

BREAKING NEWS

PACTE DE REFONDATION DES URGENCES : LES URGENTISTES INQUIETS !

PACTE DE REFONDATION DES URGENCES

Notre confiance est-elle bien placée ?



Dr François BRAUN



Pr Pierre CARLI

Le contexte (1)



2018

19,44 millions / 66,89
29/100 hab./an

Figure 1. Number of visits to emergency department per 100 population, 2001 (or nearest available year) and 2011 (or most recent year)

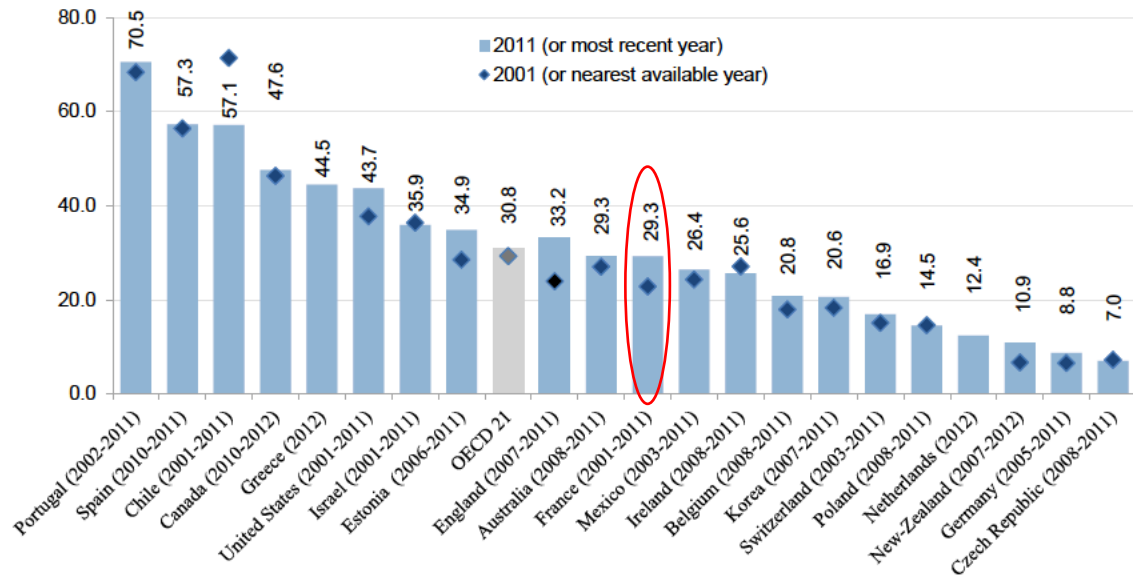
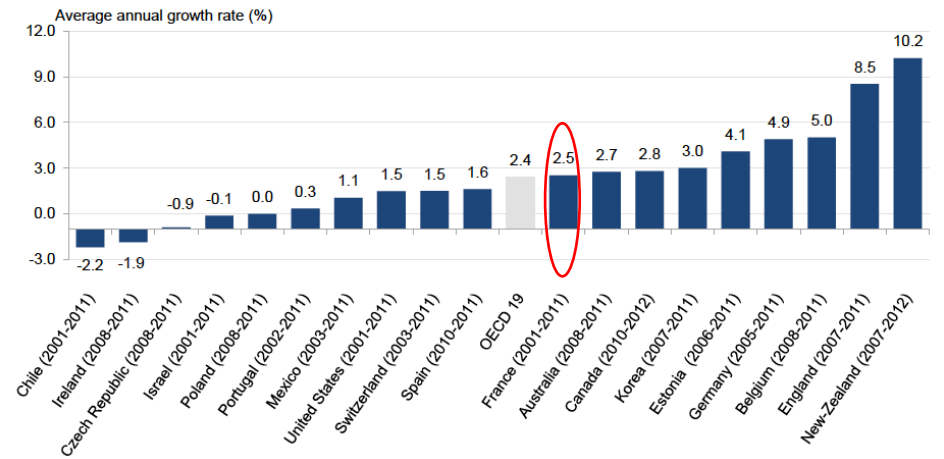


Figure 2. Average annual growth rate in emergency department visits over the past decade (calculated based on the number of visits per 100 population)



Le contexte (2)

Ces patients qui n'ont rien à faire aux Urgences

Box 1. Definition and criteria used to define inappropriate (or appropriate) ED visits in selected studies	
Australia – Source: AIHW, 2013	
Potentially avoidable GP-type presentations to EDs indicate the number of attendances at public hospital EDs that potentially could have been avoided through the provision of non-hospital health services. They are defined as a type of emergency presentation where the patient: (i) was allocated a triage category of 4 (semi-urgent conditions for which assessment and treatment start within 60 minutes) or 5 (non-urgent conditions for which assessment and treatment start within 120 minutes); (ii) did not arrive by ambulance or by police or correctional vehicle; (iii) at the end of the episode was not admitted to the hospital, was not referred to another hospital and did not die.	32.4% of ED visits are inappropriate
Belgium – Source: De Wolf and Vanoverloop, 2011	
Emergency visits are considered appropriate when the patient is referred by a GP or by the emergency helplines; when the patient is admitted to the hospital at the end of the episode; when the plaster room is used; when the patient dies on the same day; when it is a psychiatric emergency; or when child delivery is expected in the coming three months. Visits are considered inappropriate for all other situations.	56.0% of ED visits are inappropriate
Canada – Source: Afilalo et al., 2004	
Inappropriate visits are measured as non-urgent use of the emergency department. The Canadian Triage System (CTAS) is used to categorise non-urgent use. It corresponds to Code 5, which denotes a patient who can wait two hours before being seen by a physician. The condition may be acute but not urgent and may be part of a chronic problem but with or without evidence of deterioration. These patients could potentially be referred to and treated in primary care centres.	25% of ED visits are inappropriate
England – Source: McHale et al., 2013	
Visits to EDs are considered inappropriate if the patient was self-referred; the attendance category was the initial ED attendance or unplanned follow-up; the investigation code was 'none' and the treatment code was either 'none' or 'guidance/advice only'; and the disposal method was discharge with no follow-up or discharge with follow-up from a GP.	11.7% of ED visits are inappropriate
Visits to EDs are considered appropriate if the source of referral was any other than self-referred; the attendance category was planned follow-up; the attendance had a valid investigation code other than 'none' or a valid treatment code other than 'none' or 'guidance/advice only'; and the disposal method was either admission, referral to clinic, transfer to other health care provider, referral to other healthcare professional or other.	
France – Source: Cour des comptes, 2014	
Avoidable visits result from patients seeking care for conditions that could have been treated in the community by the primary care system. The triage system, Classification Clinique des malades aux urgences (CCMU), is used to categorise avoidable visits. Patients falling under CCMU1 have a stable clinical condition for which it is not necessary to carry out additional medical tests.	19.4% of ED visits are avoidable
Italy – Source: Bianco, Pileggi and Angellio, 2003	
An inappropriate visit to an ED is classified as a non-urgent visit according to the following criteria: the patient has no active symptoms or they were recent and minor; there is no feeling of emergency and the patient desires a check-up; and a prescription refill or a return-to-work release.	19.6% of ED visits are inappropriate
Portugal – Source: Pereira et al., 2001	
An ED visit is considered appropriate if it results in patient hospitalisation; if death occurs in the ED; if the patient is transferred to another hospital; or according to explicit criteria based on specific diagnostic tests or treatment performed. A visit is appropriate if it requires imaging studies such as MRI, ultra-sonographic studies, CT scan, and if treatment requires intravenous fluids, oxygen, prescription medications administered in the ED, transfusion of blood products, orthopaedic treatments, wound management (other than cleaning or bandaging minor abrasions), and removal of foreign bodies (in eyes, and digestive or respiratory tract). Visits are considered inappropriate for all other situations.	31.3% of ED visits are inappropriate
United-States – Source: NEHI, 2010	
Avoidable ED use results from patients seeking non-urgent care or ED care for conditions that could have been treated and/or prevented by prior primary care.	12.1% of ED visits are inappropriate

Source: OECD Secretariat based on existing literature

Australia – Source: AIHW, 2013	
Potentially avoidable GP-type presentations to EDs indicate the number of attendances at public hospital EDs that potentially could have been avoided through the provision of non-hospital health services. They are defined as a type of emergency presentation where the patient: (i) was allocated a triage category of 4 (semi-urgent conditions for which assessment and treatment start within 60 minutes) or 5 (non-urgent conditions for which assessment and treatment start within 120 minutes); (ii) did <u>not arrive by ambulance or by police or correctional vehicle</u> ; (iii) at the end of the episode <u>was not admitted to the hospital</u> , was not referred to another hospital and did not die.	32.4% of ED visits are inappropriate
Belgium – Source: De Wolf and Vanoverloop, 2011	
Emergency visits are considered <u>appropriate</u> when the patient is referred by a GP or by the <u>emergency helplines</u> ; when the patient is admitted to the hospital at the end of the episode; when the plaster room is used; when the patient dies on the same day; when it is a psychiatric emergency; or when child delivery is expected in the coming three months. Visits are considered <u>inappropriate</u> for all other situations.	56.0% of ED visits are inappropriate
Canada – Source: Afilalo et al., 2004	
Inappropriate visits are measured as non-urgent use of the emergency department. The <u>Canadian Triage System (CTAS)</u> is used to categorise non-urgent use. It corresponds to <u>Code 5</u> , which denotes a patient who can wait two hours before being seen by a physician. The condition may be acute but not urgent and may be part of a chronic problem but with or without evidence of deterioration. These patients could potentially be referred to and treated in primary care centres.	25% of ED visits are inappropriate

Le contexte (3)

Ces patients qui n'ont rien à faire aux Urgences



England – Source: McHale et al., 2013	
<p>Visits to EDs are considered inappropriate if the patient was <u>self-referred</u>; the attendance category was the initial ED attendance or unplanned follow-up; the <u>investigation code was 'none'</u> and the <u>treatment code was either 'none' or 'guidance/advice only'</u>; and the disposal method was <u>discharge with no follow-up or discharge with follow-up from a GP.</u></p> <p>Visits to EDs are considered appropriate if the source of referral was any other than self-referred; the attendance category was planned follow-up; the attendance had a valid investigation code other than 'none' or a valid treatment code other than 'none' or 'guidance/advice only'; and the disposal method was either admission, referral to clinic, transfer to other health care provider, referral to other healthcare professional or other.</p>	11.7% of ED visits are inappropriate
Italy – Source: Bianco, Pileggi and Angelillo, 2003	
<p>An inappropriate visit to an ED is <u>classified as a non-urgent</u> visit according to the following criteria: the patient has no active symptoms or they were recent and minor; there is no feeling of emergency and the patient desires a check-up; and a prescription refill or a return-to-work release.</p>	19.6% of ED visits are inappropriate
Portugal – Source: Pereira et al., 2001	
<p>An ED visit is considered appropriate if it results in patient hospitalisation; if death occurs in the ED; if the patient is transferred to another hospital; or according to explicit criteria based on specific diagnostic tests or treatment performed. A visit is appropriate if it requires imaging studies such as MRI, ultra-sonographic studies, CT scan, and if treatment requires intravenous fluids, oxygen, prescription medications administered in the ED, transfusion of blood products, orthopaedic treatments, wound management (other than cleaning or bandaging minor abrasions), and removal of foreign bodies (in eyes, and digestive or respiratory tract). Visits are considered inappropriate for all other situations.</p>	31.3% of ED visits are inappropriate
United-States – Source: NEHI, 2010	
<p>Avoidable ED use results from patients seeking non-urgent care or ED care for conditions that could have been treated and/or prevented by prior primary care.</p>	12.1% of ED visits are inappropriate

Le contexte (4)

