS sont en première ligne de ces actions, à la fois pour décliner opérationnellement les priorités définies mais également pour mettre en place les réponses les plus adaptées aux besoins de leurs territoires.

**Il vous est demandé, pour le 1<sup>er</sup> octobre 2013, de produire un plan d'action sur les urgences dont les axes de réflexion et les livrables sont précisés par la présente instruction.**

**Les éléments sont à transmettre à la DGOS, à l'attention du bureau R2 « Premier recours » à l'adresse fonctionnelle suivante : DGOS-R2@sante.gouv.fr.**

Votre plan d'action devra comporter trois volets :

- 1<sup>er</sup> volet : « accessibilité à des soins urgents » : à partir du diagnostic concerté des territoires à plus de trente minutes d'accès de soins urgents, il décrit les actions et solutions mises en place ou à mobiliser pour améliorer l'accès de la population à des soins urgents;
- 2<sup>ème</sup> volet : « traitement de la saturation des urgences » : il identifie les actions mises en place ou à venir pour améliorer la gestion des flux au sein de l'établissement tout entier et ainsi contribuer à fluidifier l'aval des urgences ;
- 3<sup>ème</sup> volet « anticipation des situations de tension » : il présente les outils utilisés pour anticiper les situations de tension des services d'urgences, qu'elles soient liées à des facteurs structurels ou conjoncturels, mais qui fragilisent les conditions d'accueil et de prise en charge des patients et génèrent un sentiment de dégradation des conditions de travail chez les professionnels.

Pour chaque axe du plan, il vous est demandé les éléments et livrables suivants.

1. Éléments composant le 1<sup>er</sup> volet du plan : « accessibilité à des soins urgents »

Vous avez réalisé un état des lieux des territoires et populations à plus de trente minutes en octobre 2012. Ce diagnostic a permis de dresser un premier bilan de l'accès à de la population à des soins urgents et de faire émerger un certain nombre de solutions pouvant être mises en place pour améliorer les temps d'accès.

Un fichier reprenant les éléments de diagnostic que vous avez transmis à la DGOS en octobre 2012 vous est envoyé. Si vous avez affiné les diagnostics, notamment suite aux concertations menées, il vous est demandé d'actualiser la base de données transmise des communes à plus de trente minutes d'accès de soins urgents. Cette mise à jour (ou à défaut de modification de votre part, cette confirmation) du diagnostic de vos territoires à plus de trente minutes est essentielle pour évaluer les actions mises en place pour améliorer l'accès aux soins urgents sur vos territoires.

**A partir de ce diagnostic, et pour chaque territoire identifié à plus de trente minutes, vous identifierez les actions ou dispositifs mis en place ou en projet pour améliorer l'accès aux soins urgents de la population.**

**Vous trouverez en annexe 1 un format de remontée de ce premier volet « accessibilité à des soins urgents » du plan d'action. Un outil de suivi vous sera transmis ultérieurement pour permettre de renseigner et d'actualiser régulièrement ces données.**

Les dispositifs et solutions identifiés à ce stade pour améliorer l'accès aux soins urgents comprennent notamment :

- les médecins correspondants de SAMU<sup>1</sup> ;
- l'adaptation du maillage du territoire que ce soit par un redéploiement des implantations de médecine d'urgence ou la mise en place de nouveaux SMUR ou antenne de SMUR le cas échéant.

A l'appui de vos réflexions sur le maillage, vous pouvez mobiliser différents outils comme l'optimisation du réseau des urgences, la mise en place d'équipe de territoire, le renforcement des coopérations entre service d'urgence.

D'autres solutions peuvent bien entendu être mobilisées, en fonction de vos besoins et particularités locales.

**Vous expliquerez également dans le livrable transmis dans ce 1<sup>er</sup> volet du plan d'action comment vous prévoyez de mettre en place ces actions sur les territoires et quel plan de financement est envisagé.**

Un chiffrage précis est attendu qu'il s'agisse de besoins nouveaux ou de redéploiement de moyens. La qualité des données remontées permettra de procéder à une nouvelle délégation en fin d'année notamment pour appuyer le déploiement de MCS et les actions d'optimisation du maillage.