Ces patients qui n'ont rien à faire aux Urgences

Box 1. Definition and criteria used to define inappropriate (or appropriate) ED visits in selected studies	
Australia - Spencer (2007) Potentially avoidable GP-type presentations to EDs include the number of attendances at public hospital EDs that potentially could have been avoided through the provision of non-hospital health services. They are defined as a type of emergency presentation when the patient: 1. Has an assigned triage category of 4 (emergency conditions for which assessment and treatment start with 60 minutes) or 5 (non-urgent conditions for which assessment and treatment start with 120 minutes) 2. Did not wait to be triaged or for advice or treatment to be initiated. 3. Did not wait to be triaged or for advice or treatment to be initiated. 4. Did not wait to be triaged or for advice or treatment to be initiated.	32.4% of ED visits are inappropriate
Belgium - Boverix De Wolf and Vanoverloop (2011) Emergency visits are considered appropriate when the patient is referred to a GP or to the emergency facilities, when the patient is admitted to the hospital at the end of the epidemic when the patient stays in a ward after the patient dies on the same day when the patient is discharged or when other delivery is expected in the coming three months. Visits are considered inappropriate for all other situations.	56.6% of ED visits are inappropriate
Canada - Spencer (2007) et al. (2008) Inappropriate visits are those that are not urgent care of the emergency department. The Canadian Triage System (CTS) is used to categorize emergency care. It corresponds to Code 5, which denotes a patient who can wait two hours before being seen by a physician. The condition may be acute but not urgent and the patient is a chronic patient but with or without evidence of deterioration. These patients could potentially be referred to and treated in a primary care setting.	20% of ED visits are inappropriate
France - Cour des Comptes (2014) Visits to EDs are considered inappropriate if the patient was self-referred. The attendance category was the other ED attendance or subsequent referral. The attendance had a visit investigation code other than "none" or a valid treatment code other than "none" or "subsequent care only", and the clinical method was other administration, referred to other health care provider, referred to other health care professional or other.	11.7% of ED visits are inappropriate
France - Cour des Comptes (2014) Inappropriate visits result from patients who are not in the community but who are referred in the community by the primary care system. The triage system, Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) is used to categorize avoidable visits. Patients falling under CCMU1 have a stable clinical condition for which it is not necessary to carry out additional medical tests.	18.4% of ED visits are avoidable
Italy - Bianchi (2006), Pignatelli and Angelini (2012) An inappropriate visit to an ED is classified as a non-urgent visit according to the following criteria: the patient has no acute symptoms or the symptoms are mild and there is no need of emergency care and the patient causes a check-up, and a prescription refill or a return-to-work certificate.	19.8% of ED visits are inappropriate
Portugal - Spencer Pereira et al. (2007) An ED visit is considered appropriate if it meets at least two of the following criteria: if death occurs in the ED; if the patient is admitted to another hospital or admitted to a specialist clinic based on specific diagnostic tests or treatment performed; A visit is appropriate if it requires triaging studies such as MRI, ultrasonographic studies, CT scans, and if treatment requires intravenous fluids, oxygen, prescription medications administered in the ED, immobilization of limbs, prosthetic treatment, wound management (other than cleaning or bandaging minor wounds), or insertion of foreign bodies in eyes, and objective or necessary tests. Visits are considered inappropriate for all other situations.	31.2% of ED visits are inappropriate
United States - Spencer (2007) Avoidable ED use results from patients seeking non-urgent care or ED care for conditions that could have been treated and/or prevented by their primary care.	12.1% of ED visits are inappropriate

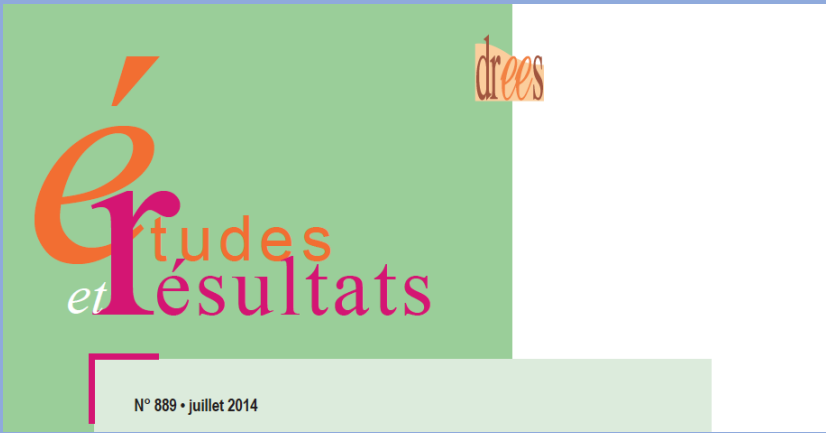
France – Source: Cour des comptes, 2014

Avoidable visits result from patients seeking care for conditions that could have been treated in the community by the primary care system. The triage system, Classification Clinique des malades aux urgences (CCMU), is used to categorize avoidable visits. Patients falling under CCMU1 have a stable clinical condition for which it is not necessary to carry out additional medical tests.

19.4% Of ED visits are avoidable



14% CCMU I



43%

UN MÉSUSAGE AVOUÉ DES URGENCES

4 Français sur 10 se sont déjà rendus aux urgences pour une raison inadéquate

CONSULTATION FHF/IPSOS (2019)

Le contexte (5)

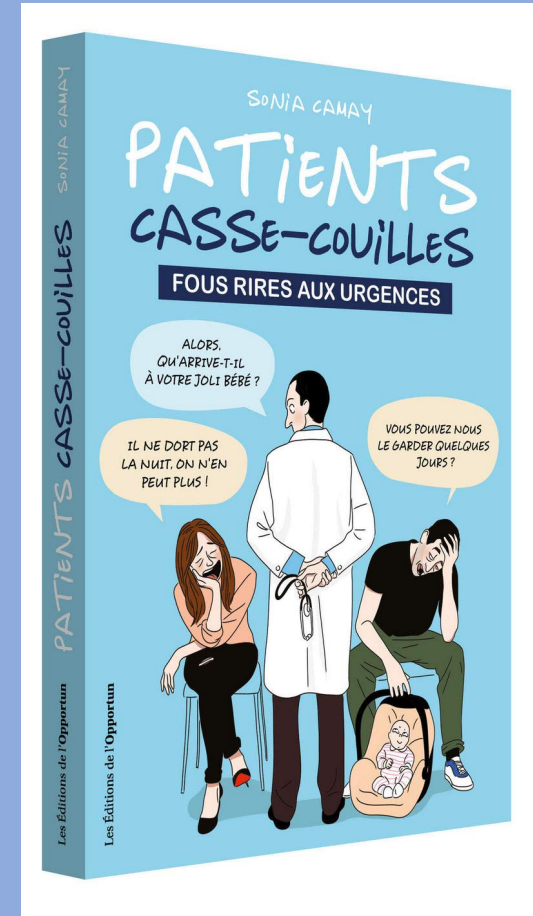
Ces patients qui n'ont rien à faire aux Urgences

Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France

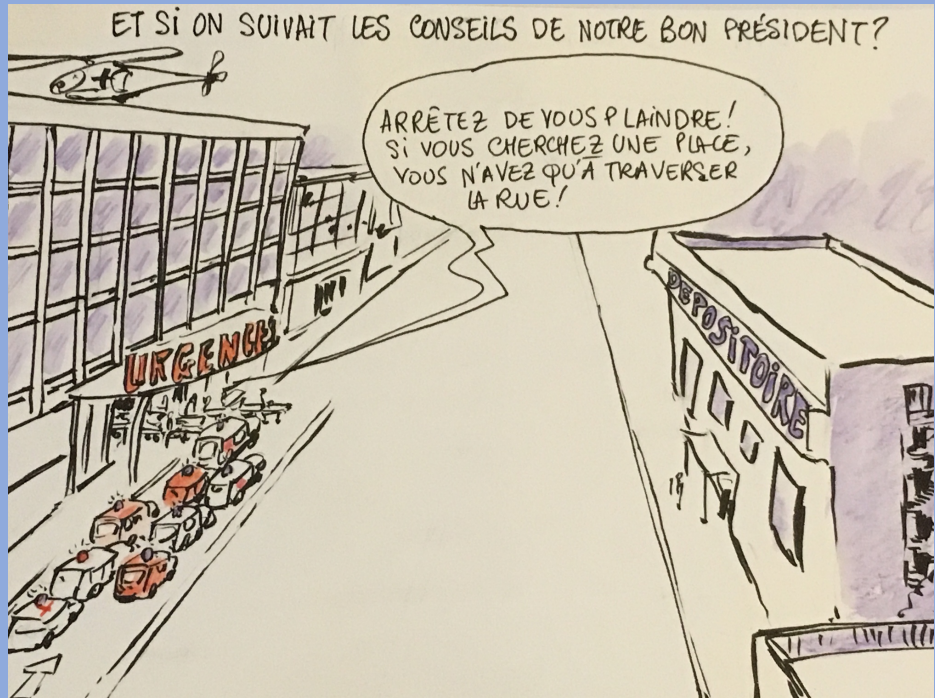
Naouri D, et al. *BMJ Qual Saf* 2019;**0**:1–16. doi:10.1136/bmjqs-2019-009396

BMJ

13,5 à 27,4 %



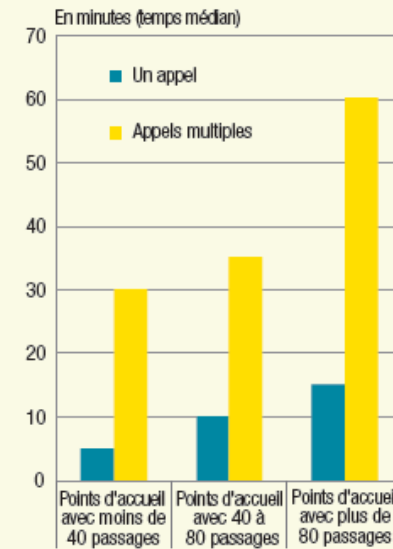
Le contexte (6)



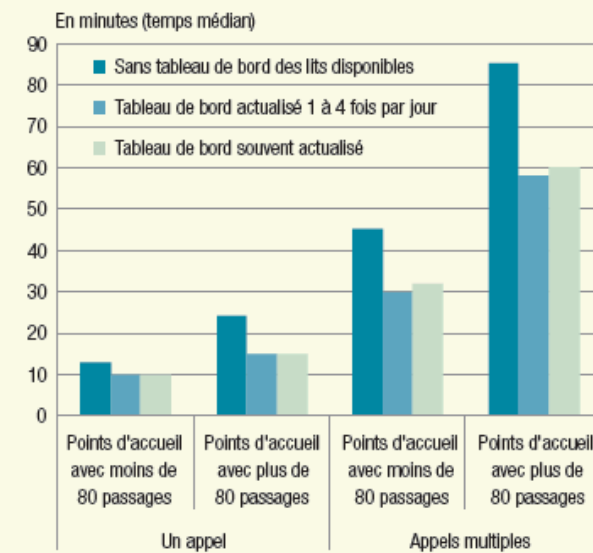
GRAPHIQUE 6

Délai d'obtention d'un lit en cas d'hospitalisation selon...

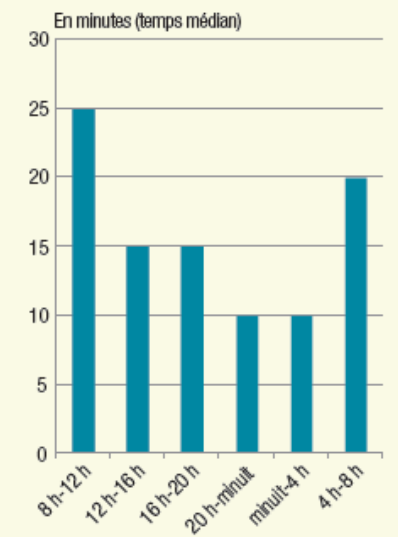
6a - ... l'affluence dans les points d'accueil



6b - ... la présence et l'actualisation d'un tableau de bord



6c - ... le moment de la journée



Le contexte (7)

Ann. Fr. Med. Urgence
DOI 10.3166/afmu-2019-0151

ARTICLE ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Association entre mortalité et attente aux urgences chez les adultes à hospitaliser pour étiologies médicales

Association between Mortality and Waiting Time in Emergency Room among Adults Hospitalized for Medical Etiologies

E. Thibon · X. Bobbia · B. Blanchard · T. Masia · L. Palmier · L. Tendron · J. E. de La Coussaye · P. G. Claret

Tableau 3 Comparaison des patients hospitalisés pour étiologies médicales à partir de la structure des urgences, entre ceux qui n'attendent pas faute de place en service et ceux en attente, après pondération par score de propension

Variables	Hospitalisation directe <i>n</i> = 2 169	Attente <i>n</i> = 3 454	<i>P</i>
Décès intrahospitaliers (pondérés)	6,3	7,8	< 0,05
Durée d'hospitalisation ^a (pondérées), avec attente (jours)	7,1 [4,3–11,5]	7,6 [4,7–12,0]	< 0,01

Les variables sont exprimées en pourcentages pour les variables qualitatives et en médianes et interquartile pour les variables quantitatives

^a Définie comme la date de sortie de l'hôpital moins la date d'entrée en SU



Le contexte (8)



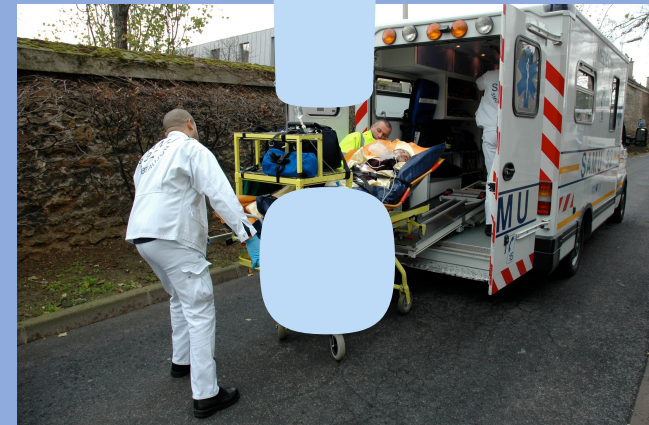
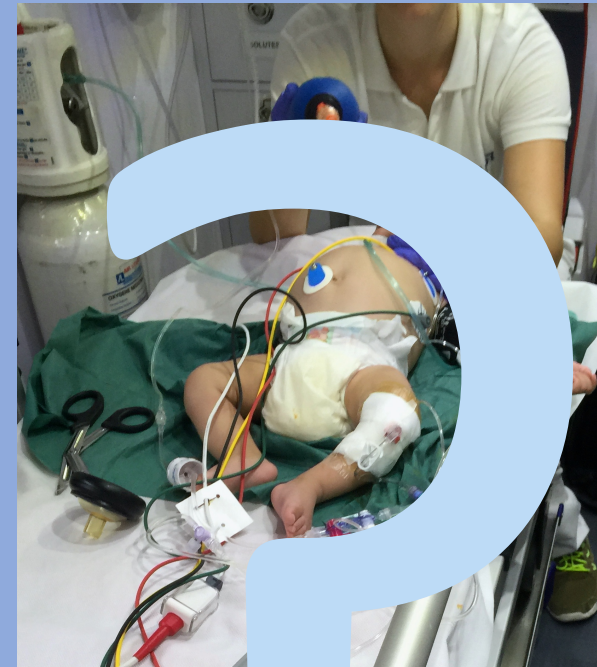
Patrick Hertgen @PatrickHertgen
La paramédicalisation ce n'est pas de la médecine "low-cost" : c'est une réponse adaptée à l'urgence avec un encadrement médical. @ylecras



Patrick Hertgen @PatrickHertgen · 6j
Quand les SMUR sont fermés un véhicule paramédicalisé du @SDIS_11 prend le relais par convention avec ARS. C'est un partenariat intelligent.



Secours Info @SecoursInfo · 15h
Corrèze : Les électrocardiogrammes réalisés par les pompiers [secoursinfo.fr/2017/03/23/cor...](https://www.secoursinfo.fr/2017/03/23/cor...)



Le contexte (9)



©1989-2019 APM International - <https://www.apmnews.com/depeche/87058/341027/le-president-de-la-federation-des-sapeurs-pompiers-en-appelle-a-l-arret-de-la-regulation-medicale>

DÉPÊCHE - 24/09/2019

Le président de la fédération des sapeurs-pompiers "en appelle à l'arrêt de la régulation médicale"

"Nous souhaitons que le 112 soit notre seul numéro pour appeler au secours, que la population n'ait plus à réfléchir, que l'on arrête le doute qu'on a transmis pendant des années en faisant penser qu'en appelant un certain numéro on puisse répondre à l'offre de soins, aux soins non programmés, aux urgences, à la canicule, à la rougeole, au mal de dent", a lancé le colonel Grégory Allione lors de son discours de clôture qu'APMnews a pu visionner sur YouTube.



Le Point

Appels au Samu, du pire au meilleur


nom	Taux brut d'appels décrochés		Taux brut d'appels décrochés en moins d'une minute	
	en 2018	Évolution 2016/2018	en 2018	Évolution 2016/2018
Samu Mayotte	39,87 %	NR	33,46 %	NR
Samu 02, Laon (Aisne)	70,34 %	▲	59,89 %	▲
Samu 91, Corbell-Essonnes (Essonne)	70,96 %	▼	40,8 %	▼
Samu 69, Lyon (Rhône)	72,49 %	▼	55,17 %	▼
Samu 95, Pontoise (Val-d'Oise)	72,7 %	▼	52,29 %	▼



Le contexte (10)



 **GouverneurNamur** @Gouv... · 1h

 A la suite d'un problème technique

Les numéros d'urgence 112 et 101 sont difficilement joignables!

Pour contacter #Pompiers et #Ambulance → 081 32 52 82 ou

071 12 14 25 (ZS Val de Sambre)

#Police → 0473/58 09 71 ou

0473/58 09 78 ou 0473 58 09 67

112



Le contexte (11)



DECEMBRE 2019

DES TRAVAUX NATIONAUX EN COURS POUR MAÎTRISER LA HAUSSE CONTINUE DES INTERVENTIONS

En 10 ans, le volume annuel d'interventions de secours d'urgence aux personnes (SUAP) a augmenté de 50%. Entre 2017 et 2018, il a même connu une augmentation historique de 7,6% atteignant 3,8 millions d'interventions et les statistiques en cours de consolidation pour le premier semestre 2019 indiquent une hausse du même ordre de grandeur. Le SUAP représente désormais environ 85% de l'activité des services d'incendie et de secours (SIS).

1. LE TRAVAIL INTERMINISTÉRIEL INTÉRIEUR/SANTÉ S'ÉTOFFE

En septembre 2018, le gouvernement a annoncé des premières mesures visant à faire baisser la pression opérationnelle et à améliorer l'articulation entre les SIS, les ARS et les SAMU. Elles sont en cours de finalisation.

Les deux ministères lancent désormais une seconde vague de mesures, touchant plus en profondeur l'organisation des secours. Ces mesures s'appuient sur les bonnes pratiques mises en œuvre de concert dans des départements par le SIS et le SAMU.

Ces mesures visent à améliorer les chances de survie des victimes :

- ▶ le gouvernement autorisera par décret en conseil d'État les sapeurs-pompiers formés à pratiquer davantage de gestes techniques de secourisme ;
- ▶ les protocoles infirmiers de soins d'urgence (PISU) permettent déjà aux infirmiers de sapeurs-pompiers de réaliser une quinzaine de gestes à la place d'un médecin ; une évaluation des PISU sera réalisée pour les améliorer et élargir leur champ ;
- ▶ le dispositif des « départs réflexes » sera réévalué et actualisé.

Baisser la pression opérationnelle :

- ▶ le ministère de la santé a initié une réforme de la garde ambulancière afin que la disponibilité des transporteurs sanitaires prévus corresponde davantage aux besoins ; l'objectif est une baisse importante des « carences »,

(...)

OBJECTIFS PARTAGÉS AVEC LES SIS

- ▶ Juguler l'accroissement de la pression opérationnelle.
- ▶ Permettre aux SIS d'assurer un contrôle opérationnel de leurs moyens garant du bon exercice de leur missions premières.
- ▶ Conduire la réflexion sur la qualification et la reconnaissance des missions aujourd'hui assumées par les sapeurs-pompiers.
- ▶ Redonner du sens au métier de sapeur-pompier.
- ▶ Associer les SDIS au plan « Ma santé 2022 » et penser le métier de sapeur-pompier de la prochaine décennie.

▶ le gouvernement autorisera par décret en conseil d'État les sapeurs-pompiers formés à pratiquer davantage de gestes techniques de secourisme ;

▶ les protocoles infirmiers de soins d'urgence (PISU) permettent déjà aux infirmiers de sapeurs-pompiers de réaliser une quinzaine de gestes à la place d'un médecin ; une évaluation des PISU sera réalisée pour les améliorer et élargir leur champ ;

▶ le dispositif des « départs réflexes » sera réévalué et actualisé.

Améliorer la prise en charge des appels urgents :

- ▶ l'existence d'une liaison téléphonique dédiée et prioritaire entre le CTA-CODIS et le SAMU va être systématisée ;
- ▶ de même la transmission des bilans secouristes au SAMU sera facilitée par une liaison directe et dédiée (radio, téléphonique, informatique...).

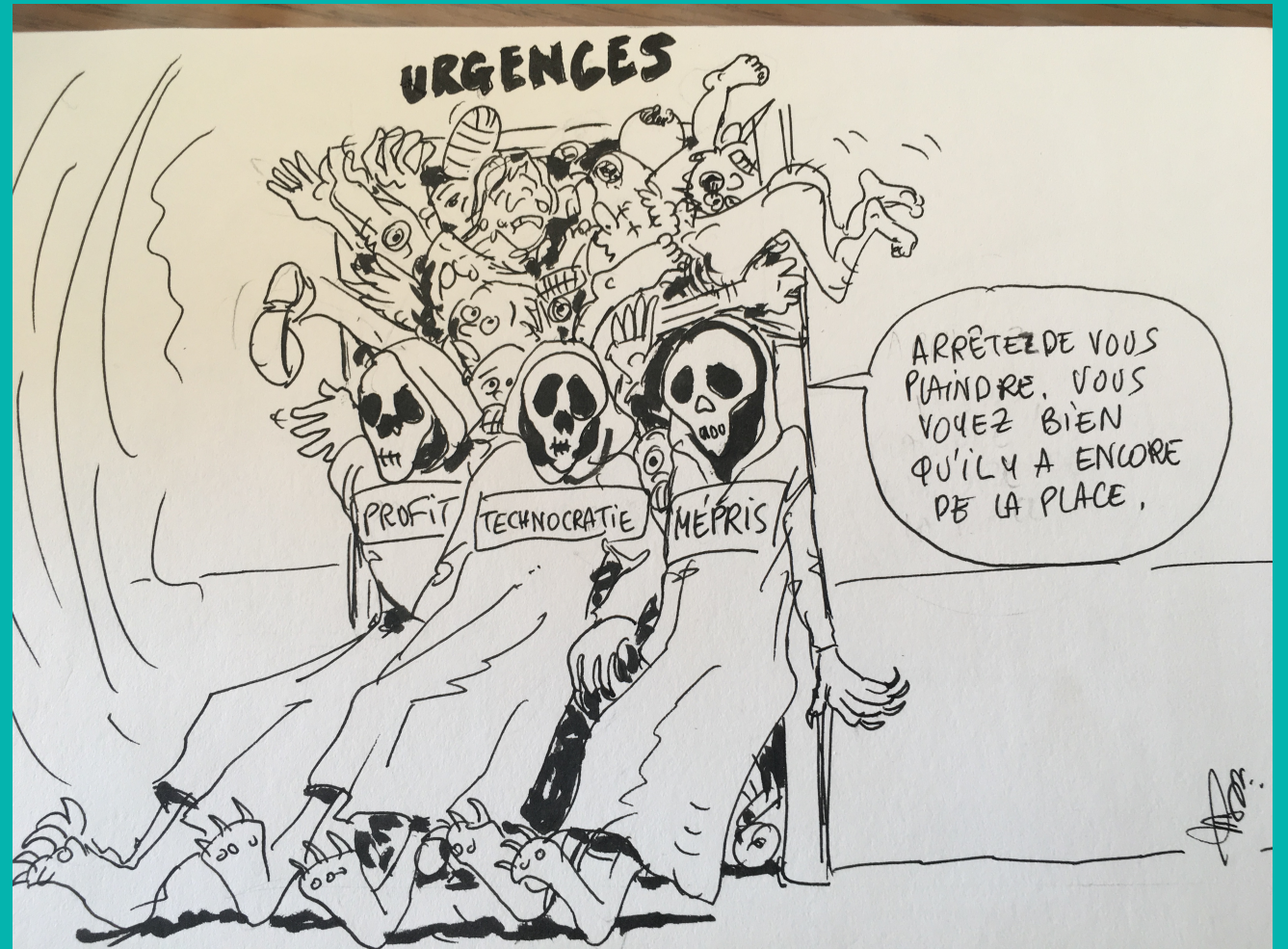
HERGE

LES AVENTURES DE TINTIN

TINTIN BOSSE À L'HÔPITAL PUBLIC



casterman





La Solution ?