Par ailleurs, certains d'entre vous s'interrogent sur la place à donner aux hélicoptères dans le cadre des plans d'action relatifs à l'accès aux soins urgents en moins de trente minutes. Vous serez en effet chargés d'établir des stratégies régionales relatives aux transports hélicoptérés sans que ce sujet ne se limite ni ne réponde entièrement au plan d'action relatif à l'accès aux soins en moins de trente minutes. En effet, les limites d'utilisation des hélicoptères sanitaires n'en font pas une réponse suffisante dans le cadre de l'accès aux soins urgents.

L'évolution de la réglementation européenne et les études en cours par le ministère de l'intérieur sur l'optimisation de son parc hélicoptéré imposent que le ministère de la santé se positionne rapidement sur le sujet.

Il s'agira donc d'établir une approche régionale du transport hélicoptéré, cohérente avec la stratégie d'accès aux soins urgents et notamment les SMUR terrestres. Cette approche comprend trois volets principaux : le besoin, la régulation et le financement.

La première étape est une estimation du besoin qui permette d'appréhender le rôle de l'hélicoptère, tant en termes de volumes d'activité que de typologie d'emploi. Cette approche permettra de tirer les conclusions d'équipement s'agissant à la fois des hélicoptères mais surtout des infrastructures au sol : repérage des aires de poser et des stations hospitalières. L'efficacité du transport hélicoptéré étant fortement réduite en cas de relais ambulanciers, il est donc recommandé de rapprocher au maximum l'aire de poser de l'établissement de santé. ce paramètre est à prendre en compte lors de la priorisation des parcours de soins pour lesquels l'hélicoptère apporte une plus value importante.

De même, les contraintes temporelles d'utilisation peuvent être réduites par le recours aux outils d' « hélicoptères tout temps ». L'évaluation des besoins doit permettre la mise en place d'une stratégie cohérente à l'échelle régionale s'agissant des temps de disponibilités des hélicoptères, H12 ou H24. Cette stratégie cible permettra également de repérer les parcours qui, pour des raisons de volume d'activité ou de fort isolement géographique (s'agissant notamment des îles), pourraient justifier la mise en place de procédure de vols aux instruments permettant un fonctionnement quasi permanent. L'estimation du besoin permet donc de définir la stratégie d'implantation, les plages de disponibilités des appareils, les coopérations éventuelles avec d'autres acteurs et les principes de recours.

---

<sup>1</sup> Une instruction visant à clarifier le cadre juridique et financier des MCS vous a été adressée le 6 juin dernier. Un guide de déploiement des MCS va vous parvenir avant l'été.

En deuxième lieu, il est nécessaire de tirer les conclusions du caractère supra départemental de l'outil que constitue l'hélicoptère sanitaire du point de vue de son implantation mais également de sa régulation. La stratégie régionale doit donc permettre de définir un besoin partagé par les différents SAMU s'agissant des caractéristiques de l'hélicoptère. Il s'agit également de la mise en place de procédures de régulation permettant d'assurer la disposition effective des hélicoptères sanitaires pour l'ensemble des patients concernés, au-delà du cadre départemental, et le partage de son utilisation entre l'ensemble des équipes hospitalières.

Enfin, cette stratégie régionale doit tendre à s'incarner dans un financement cohérent, c'est-à-dire unifié et dédié à travers notamment une articulation des marchés publics permettant à terme leur unification. La mise en commun des moyens passe en effet par une expression commune et une caractérisation partagée des besoins. L'unification des marchés publics est la principale source d'efficience dans ce domaine, puisqu'elle permet d'adapter plus finement les moyens aux besoins : l'ensemble des hélicoptères ne sont par exemple pas nécessaires H24, les hélicoptères de remplacement peuvent être mutualisés... Il doit être envisagé un objectif de financement intégré et complet, couvrant pleinement les moyens matériels, sans recours aux refacturations inter-établissements dans une logique d'équipement territorial, hors coût de l'équipe médicale.