PACTE de refondation des urgences

« Parce que chacun détient
sa part de la solution »

PLAN DE REFONDATION DES URGENCES : LES 12 MESURES CLES

750 M€
sur 2019-22

Mesure 1 Mettre en place dans tous les territoires un service distant universel pour répondre à toute heure à la demande de soins des Français : le service d'accès aux soins (SAS)

CREER EN CABINET, EN MAISON ET CENTRE DE SANTE UNE ALTERNATIVE COMPLETE ET ATTRACTIVE

- Mesure 2** Renforcer l'offre de consultations médicales sans rendez-vous en cabinet, maison et centre de santé
- Mesure 3** Donner à la médecine de ville les mêmes outils de prise en charge que les urgences
- Mesure 4** Offrir aux professionnels non médecins des compétences élargies pour prendre directement en charge les patients
- Mesure 5** Généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences
- Mesure 6** Intégrer la vidéo à distance dans tous les SAMU

RENFORCER LA QUALITE ET LA SECURITE DES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES D'URGENCE

- Mesure 7** Mieux utiliser les compétences médicales et soignantes rares en graduant les services d'urgence et en réformant les transports médicalisés
- Mesure 8** Renforcer et reconnaître les compétences des professionnels des urgences
- Mesure 9** Lutter plus efficacement contre les dérives de l'intérim médical
- Mesure 10** Réformer le financement des urgences
- Mesure 11** Renforcer la sécurité des professionnels exerçant aux urgences

FACILITER LA SORTIE DES PATIENTS DES SERVICES D'URGENCE

- Mesure 12** Fluidifier l'aval des urgences grâce à l'engagement de tous en faveur de l'accueil des hospitalisations non programmées

La Solution ?

PLAN DE REFONDATION DES URGENCES : LES 12 MESURES CLES

750 M€
sur 2019-22

Mesure 1 Mettre en place dans tous les territoires un service distant universel pour répondre à toute heure à la demande de soins des Français : le service d'accès aux soins (SAS)

CREER EN CABINET, EN MAISON ET CENTRE DE SANTE UNE ALTERNATIVE COMPLETE ET ATTRACTIVE

Mesure 2 Renforcer l'offre de consultations médicales sans rendez-vous en cabinet, maison et centre de santé

Mesure 3 Donner à la médecine de ville les mêmes outils de prise en charge que les urgences

Mesure 4 Offrir aux professionnels non médecins des compétences élargies pour prendre directement en charge les patients

Mesure 5 Généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences

Mesure 6 Intégrer la vidéo à distance dans tous les SAMU

Mesure 7 Mieux utiliser les compétences médicales et soignantes rares en graduant les services d'urgence et en réformant les transports médicalisés

Mesure 8 Renforcer et reconnaître les compétences des professionnels des urgences

Mesure 9 Lutter plus efficacement contre les dérives de l'intérim médical

Mesure 10 Réformer le financement des urgences

Mesure 11 Renforcer la sécurité des professionnels exerçant aux urgences

Mesure 12 Fluidifier l'aval des urgences grâce à l'engagement de tous en faveur de l'accueil des hospitalisations non programmées

AMONT

Urgences

AVAL

750 M€
sur 2019-22

Un Objectif :

**DIMINUER LA CHARGE
DE TRAVAIL DES
URGENCES**

**INVERSER LA COURBE
DE FRÉQUENTATION
DES URGENCES**

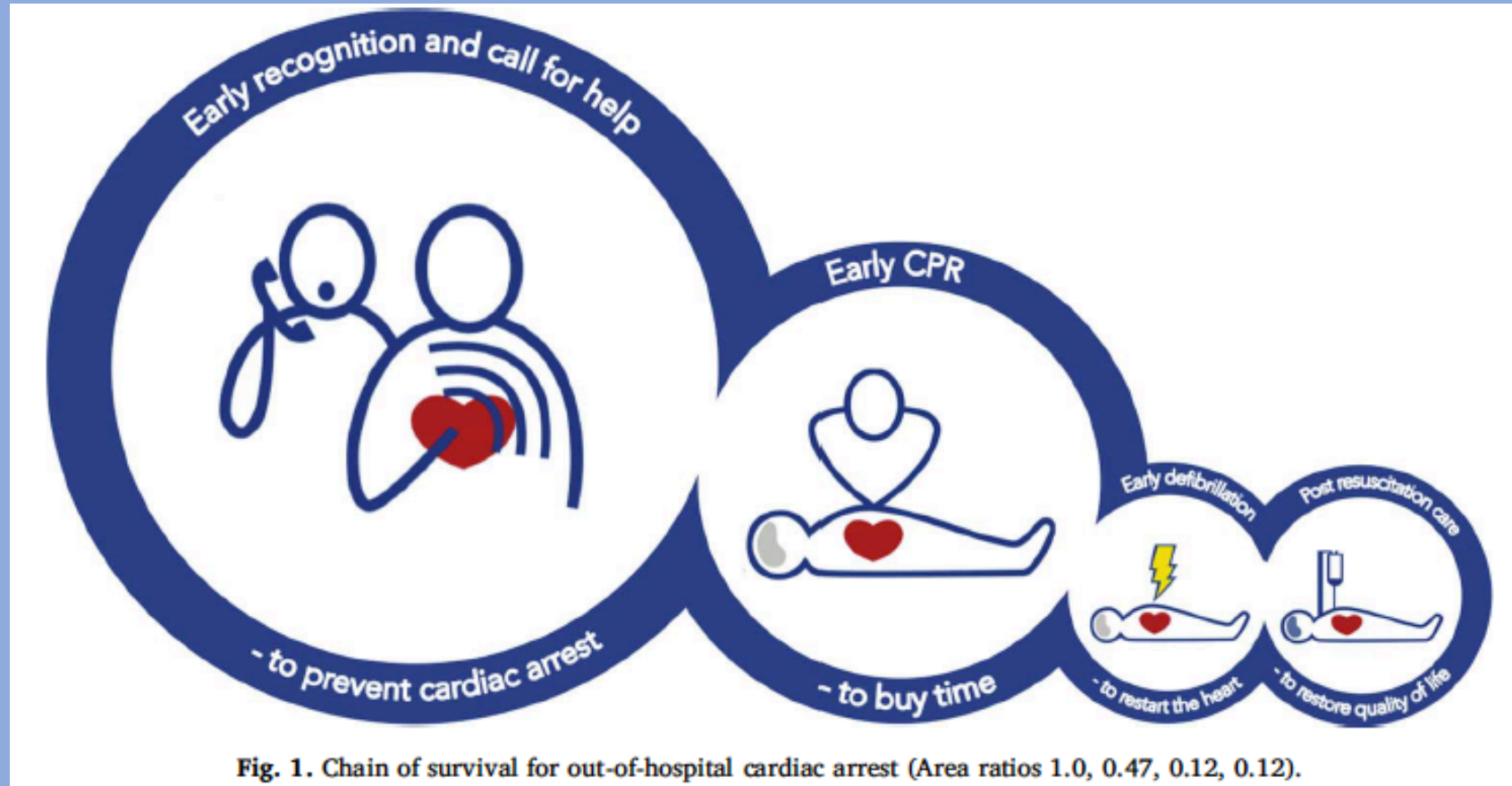
Quelle prise en charge des urgences demain ?

Contribution de Samu-Urgences de France

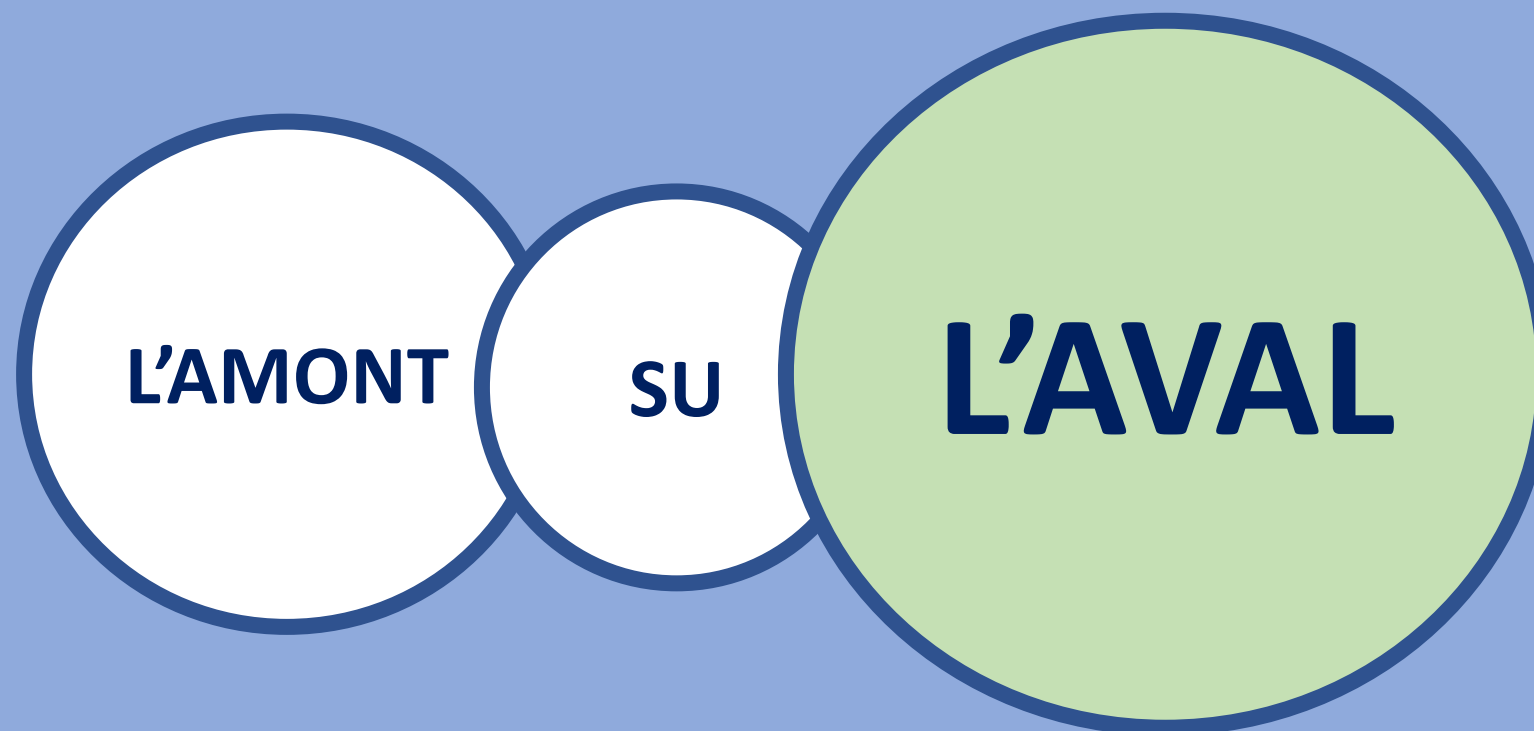
Avril 2019



La Chaîne de Survie



La Chaine de Survie des Urgences



L'AVAL (1)

Contractualiser le Besoins Minimum Journalier en Lit avec les services

MESURE 12 | FLUIDIFIER L'AVAL DES URGENCES GRACE A L'ENGAGEMENT DE TOUS EN FAVEUR DE L'ACCUEIL DES HOSPITALISATIONS NON PROGRAMMEES

▶ CPOM du GHT

▶ RI de chaque établissement

▶ Contrat de pôle



L'AVAL (2)

Contractualiser le Besoins Minimum Journalier en Lit avec les services



105 M€

▶ Une cellule interne de gestion des lits / GHT

2020

▶ Indicateur de besoins en lits (CNUH)

Fin 2019

▶ Hébergement temporaire en EHPAD (€)

2019



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des solidarités et de la santé

CIRCULAIRE n°DGOS/R2/2019/235 du 07 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non-programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements et groupements hospitaliers de territoire

établissements de santé sièges de services d'urgence avant l'hiver. Je vous demande de vous assurer que chaque établissement et GHT de votre territoire soit en possession de l'indicateur d'ici au 1^{er} décembre 2019.