Une instruction spécifique vous sera prochainement adressée sur le sujet. Dans l'attente d'éléments de cadrage plus complets, vous pouvez d'ores et déjà :

- Bâtir une estimation du besoin à partir des expériences locales, tant géographique qu'en fonction des pathologies, préfigurant une doctrine locale d'emploi ;
- Repérer les moyens terrestres nécessaires à l'exploitation optimale des hélicoptères et les améliorations indispensables de ce réseau ;
- Relever les parcours inter-hospitaliers ou vers des zones géographiques particulièrement isolées pouvant nécessiter une sécurisation des liaisons héliportées ;
- Poser les bases d'une meilleure articulation des marchés publics par la définition à terme d'un cahier des charges commun puis unique ;
- Clarifier les sources de financement actuels ;
- Articuler votre approche avec celle des autres acteurs secours.

## 2. Éléments composant le 2<sup>ème</sup> volet du plan : « traitement de la saturation des urgences »

La gestion des flux dans l'hôpital est l'un des objectifs prioritaires du plan d'action. Elle contribue notamment à mieux gérer l'aval des urgences.

Il convient d'opérer un changement de paradigme sur la question de l'aval afin que l'ensemble de la communauté hospitalière se mobilise pour faciliter l'hospitalisation des patients, notamment ceux en provenance des urgences. Ces patients ne sont en effet pas de la seule responsabilité des services d'urgence mais de celle de l'hôpital tout entier.

Vous serez destinataires dans les prochaines semaines des recommandations de bonnes pratiques concernant l'aval des urgences qui ont été demandées par la ministre au Professeur CARLI au titre de Président du CNUH. La mobilisation de la commission des admissions, la mise en œuvre du programme hôpital plein ou encore le développement de la fonction de gestionnaire de lits constituent des exemples des actions qui peuvent être mises en place par les établissements de santé.

Par ailleurs, je vous rappelle qu'un programme d'accompagnement des établissements volontaires pour s'engager dans une démarche de gestion des lits (mise en place d'un gestionnaire de lits) a été confié à l'ANAP et lancé auprès des ARS en mai 2013<sup>2</sup>.

**Il vous est demandé d'engager immédiatement des mesures pour mobiliser les établissements sur ce chantier et de transmettre, dans le format précisé en annexe 2, les actions engagées ou envisagées pour faire face à la saturation des services d'urgence.**

Si la priorité est donnée à l'aval, les sujets de l'amont des urgences et de l'organisation interne des services sont traités par le Pacte Territoire Santé qui vise à structurer la médecine de proximité et contribue à l'amélioration de la réponse aux patients en amont des urgences.

Au sein des urgences, il est nécessaire de mobiliser et soutenir les établissements afin qu'ils travaillent sur la mise en place d'actions permettant d'améliorer l'organisation des services, les conditions de fonctionnement interne des structures des urgences, la gestion des flux, etc.

Des recommandations élaborées par le CNUH ont été formulées<sup>3</sup>. Elles listent un certain nombre d'exemples d'actions qui peuvent être mises en place au sein de l'établissement comme:

- le renforcement du rôle de l'infirmière d'accueil et d'orientation (notamment le fait d'étendre sa responsabilité à court terme à la réalisation d'actes tels que la prise en charge de la douleur et la prescription de radiographies) ;
- la mise en place de filières courtes pour les patients ne présentant pas un risque vital immédiat et n'ayant, *a priori*, pas besoin d'examen complémentaires nécessitant un délai important (>1 heure) ;
- une meilleure organisation du recours au plateau technique (accès aux résultats des examens biologiques; recours à la biologie délocalisée) pour permettre un retour au domicile rapide des patients ambulatoires.

### 3. Eléments composant le 3<sup>ème</sup> volet du plan : anticipation des situations de tension

L'objectif de ce 3<sup>ème</sup> volet est d'identifier de manière régulière les services d'urgences sous tension ou en risque de tension afin de prioriser les actions à engager rapidement.

Pour vous aider dans ce travail d'identification un outil d'analyse des risques vous sera proposé dans les semaines à venir. Il est en cours de préparation par le Professeur CARLI. Cet outil doit faciliter le repérage d'éléments susceptibles de générer des tensions dans le fonctionnement des services d'urgence.

Une attention particulière vous est demandée en prévision de la période hivernale.

**Dans la continuité du travail d'identification des services en difficulté réalisé en février 2013, il vous est demandé de mettre à jour les informations transmises en signalant les situations locales tendues (en raison du climat social, de la situation des effectifs, de l'environnement de l'activité, etc.), et en présentant les mesures prévues pour y remédier.**

**L'annexe 3 propose un format de remontée de ces informations.**

<sup>2</sup> L'appel à candidature pour participer au programme de gestion des lits est disponible sur le site de l'ANAP à l'adresse suivante : <http://www.anap.fr/actualites/appels-a-candidatures-a-projets/appel-a-candidatures-gestion-des-lits/>. Toutes les informations sont sur le site de l'ANAP [www.anap.fr](http://www.anap.fr).

<sup>3</sup> Cf. Annexe 5 Recommandations CNUH-SFMU « Comment améliorer les flux au sein des services des urgences », Janvier 2013

Je vous rappelle que l'ensemble des éléments doit être transmis, au plus tard pour le 1<sup>er</sup> octobre 2013, au bureau R2 « Premier Recours » à l'adresse fonctionnelle suivante :  
[DGOS-R2@sante.gouv.fr](mailto:DGOS-R2@sante.gouv.fr).

Pour la ministre et par délégation

**signé**

Jean DEBEAUPUIS  
Directeur général de l'offre de soins

**signé**

Denis PIVETEAU  
Secrétaire général  
des ministères chargés des affaires sociales

# Feuille de route urgences : 2013 - 2015

		Actions	Echéance
<b>VOLET 1 : Amélioration de l'accessibilité à des soins urgents</b>			
Actions nationales en soutien des ARS	1.1	Clarification du cadre juridique et financier des MCS et appui au déploiement	2 <sup>e</sup> trimestre 2013
	1.2	Clarification des conditions de mise en œuvre des équipes communes de territoire	3 <sup>e</sup> trimestre 2013
	1.3	Délégation de crédits aux ARS pour soutenir financièrement les actions du volet "accès aux soins urgents" du plan d'action	3 <sup>e</sup> trimestre 2013
	1.4	Réflexions sur l'environnement réglementaire de l'organisation territoriale des urgences	3 <sup>e</sup> trimestre 2013
	1.5	Production d'éléments de doctrine sur le transport hélicoptéré	4 <sup>e</sup> trimestre 2013
Actions ARS	1.6	Réalisation d'un diagnostic partagé localement des territoires à plus de 30 minutes d'une structure médicale d'urgences	3 <sup>e</sup> trimestre 2012
	1.7	Elaboration du volet "accès aux soins urgents" du plan d'action régional sur les urgences	1er octobre 2013
	1.8	Mise en œuvre des actions du volet "accès aux soins urgents" du plan d'action régional	2015
<b>VOLET 2 : Traitement de la saturation des urgences</b>			
Actions nationales en soutien des ARS	2.1	Pilotage du programme de gestion des lits de l'ANAP - 150 établissements bénéficiant de l'accompagnement + diffusion de documents de capitalisation	2013-2014
	2.2	Elaboration de recommandations sur la gestion de l'aval en lien avec le CNUH	3 <sup>e</sup> trimestre 2013
Actions ARS	2.3	Elaboration du volet "traitement de la saturation des urgences" du plan d'action régional sur les urgences visant notamment à améliorer l'aval des urgences en particulier en prévision de la période hivernale	1er octobre 2013
	2.3	Mise en œuvre des actions du volet "traitement de la saturation des urgences" du plan d'action régional	2015
	2.5	Mise en œuvre du Pacte Territoire Santé	2015
<b>VOLET 3 : Anticipation des situations de tension</b>			
Actions nationales en soutien des ARS	3.1	Diffusion d'un outil de diagnostic élaboré en lien avec le CNUH et permettant d'identifier les SU à risque	juil-13
	3.2	Travaux sur l'attractivité du métier d'urgentiste	2013-2014
Actions ARS	3.3	Mise en place d'un processus d'identification en routine des SU en tension	3 <sup>e</sup> trimestre 2013
	3.4	Identification des actions à mener dans les SU en tension	1er octobre 2013
<b>Outils de pilotage et de suivi de l'activité</b>			
Actions nationales en soutien des ARS	4.1	Production du cadre réglementaire rendant obligatoire la remontée des RPU	2 <sup>e</sup> trimestre 2013
	4.2	Accompagnement des ARS dans la mise en œuvre de la remontée des RPU en lien avec l'ATIH	2 <sup>e</sup> semestre 2013 - 2014
	4.3	Amélioration de la cohérence entre les règles de financement des structures de médecine d'urgence et l'organisation territoriale : refonte des financements SAMU, SMUR et SU dans le cadre du service public de territoire en lien avec les travaux du CORETAH	campagne 2014 2015
	4.4	Animation et appui des ARS dans la définition d'organisations cibles et l'analyse de la performance des SAMU-SMUR-SU	2014
	4.5	Définition et production d'indicateurs de suivi de l'activité de médecine d'urgence	2015
Actions ARS	4.6	Mise en place d'une structure régionale en charge de la gestion et de l'analyse des données d'activité des urgences (ex. : ORU...)	2013
	4.7	Organisation de la remontée des RPU	2013