Sur cette base, je vous demande de mobiliser les établissements sièges de structure des urgences et leur GHT pour qu'ils analysent formellement dès cet hiver les besoins en lits.

Un accompagnement financier sera également mis en place pour permettre le déploiement dans l'ensemble des GHT la fonction de gestion coordonnée des lits, qui sera rendue obligatoire dans le cadre de la réforme des autorisations d'activités de soins. Le dispositif de

L'AMONT (1)

Le parcours de soins



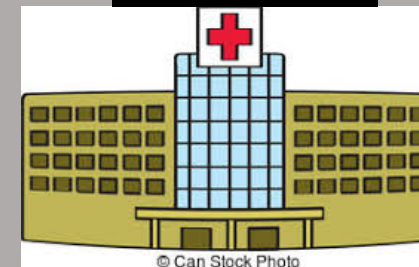
Qualifier

Agir

Régulation
Médicale



Orienter

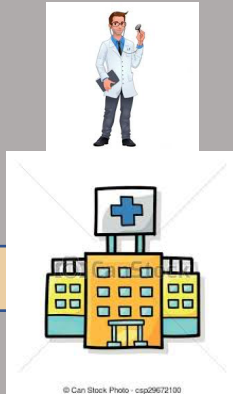


Qualifier

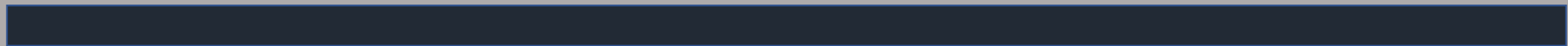
Agir

Agir

EMS



Orienter



LE S.A.S. (1)

Mesure 1 Mettre en place dans tous les territoires un service distant universel pour répondre à toute heure à la demande de soins des Français : **le service d'accès aux soins (SAS)**

Plateforme polyvalente de Régulation Médicale

Mettre en place un service qui centralise 24h/24 la réponse à l'ensemble des besoins de soins

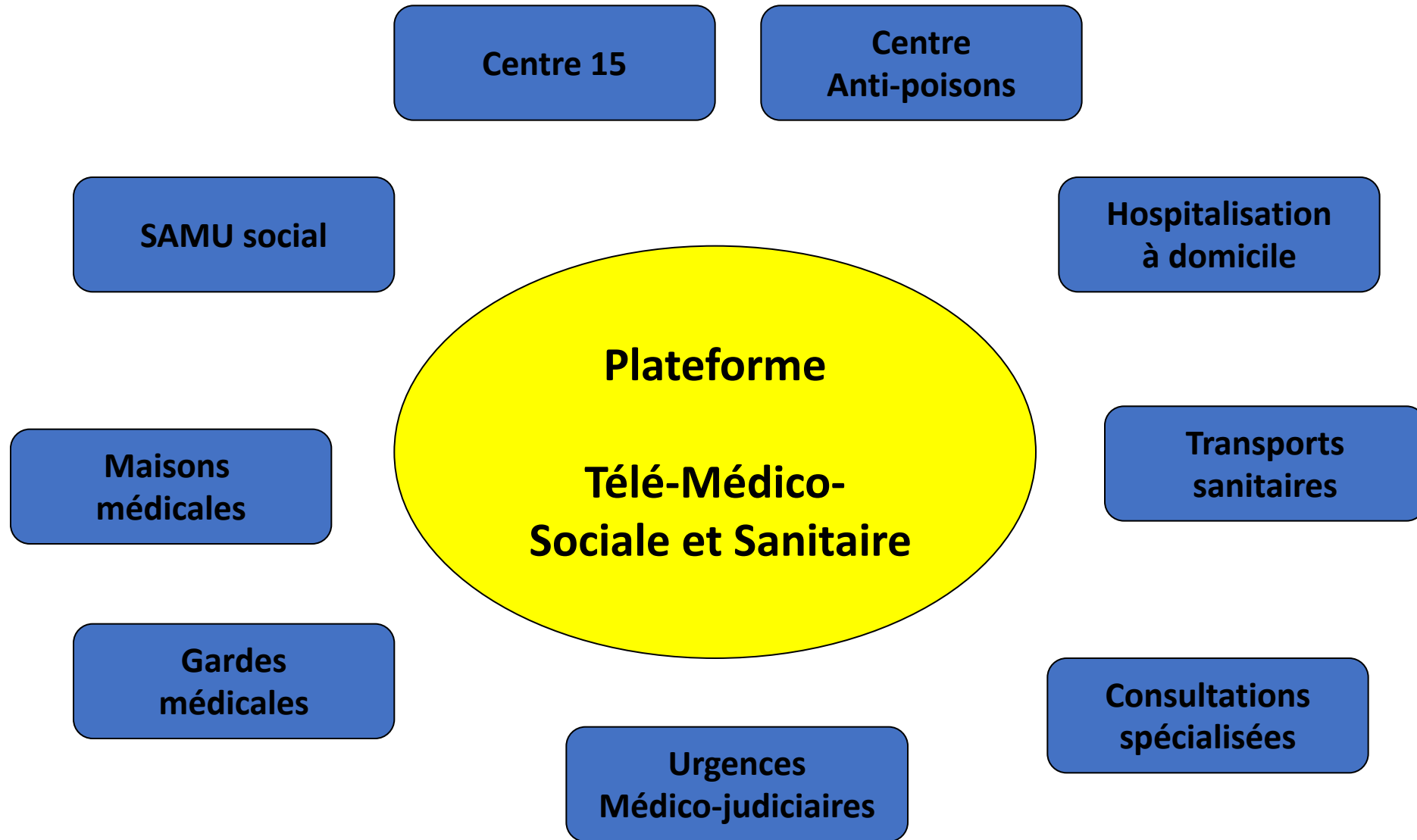
« Présence » H24 d'un MG

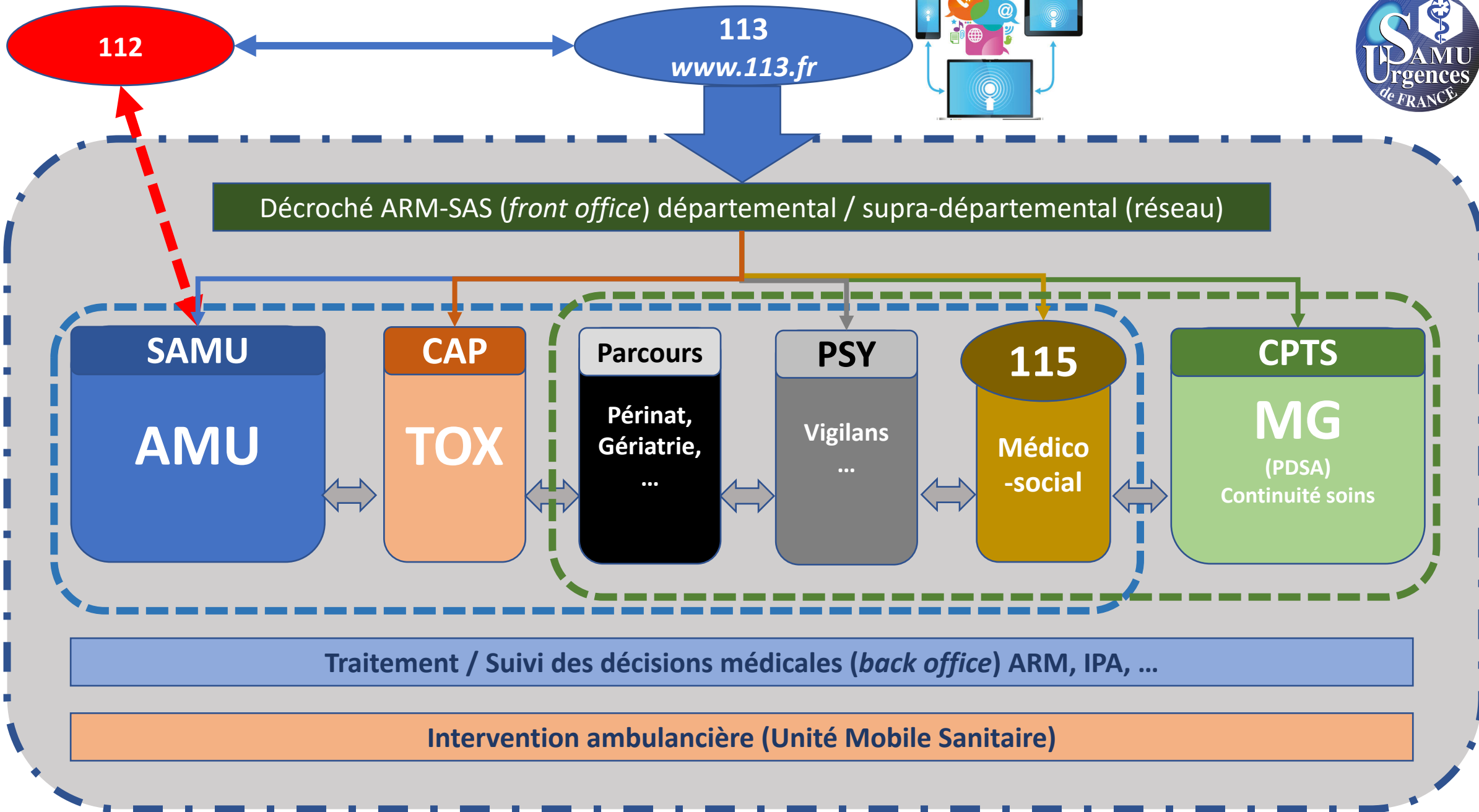
Unité de lieu, de doctrine (régulation médicale)

Numéro d'appel « Urgence – Santé »

GROUPE DE TRAVAIL NATIONAL ...







112

113
www.113.fr

Décroché ARM-SAS (*front office*) départemental / supra-départemental (réseau)

SAMU
AMU

CAP
TOX

Parcours
Périnat,
Gériatrie,
...

PSY
Vigilans
...

115
Médico
-social

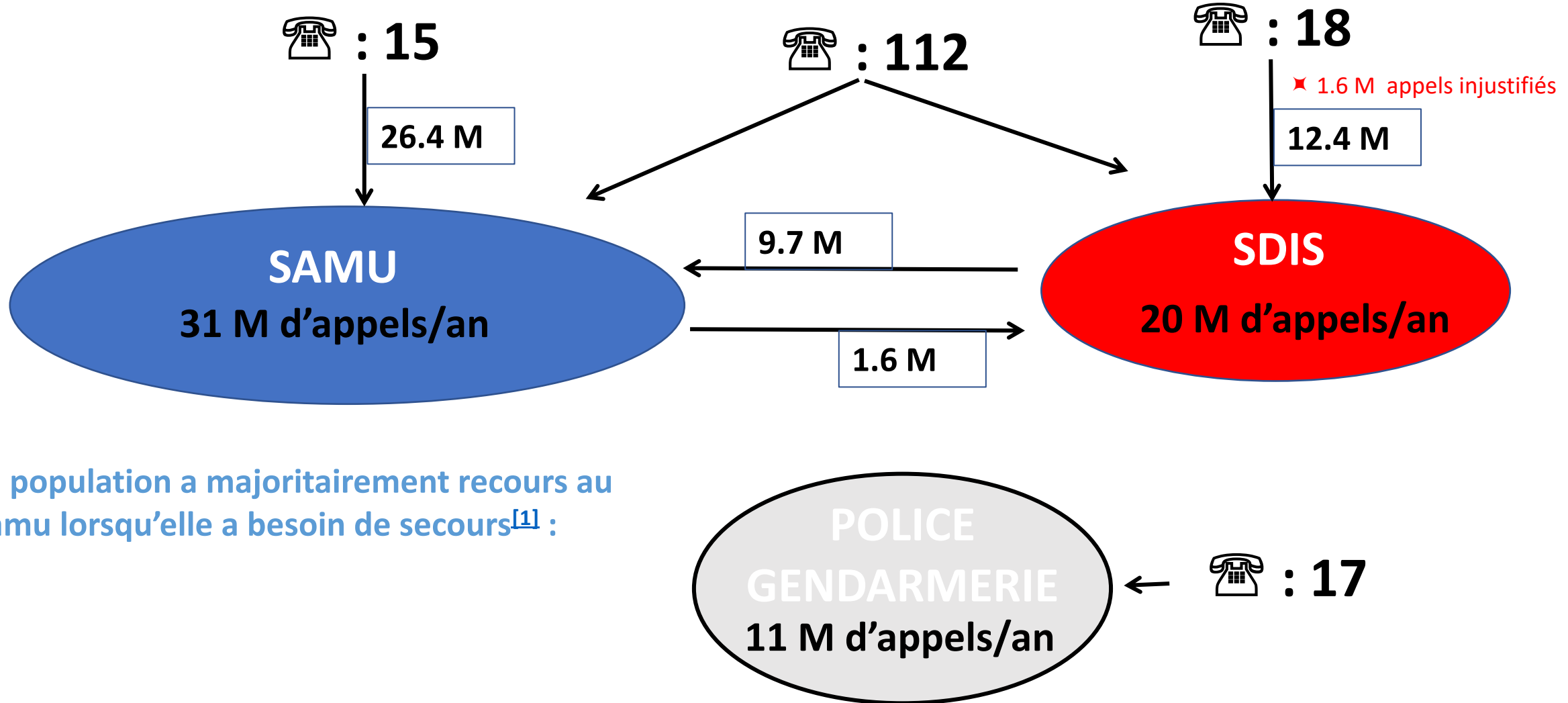
CPTS
MG
(PDSA)
Continuité soins

Traitement / Suivi des décisions médicales (*back office*) ARM, IPA, ...

Intervention ambulancière (Unité Mobile Sanitaire)



Sur les 50 millions d'appels réels d'urgence effectués par la population chaque année auprès de tous les numéros d'appels, 36 millions (73%) concernent le Samu.



La population a majoritairement recours au Samu lorsqu'elle a besoin de secours^[1] :

LE S.A.S. (2)

340 M€

Mesure 1 Mettre en place dans tous les territoires un service distant universel pour répondre à toute heure à la demande de soins des Français : le service d'accès aux soins (SAS)

RECENTRER LA MÉDECINE D'URGENCE SUR SON CŒUR DE MÉTIER :

L'AIDE MÉDICALE URGENTE !

CALENDRIER

*Choix d'une organisation-cible en novembre 2019
Mise en place du service à l'été 2020*

L'AMONT (2)

- Mesure 2** Renforcer l'offre de consultations médicales sans rendez-vous en cabinet, maison et centre de santé
- Mesure 3** Donner à la médecine de ville les mêmes outils de prise en charge que les urgences
- Mesure 4** Offrir aux professionnels non médecins des compétences élargies pour prendre directement en charge les patients

CPTS

MMG



€

IPA

L'AMONT (3)

Mesure 5 Généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences



36% des hospitalisations des > 75 ans débutent par les urgences, 58% pour > 90 ans

23% des > 75 ans passent plus de 8 heures aux urgences, 10% des 15-74 ans

50 % des patients de > 80 ans hospitalisés passent d'abord par l'UHCD



L'AMONT (4)

Mesure 5 Généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences

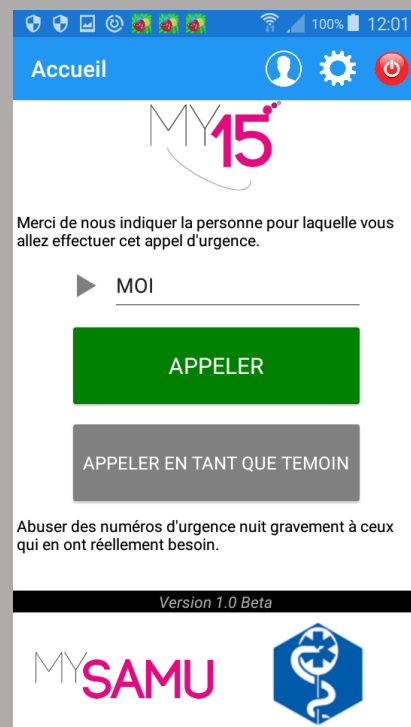
Atteindre l'objectif « zéro passage par les urgences » pour les personnes âgées d'ici 5 ans



L'AMONT (5)

Mesure 6

Intégrer la vidéo à distance dans tous les SAMU



UNE PRIORITE : RENFORCER LA QUALITE ET LA SECURITE DES PRISES EN CHARGE DANS LES SERVICES D'URGENCE

MESURE 7 | MIEUX UTILISER LES COMPETENCES MEDICALES ET SOIGNANTES RARES EN GRADUANT LES SERVICES D'URGENCES ET EN REFORMANT LES TRANSPORTS MEDICALISES

MESURE 8 | RENFORCER ET RECONNAITRE LES COMPETENCES DES PROFESSIONNELS DES URGENCES

MESURE 9 | LUTTER PLUS EFFICACEMENT CONTRE LES DERIVES DE L'INTERIM MEDICAL

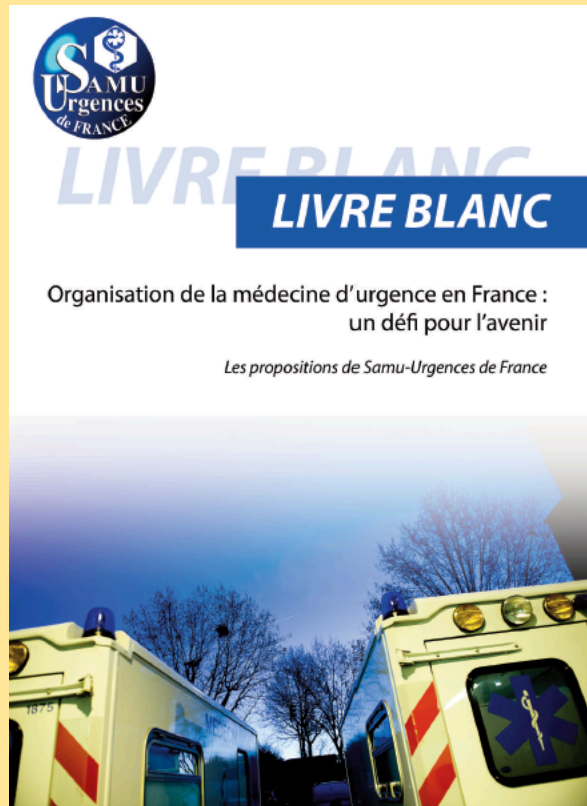
MESURE 10 | REFORMER LE FINANCEMENT DES URGENCES

MESURE 11 | RENFORCER LA SECURITE DES PROFESSIONNELS EXERÇANT AUX URGENCES

Le SU (2)

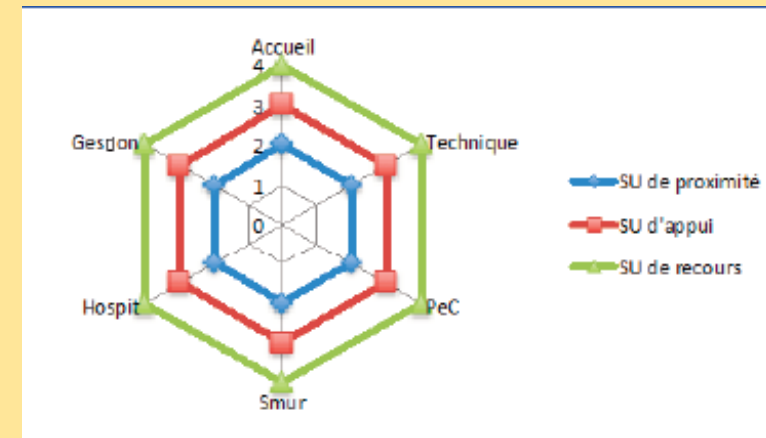
MESURE 7 | MIEUX UTILISER LES COMPETENCES MEDICALES ET SOIGNANTES RARES EN GRADUANT LES SERVICES D'URGENCES ET EN REFORMANT LES TRANSPORTS MEDICALISES

Gradation des services d'urgence



Cahier des charges d'une SU. Tout service labellisé SU⁶⁴ doit disposer de :

- ▶ une ouverture 24/7,
- ▶ la présence d'un médecin diplômé en médecine d'urgence 24/7,
- ▶ la présence d'une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) conforme aux recommandations professionnelles⁶⁵,
- ▶ la présence d'une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) conforme aux recommandations professionnelles et réglementaires⁶⁶,
- ▶ la présence d'un « poste d'accueil et d'orientation (PAO) » tenu, 24/7 par un IOA⁶⁷ ou un MAO (Médecin d'Accueil et d'Orientation),
- ▶ une hélisurface ou à défaut une zone de poser pour HéliSmur, dans l'enceinte de l'établissement, et si possible à proximité immédiate de la SU⁶⁸,
- ▶ une formalisation de l'accueil des enfants,
- ▶ une formalisation de l'accueil des urgences psychiatriques,
- ▶ une formalisation de l'accueil des urgences médico-sociales⁶⁹,
- ▶ la possibilité de réaliser, 24/7, les examens d'imagerie médicale courants ainsi qu'une échographie d'urgence (type FAST écho) et des examens tomодensitométriques (scanner),
- ▶ la possibilité de réaliser, 24/7, les examens de biologie d'urgence.



Le SU (3)

MESURE 7 | MIEUX UTILISER LES COMPETENCES MEDICALES ET SOIGNANTES RARES EN GRADUANT LES SERVICES D'URGENCES ET EN REFORMANT LES TRANSPORTS MEDICALISES

Adapter les SU aux fluctuations d'activité avec possibilité de créer des antennes ouvertes en partie.

Nièvre : 35 maires remettent leur démission pour protester contre la fermeture des urgences de Clamecy

Les élus devaient rencontrer vendredi des représentants de l'agence régionale de santé (ARS) de Bourgogne-Franche-Comté pour évoquer le futur projet régional de santé.

Le Monde.fr avec AFP | 23.02.2018 à 12h48



« À eux, je redis mon estime, mes remerciements » : un patient jurassien rend hommage aux soignants d'un SMUR menacé de fermeture

Stéphane Long | 27.04.2019

En France, des petits services d'urgences menacés d'une fermeture nocturne


Face à la pénurie d'urgentistes, la ministre de la santé, Agnès Buzyn, prévoit une « réorganisation » de certaines structures

LE MONDE | 01.03.2018 à 11h42 | Par François Béguin (journaliste/francois-beguin/)

MESURE 7 | MIEUX UTILISER LES COMPETENCES MEDICALES ET SOIGNANTES RARES EN GRADUANT LES SERVICES D'URGENCES ET EN REFORMANT LES TRANSPORTS MEDICALISES

Les Transferts Infirmiers Inter Hospitaliers : TIIH

Recommandations de SAMU de France



PREAMBULE

Ce texte concerne les transferts pris en charge par les services hospitaliers, entre deux établissements de soins, de patients ne nécessitant pas de prise en charge médicalisée (SMUR), mais relevant des compétences d'un infirmier.

Ils sont appelés « Transferts Infirmiers Inter-Hospitaliers » (TIIH).

Ils concernent l'ensemble des transferts inter-hospitaliers incluant l'activité adulte et pédiatrique, les transferts in-utero ou psychiatriques.

Ces transferts inter hospitaliers sont coordonnés par les SAMU-Centre 15.

1. Rationnel de la mise en place des TIIH

La mise en place des TIIH permet une réponse adaptée à la diversification et à l'augmentation des transferts inter hospitaliers; diversification et augmentation engendrées par la restructuration du système de soins autour de plateaux techniques. Cet effecteur vise à améliorer le rapport bénéfice/risque au cours de transferts inter-hospitaliers de patients stabilisés et à optimiser le temps médical disponible. Il correspond à un nouvel effecteur à disposition de la régulation SAMU-Centre 15, intermédiaire entre le transport ambulancier et le transport SMUR.