VOLET 1 : Amélioration de l'accessibilité à des soins urgents

Consolidation régionale

<b>Population régionale &gt; 30 minutes</b> <small>(source : diagnostic régional, nb d'habitants)</small>		<b>Population régionale totale</b> <small>(nb d'habitants)</small>					
	<b>existant</b>		<b>prévisionnel</b>				
	01/01/2013	01/07/2013	01/01/2014	01/07/2014	01/01/2015	01/07/2015	01/01/2016
MCS (nb)							
SMUR (nb)							
Antenne SMUR (nb)							
Autre (nb)							
Nombre d'habitants >30 min impactés par les actions prévues (estimation)							
Commentaires	...						

Actions régionales

Description de l'action (ex : création de 20 MCS en territoire Y)	Echéance (MM/AA)	Nombre d'habitants >30 min impactés par cette action	Financement	
			Coût budgété de l'action (K€)	Sources du financement (redéploiements, MIG / FIR etc...)
Commentaires	...			









**Comment améliorer les flux au sein des services des  
urgences.**

**Analyse et Propositions  
D'un groupe de travail du CNUH**

**Coordinateur Pr J Schmidt**

**Janvier 2013**

## 1. Contexte

Les urgences sont devenues une préoccupation centrale des politiques, des médias, des administrateurs de la santé et des experts de l'organisation de la santé. Aujourd'hui tout le monde semble se focaliser sur le flux des patients qui se présentent aux urgences. Les patients aux urgences seraient trop nombreux, y attendraient trop longtemps, alors même que l'analyse de la littérature scientifique montre l'inanité de la notion de « patient non urgent » aux urgences (1). La mission d'un service des urgences est d'évaluer de prendre en charge toute situation médicale pour laquelle une personne, sans formation spécifique, pense que des soins médicaux immédiats sont requis. Ainsi, le caractère approprié d'un recours à une structure d'urgence est lié à l'organisation des soins et aux possibilités de programmation rapide et non pas principalement au niveau d'urgence ou de gravité. La problématique du flux aux urgences est donc à envisager dans la globalité du circuit de prise en charge du malade non programmés. En ce qui concerne la fluidité des services des urgences, plusieurs études ont montré que plus d'un service sur deux fonctionnent en suractivité, c'est-à-dire qu'il ne pouvait pas, de façon répétée, prendre en charge les malades dans les conditions optimales et sans délai d'attente prolongé. L'allongement du temps de prise en charge médicale retentit sur la qualité des soins, la satisfaction des patients et la productivité des professionnels de l'urgence (2, 3, 4) . L'incapacité des services de prendre en charge rapidement les malades n'est pas constante et les périodes de suractivités dans la journée et dans la semaine sont assez reproductibles. Les problèmes à résoudre sont multiples pour améliorer cette situation. Ils concernent l'amont des services d'urgence, leur organisation **et surtout leur aval**. Le temps de passage aux urgences est également directement corrélé au taux d'occupation des lits de l'établissement et devient particulièrement critique lorsqu'il excède 90% (5). En d'autres termes, les problèmes de fluidité des urgences ne sont que la partie visible de l'iceberg et ne font que mettre en évidence ceux de l'établissement hospitalier siège du service des urgences dans le cadre plus général du circuit des patients non programmé. L'amélioration du flux des patients admis en service d'urgences doit être un objectif institutionnel, inscrit dans le règlement intérieur de l'établissement de santé et décliné quotidiennement. Elle repose sur plusieurs axes organisationnels (accueil et tri infirmier des patients, démarche diagnostique, organisation de l'aval) et sur une architecture adaptée.