Ce nouvel effecteur doit permettre également d'améliorer les délais d'attente pour la réalisation des transferts inter-hospitaliers.

2. Indications des TIIH

Le TIIH est indiqué pour les patients stabilisés sans défaillance non compensée.

Le pré-requis à ce type de transfert est la prise en charge préalable par un médecin avec réalisation d'un examen clinique, formulation d'un diagnostic, mise en route d'un traitement adapté et appréciation du risque évolutif.

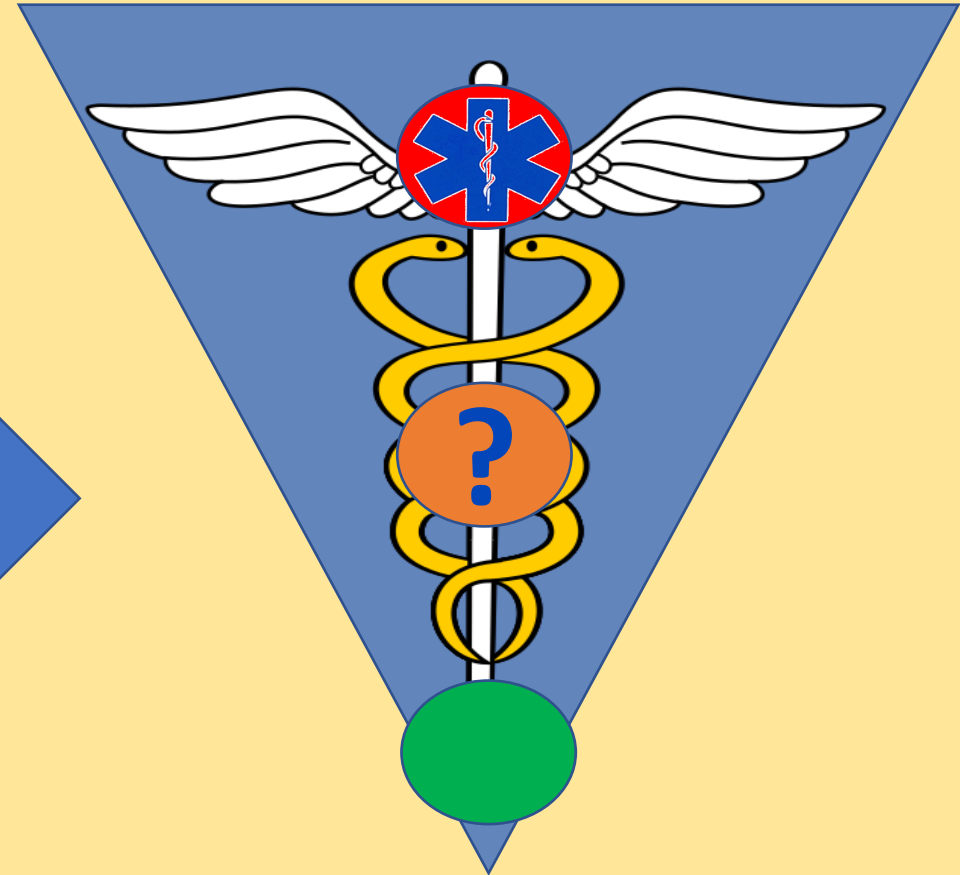
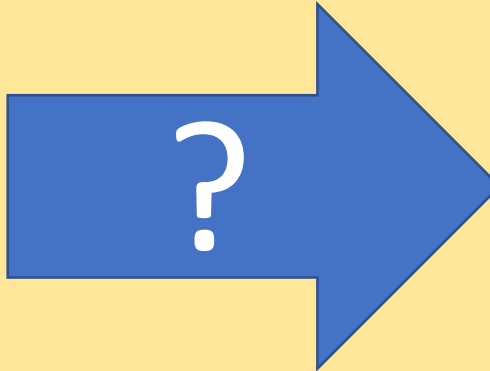
La justification d'un TIIH prend en compte l'indication d'un monitoring, la prescription d'une surveillance infirmière et de traitements continus pendant le transfert. L'analyse de la phase d'observation initiale, la durée estimée du transfert et les possibilités de renfort médicalisé sont des arguments décisionnels supplémentaires.

3. Modalités pratiques d'un TIIH

L'organisation générale des TIIH est validée par le CODAMU.

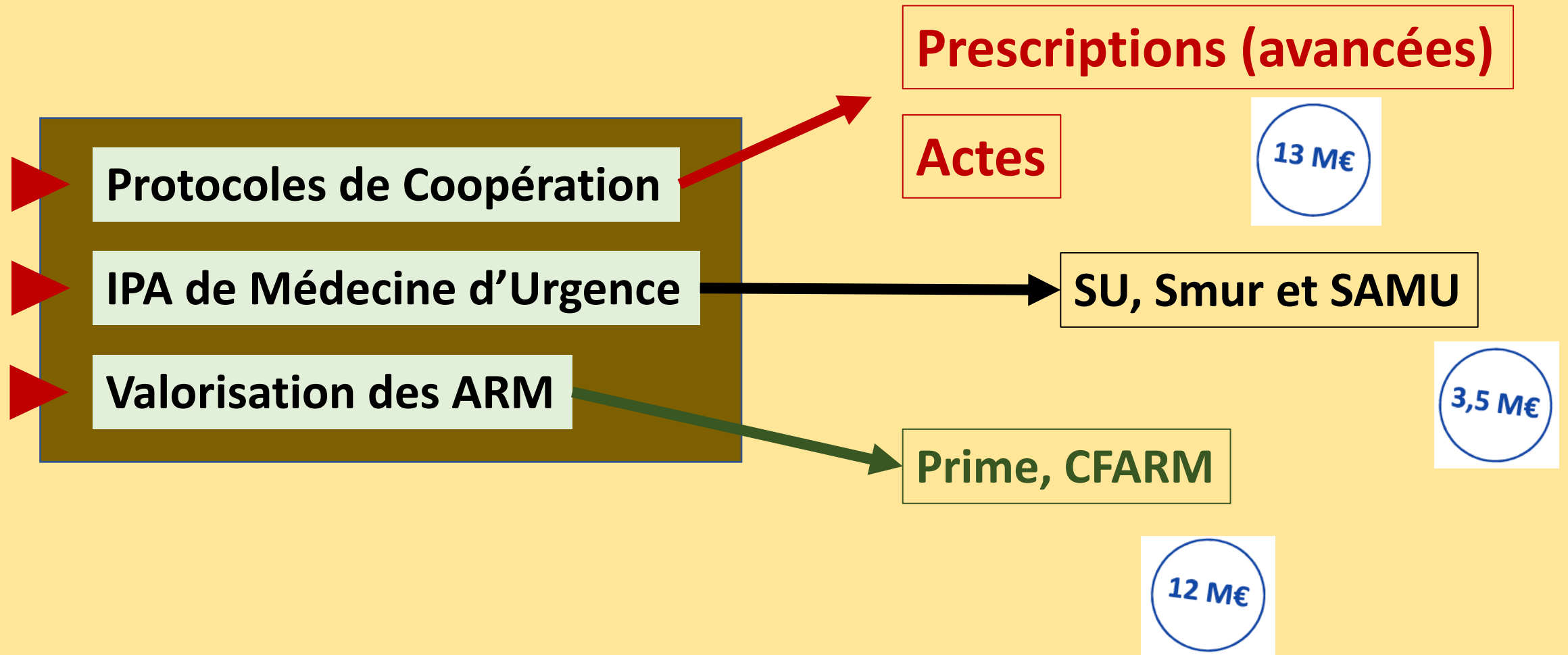
Les TIIH sont régulés par le SAMU territorialement compétent de la structure de soins à l'origine de la demande de transfert.

Un accord et une transmission d'informations médicales sont nécessaires entre le médecin demandeur, le médecin régulateur du SAMU et le médecin receveur. Le choix de l'équipe d'intervention et du type de vecteur est décidé par le médecin régulateur en accord avec le médecin demandeur.



Le SU (5)

MESURE 8 | RENFORCER ET RECONNAITRE LES COMPETENCES DES PROFESSIONNELS DES URGENCES



 **IPA de Médecine d'Urgence**

Les Infirmier(e)s en Pratique Avancée

Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des **pathologies chroniques stabilisées** prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique

Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique



Actes techniques

Actes de suivi et de prévention

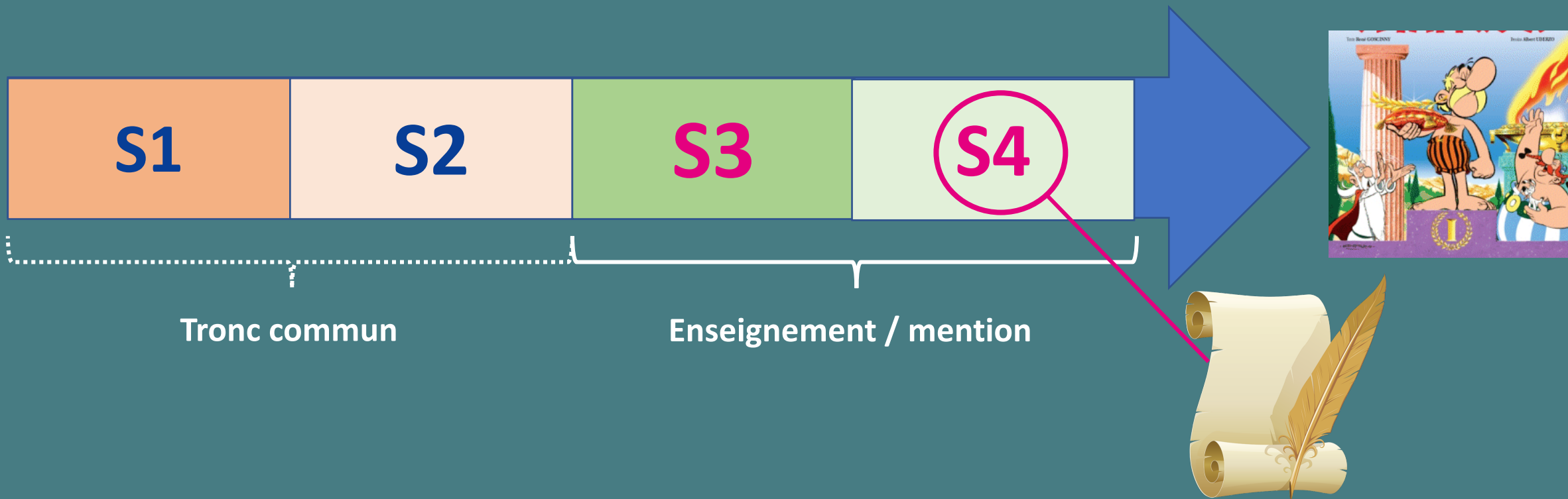
Prescription de dispositifs médicaux

Prescription de biologie

Prescriptions médicales à renouveler (adapter)

Les Infirmier(e)s en Pratique Avancée

Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée





Enjeux de santé publique

- Augmentation des patients atteints de maladies chroniques
- Vieillesse de la population et progrès médicaux
- Virage ambulatoire
- Place centrale du parcours de santé
- Importance du travail en équipe
- Démographie médicale

⇒ Ces différents enjeux couplés à l'accroissement des besoins de santé de la population ont mis en exergue la nécessité de développer une forme nouvelle d'exercice des professionnels de santé

Profil de l'IPA

- ▶ IDE expérimenté(e), diplômé(e) ...
- ▶ Compétences relevant du champs médical
- ▶ Équipe pluri-professionnelle
- ▶ Patient confié par un Médecin (accord) « référent »

MESURE 8 | RENFORCER ET RECONNAITRE LES COMPETENCES DES PROFESSIONNELS DES URGENCES

3,5 M€

Créer des infirmiers de pratique avancée aux urgences

Un nouveau domaine d'activité « urgences » sera ouvert aux infirmiers souhaitant exercer en pratique avancée aux urgences. Pour cela, ils seront formés pour assurer en 1^{ère} ligne et sous une supervision médicale :

- l'orientation des patients hors de l'établissement et la coordination avec les médecins traitants
- la pose d'un premier diagnostic infirmier sur la base d'arbres de décision, pour des types de situations qui auront été définies au préalable avec l'équipe médicale
- la prescription d'actes d'imagerie ou de bilan biologique
- la réalisation d'actes techniques en autonomie, comme par exemple les sutures.