## 2. En amont du service des urgences

Vouloir diminuer le nombre de patients qui se présentent aux urgences, c'est supposer qu'il existe une alternative, en fait le plus souvent absente du fait des difficultés de la PDSA. C'est supposer que les patients peuvent trouver un accès facile à un spécialiste, ne serait-ce que pour une simple radiographie. C'est supposer qu'un médecin libéral peut faire hospitaliser facilement un patient, qu'un psychiatre a d'autres solutions que d'adresser son patient aux urgences en cas de crise.

- *Maisons de médicale de garde*

La création des maisons de médicale de garde a dans certains cas amélioré l'offre de soins de médecine ambulatoire, elle n'a pas diminué le flux aux urgences.

- *Filières d'amont*

Un certain nombre de filières de soins urgents se sont développées grâce au système de régulation médicale et de prise en charge par les SMUR des malades les plus graves (filières coronaire, AVC, traumatologie vitale...). Leur efficacité et leur pertinence est démontrée. Elle soulignent l'importance de la complémentarité fonctionnelle du système SAMU SMUR et des Services d'urgences. Au niveau pré-hospitalier, il faudrait également développer l'accompagnement médico-social des sujets âgés, des maladies chroniques pour éviter une hospitalisation par l'intermédiaire des urgences en traitant précocément une complication, avant sa décompensation. La mise en place facilitée et rapide d'une HAD en est l'un des moyens, des filières de soins spécifiques shuntant les urgences relève de l'action intelligente où tout le monde est bénéficiaire, surtout le malade.

- *Hospitalisations programmées*

Transformer une hospitalisation non régulée en passant par les urgences en une hospitalisation programmée à court terme relève de la régulation médicale des urgences et témoigne encore, si besoin était, de la nécessité que cette régulation soit médicale, hospitalière, et basée à l'hôpital.

- *EHPAD*

Une attention particulière doit être portée dans les EHPAD où le rôle du médecin coordonnateur pourrait être renforcé, notamment dans le suivi des pensionnaires.

- *Réglementation de l'accès aux services des urgences*

Il est illusoire de penser que les hospitalisations à partir des urgences puissent être diminuées dès lors qu'on en réglemente l'accès (6) en imposant, notamment, le recours au médecin traitant ou les maisons médicales de garde. C'est d'une part dangereux pour la population, mais c'est surtout inadapté puisque cela concerne essentiellement des patients qui ne nécessiteront pas d'hospitalisation ou qui n'arrivent pas à avoir facilement accès à la médecine libérale.