Ces professionnels exerceront à l'hôpital, sous un statut qui reconnaîtra la spécificité des responsabilités qui leur seront confiées.

CALENDRIER

Entrée en formation de la 1^{ère} promotion d'infirmiers en pratique avancée aux urgences en septembre 2020

Protocole de coopération infirmier et infirmier de pratiques avancées : quelles pistes pour la médecine d'urgence ?

Cooperation Protocol and Advanced Practice Nurse: Which Way Forward for Emergency
Medicine?

B. Riou Ann. Fr. Med. Urgence (2019) 9:281-283



« Ces propositions paraissent logiques quand on constate le rôle croissant de métiers intermédiaires de la santé dans les autres pays, entre infirmiers et médecins »



« L'IPA pourrait participer à la régulation médicale des Samu-Centre 15 »

« Une autre cible évidente serait les transports infirmiers interhospitaliers (TIIH) »

« J'ai plus de mal à concevoir son rôle dans une équipe hospitalière des urgences particulièrement lorsqu'on considère que de nombreuses tâches jusqu'ici avancées (prescription d'imagerie, sutures, plâtres, etc.) relèvent essentiellement de protocoles de coopération »

Quelle prise en charge des urgences demain ?

Contribution de Samu-Urgences de France

Août 2019



QUELLE PRISE EN CHARGE DES URGENCES DEMAIN ? SAMU-URGENCES DE FRANCE 1

Accueillir, évaluer et orienter tout patient se présentant « aux urgences »

Gérer une filière de prise en charge pour les situations et gestes peu complexes : *traumatologie périphérique bénigne (entorses, contusions, sutures simples ...), gestion des sondages (urinaire, GEP ...), antalgie ... etc ;*

Participation à la régulation médicale du Samu dans l'organisation des parcours de soins définis par le médecin régulateur ;

Réalisation des transferts infirmiers inter-hospitaliers (T2IH) ;

Gestion des patients d'une structure des urgences isolée, *en absence de l'urgentiste, en lien avec le Samu-Centre 15 (service de faible activité dans lequel l'urgentiste, seul présent, peut être amené à intervenir en Smur) ;*

...

Ce qui semble acquis ... (j'espère !)

En back-office de la régulation médicale ...

Experiences of adding nurses to increase medical competence at an emergency medical dispatch centre

Kerstin Forslund RN, MSc (PhD Student) ^{a,b,*}, Mona Kihlgren RN, PhD (Professor) ^{a,c}, Venke Sorlie RNT, PhD (Professor) ^{a,b,d}

Accident and Emergency Nursing (2006) 14, 230–236

Results: Initial frustration and scepticism changed to more positive experiences that resulted in improved cooperation and service. The registered nurses had difficulties dealing with the more urgently acute calls, while the emergency-operators had difficulties with the more complicated, somewhat diffuse cases. The two professions complemented each other.

Ce qui semble acquis ... (j'espère !)

Pour les T2IH

Les Transferts Infirmiers Inter Hospitaliers : TIIH Recommandations de SAMU de France



PREAMBULE

Ce texte concerne les transferts pris en charge par les services hospitaliers, entre deux établissements de soins, de patients ne nécessitant pas de prise en charge médicalisée (SAMU), mais relevant des compétences d'un infirmier.

Ils sont appelés « Transferts Infirmiers Inter-Hospitaliers » (TIIH).

Ils concernent l'ensemble des transferts inter-hospitaliers incluant l'activité adulte et pédiatrique, les transferts in-utero ou psychiatriques.

Ces transferts inter hospitaliers sont coordonnés par les SAMU-Centre 15.

1. Rationnel de la mise en place des TIIH

La mise en place des TIIH permet une réponse adaptée à la diversification et à l'augmentation des transferts inter hospitaliers; diversification et augmentation engendrées par la restructuration du système de soins autour de plateaux techniques. Cet effecteur vise à améliorer le rapport bénéfice/risque au cours de transferts inter-hospitaliers de patients stabilisés et à optimiser le temps médical disponible. Il correspond à un nouvel effecteur à disposition de la régulation SAMU-Centre 15, intermédiaire entre le transport ambulancier et le transport SAMU.

Ce nouvel effecteur doit permettre également d'améliorer les délais d'attente pour la réalisation des transferts inter-hospitaliers.

2. Indications des TIIH

Le TIIH est indiqué pour les patients stabilisés sans défaillance non compensée.

Le pré-requis à ce type de transfert est la prise en charge préalable par un médecin avec réalisation d'un examen clinique, formulation d'un diagnostic, mise en route d'un traitement adapté et appréciation du risque évolutif.

La justification d'un TIIH prend en compte l'indication d'un monitoring, la prescription d'une surveillance infirmière et de traitements continus pendant le transfert. L'analyse de la phase d'observation initiale, la durée estimée du transfert et les possibilités de renfort médicalisé sont des arguments décisionnels supplémentaires.

3. Modalités pratiques d'un TIIH

L'organisation générale des TIIH est validée par le CODAMU.

Les TIIH sont régularisés par le SAMU territorialement compétent de la structure de soins à l'origine de la demande de transfert.

Un accord et une transmission d'informations médicales sont nécessaires entre le médecin demandeur, le médecin régulateur du SAMU et le médecin receveur. Le choix de l'équipe d'intervention et du type de vecteur est décidé par le médecin régulateur en accord avec le médecin demandeur.

« Sous-section 4

« Transport sanitaire infirmier interhospitalier

« Art. R. 6312-28-1. – Le transport infirmier interhospitalier est organisé par les établissements de santé et réalisé soit par leurs moyens propres agréés, soit par des conventions avec des entreprises de transport sanitaire.

« Il est assuré, en liaison avec le SAMU, par une équipe composée d'un conducteur ou d'un pilote titulaire du titre délivré par le ministre chargé de la santé, et d'un infirmier qui intervient dans les conditions prévues à l'article R. 4311-7.

« Cette équipe peut être placée sous l'autorité d'un médecin responsable d'une structure de médecine d'urgence.

« L'organisation et le fonctionnement des transports infirmiers interhospitaliers font l'objet d'une évaluation annuelle. »

75 %

	Mode opératoire	Référence :	
	TRANSFERT INFIRMIER INTER-HOSPITALIER AVEC IADE	Version : 2	
		Date de publication :	
		Date prochaine révision :	
La mise à jour de ce document est garantie sur Intranet – Valloz régulièrement à l'actualisation de vos éditions papier. Pour toute information sur ce document, merci de contacter les rédacteurs et/ou le service qualité.			
CYCLE DE VIE			
	Rédacteur(s)	Relacteur(s)	Valideur(s)
Nom	J.CROMBEZ Centre de santé LLUC Pour l'équipe d'IADE	M.STIN Praticien hospitalier urgentiste F.VENCHIARUTTI Cadre Supérieur de Santé pôle 7	F.BRAUN Chef de service SAMU et SU E.GLOAGUEN Directeur, Coordonnateur Général des Soins
Date	19/01/2019	22/01/2019	
Signature	 	 	

	TRANSFERT INFIRMIER INTER-HOSPITALIER Site de Mercy	Réf: P7-SAMU/PR/04	Date de révision : 30/06
		Date de diffusion : Octobre 2014 Version : 01	Date de mise à jour : 30/06

ORIGINAL

URGENCES

IPA en autonomie à l'accueil des urgences ?

Filière de prise en charge et de soins ... ?

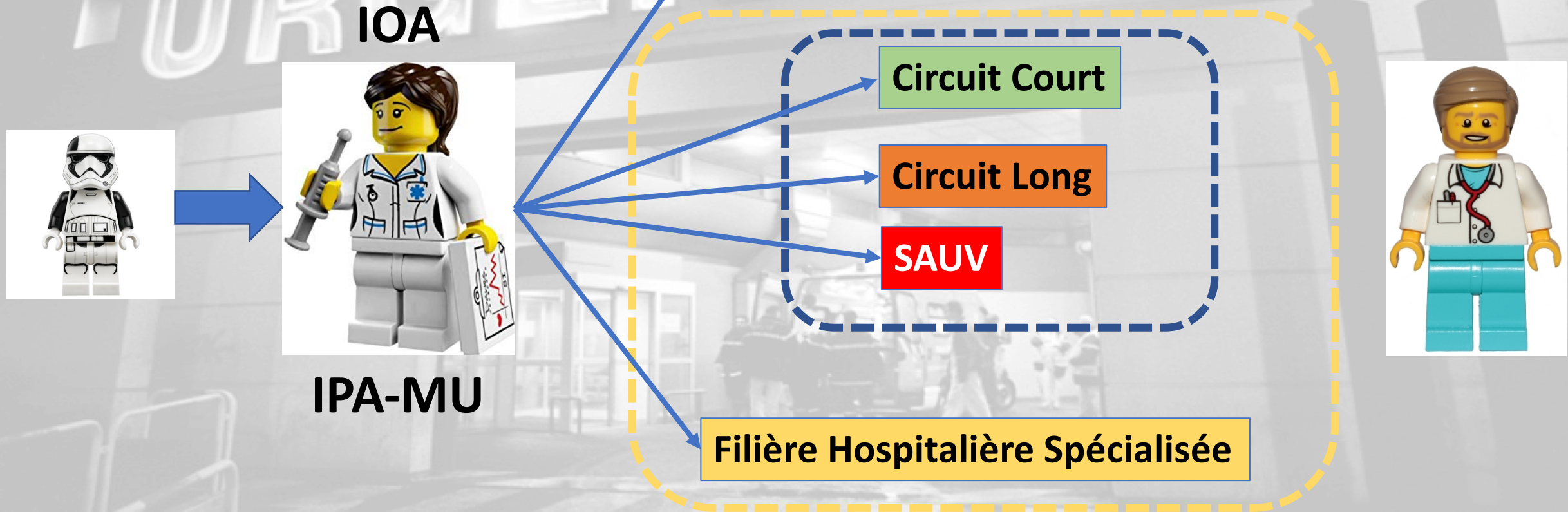
Les IPA seul(e)s en primaire ?

URGENCES
Accès Piédestal
→



IPA-MU aux urgences (1)

Vision « collective » / gestion des flux



IPA-MU aux urgences (2)

Vision « individuelle » / gestion patient

Consultation de médecine générale

IOA



MAO

Circuit IPA-MU



Circuit Médical



SAUV

Filière Hospitalière Spécialisée



IPA-MU aux urgences (3)

La priorité est-elle d'être « vite » soigné ou d'être « bien » soigné ?



Qualité et Sécurité des Soins

Juste Soins

Économie de temps médical urgentiste

Le SU (7)

MESURE 9 | LUTTER PLUS EFFICACEMENT CONTRE LES DERIVES DE L'INTERIM MEDICAL

FRANÇOIS GRAVEL
**COMMENT
JE SUIS
DEvenu
CANNIBALE**
L'histoire d'une histoire



Attestation de non cumul

Responsabilité civile personnelle et professionnelle

Mutualisation inter-hospitalière (régionale ?)

PLFSS
2020

Enveloppe forfaitaire populationnelle

Financement à l'Activité (Case-Mix)

Forfait d'organisation de parcours

5 M€

Forfait de réorientation



QUALITÉ

Cadre « réglementaire » /dépôt de plainte

Travaux de sécurisation des accès





Yes, we can.

A black and white photograph of Nelson Mandela speaking at a podium. He is wearing a dark suit, a white shirt, and a dark tie. His right arm is raised high in the air. In front of him are several microphones. The background is a large, out-of-focus crowd of people. The text « Fools multiply when wise men are silent. » is overlaid on the left side of the image.

« Fools multiply when wise men are silent. »

**FAILURE
IS NOT
AN
OPTION**



Smithsonian

National Air and Space Museum