- *Régulation d'amont*

Si l'on part du principe d'accueillir tout patient qui se présente aux urgences d'un établissement de santé, il paraît toutefois indispensable de ne pas accueillir dans un service d'urgence les malades au profil suivant :

- Tout malade admis préalablement dans un service des urgences d'un autre établissement de santé et amené à être pris en charge dans un service de court séjour aigu et/ou au bloc opératoire et/ou en unité interventionnelle (Salle de coronarographie, radiologie interventionnelle, ...) et/ou en réanimation de l'établissement de santé requis.
- Tout malade hospitalisé préalablement dans un service de court séjour d'un autre établissement de santé et amené à être pris en charge dans un service de court séjour aigu et/ou au bloc opératoire et/ou en unité interventionnelle (Salle de coronarographie, radiologie interventionnelle, ...) et/ou en réanimation de l'établissement de santé requis.

### **3. Dans les services des urgences**

- *Tri infirmier et organisation graduée de la prise en charge en aval du tri*

Tout service des urgences doit bénéficier de l'application des recommandations des sociétés savantes et des représentations professionnelles concernant l'organisation des structures d'urgences. De fait, la présence d'une Infirmière Organisatrice de l'Accueil (IOA) doit être la règle dans toute structure d'urgences H24 / J7. La présence de l'IOA ne dispense pas pour autant les établissements de santé à appliquer les ratios de personnels médical et paramédical pour les

structures de médecine d'urgence, tels que préconisés par SUdF.

Le rôle imparti à l'IOA, assistée ou non d'un Médecin Organisateur de l'Accueil (MOA), sera d'identifier la gravité potentielle du malade (triage basé sur le risque fonctionnel et vital) et d'affecter les malades dans le secteur ad hoc de la structure d'urgence. De fait, dans tous les services d'urgences, la répartition doit se faire :

- sur la base de la gravité. Les malades réanimatoires et pré-réanimatoires seront admis en Salle d'Accueil d'Urgences Vitales ou SAUV ; les malades ne répondant pas à ces critères seront pris en charge dans les secteurs « couché » [*ie* long] ou « debout » [*ie* rapide, court, ambulatoire],
- sur la base de la temporalité. Les malades admis en SAUV doivent bénéficier d'une prise en charge immédiate (le temps est garant du pronostic) au même titre que les malades admis en secteur ambulatoire (le temps est garant du flux sortant), les malades installés en secteur couché sont pris en charge de manière médiate et pour une durée plus longue (où le temps reflète la durée de la démarche diagnostique basée sur la clinique, la biologie et l'imagerie).

Le responsabilité de l'IOA devra être étendue à court terme à la réalisation d'actes, source d'amélioration des flux, tels que la prise en charge de la douleur et la prescription de radiographies ; ce transfert de tâche sous-entend la possibilité de recourir en permanence à un médecin référent au sein du service.

- *Filière rapide de prise en charge*

Elle concerne les malades ne présentant pas un risque vital immédiat et n'ayant pas besoin d'examen complémentaires nécessitant un délai important (>1 heure). Cette prise en charge rapide des malades les moins lourds peut paraître paradoxale dans la mesure où elle accélère la prise en charge des malades qui en aurait le moins besoin. Les études ont montré que la fluidité globale du service s'améliorait profitant ainsi à l'ensemble des patients. Cette filière s'applique particulièrement à la traumatologie courante.

- *Adaptation des effectifs au flux :*

Cette adaptation passe par une connaissance précise des flux dans la journée et sur la semaine et selon les périodes de l'année. Elle concerne également l'arrivée d'un afflux important inopiné de patients. Cette adaptation nécessite une « flexibilité » du travail parfois difficile à conjuguer avec les conditions de travail déjà pénibles des personnels des urgences. Cette adaptation des personnels peut se conjuguer avec une modulation des zones de soins.

- *Démarche diagnostique*

Quel que soit le secteur d'accueil du patient au sein du service des urgences, le recours aux examens complémentaires doit être en adéquation avec la temporalité de la démarche diagnostique :

- accès aux résultats des examens biologiques dans des délais uniformes d'un établissement à l'autre ;
- le recours à la biologie délocalisée répondant aux critères réglementaire et de qualité requis, doit être mise en œuvre autant que se peut,
- pour l'imagerie , en accord avec les propositions des radiologues :
  - o accès aux examens d'imagerie conventionnelle en temps réel, moyennant des postes de radiologie dédiés aux urgences,
  - o accès aux examens d'imagerie spécialisée en temps réel pour le scanner (accès priorisé en l'absence de scanner dédié au service des urgences ou accès immédiat au scanner dédié au service des urgences selon le volume de malades pris en charge quotidiennement dans le service des urgences) ; accès priorisé à l'IRM en cas d'indication retenue.
- L'avis spécialisé « obligé » avant admission d'un malade en hospitalisation doit être banni ; il garde sa place à la demande expresse de l'urgentiste



#### 4. En aval du service des urgences

- *Engagement de l'établissement de santé*

L'hospitalisation d'un patient admis aux urgences, au sein de l'établissement de santé de rattachement, doit répondre à un engagement institutionnel fort applicable au quotidien H24 et 7J/7. Ces règles d'hospitalisation diffèrent en tout point des situations d'hôpital en tension qui relèvent de moyen de crises tels que décrits dans le guide méthodologique du *Plan Blanc*.

Au quotidien, tous les acteurs d'un établissement de santé doivent s'efforcer de :

- toujours prioriser l'admission des malades déjà hospitalisés en UHCD, libérant ainsi des malades relevant d'un séjour en UHCD,
- proposer d'admettre le malade le matin si le lit est disponible, diminuant pas là le nombre de malades présents au sein du service des urgences,
- respecter l'accès du malade au lit disponible sur le principe suivant : « 1 lit déclaré vacant est 1 lit accessible à 1 malade des urgences ».
- étudier la possibilité d'un intéressement financier pour les services privilégiant l'admission des patients provenant du service des urgences (tarification, forfait spécifique par rapports aux hospitalisations programmées)

En l'absence de place disponible dans le service de la spécialité dont relève le malade, son hospitalisation (« hébergement ») dans un service d'une autre spécialité doit être rendue possible en respectant le principe d'une mutation préférentielle dans un service appartenant au même pôle après prise en charge concertée entre les spécialistes concernés.

Une procédure spécifique doit prévoir les modalités encadrant l'hébergement d'un malade. Trois éléments clés de cette procédure sont :

- Mutation avec une prescription de l'urgentiste sénior des urgences pour le service d'hébergement,
- Information de l'hébergement par l'urgentiste sénior du service de spécialité,
- Suivi du malade par le service hébergeur en lien avec le médecin référent du service de spécialité correspondant à la pathologie dont relève le malade.

- *Hospitalisations anticipées*

Certaines hospitalisations nécessaires mais non urgentes pourraient être anticipées, mais en l'absence d'une procédure efficace, les patients passent le plus souvent par les urgences. L'organisation d'un réseau impliquant les médecins généralistes, les services hospitaliers et l'évaluation des lits disponibles dans l'hôpital pourrait permettre d'attribuer le plus rapidement possible le lit adéquat. Ceci permettrait une meilleure occupation des lits disponibles en évitant un passage inutile aux urgences. Un raisonnement similaire peut concerner les consultations spécialisées.

- *Bed manager*

Ces approches pourront être complétées par la nomination d'un « bed manager », travaillant sous la responsabilité du directeur d'établissement en lien fort avec le directoire, la commission médicale d'établissement et la commission des admissions et des soins non programmées.

## Références

1. Durand AC et al. ED patients: how urgent are they? Systematic revue of the emergency medicine literature. Am J Emerg Med 2011; 29: 333-45
2. Bernstein SL et al. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. Acad Emerg Med 2009 ; 16 : 1-10
3. Kulstad EB et al. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. Am J Emerg Med 2010 ; 28 : 304-9
4. Wiler JL et al. Optimizing Emergency Department Front-End Operations. Ann Emerg Med. **2010**; 55: 142-160
5. Forster AJ et al. The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition. Acad Emerg Med 2003 ; 10 : 127-33
6. Kellermann AL, Weinick RM. Emergency departments, Medicaid costs, and access to primary care--understanding the link. N Engl J Med 2012 ; 366 : 2141-3