



Évaluation de la prise en charge des urgences-SAMU-SMUR et soins critiques selon le référentiel de certification

- **Service des urgences** : service hospitalier qui assure la prise en charge des venues non programmées, dans un établissement de santé public ou privé, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, de toute personne sans sélection, se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique.
- **SAMU** : service hospitalier qui répond 24h/24 (Centre de Réception et de Régulation des Appels CRRA - Centre 15) par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgences et assure « aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent les soins d'urgence appropriés à leur état ». Le SAMU centre 15 coordonne le parcours de soin des victimes en situation sanitaire exceptionnelle.
- **SMUR** : structure hospitalière qui assure en permanence la prise en charge préhospitalière d'un patient dont l'état requiert des soins critiques ou de réanimation. Unité basée à l'hôpital qui intervient exclusivement sur régulation du SAMU.
- **Soins critiques (Réanimation, Surveillance continue, Soins Intensifs adultes et pédiatriques)** : prise en charge graduée selon la gravité de patients présentant ou susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances viscérale aiguës mettant directement en jeu leur pronostic vital. Elle implique un monitoring continu des fonctions vitales et, le cas échéant, le recours à des méthodes de suppléance.

Enjeux nationaux

- Être préparés à s'adapter pour répondre efficacement aux situations de crise et d'urgence sanitaire¹.
- Permettre à tous les usagers¹ :
 - de bénéficier de filières de recours fluides et accessibles, notamment pour les urgences ;
 - d'accéder à des plateaux techniques comprenant soins intensifs, réanimation, et traitements innovants.
- Favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé qui devront travailler ensemble et mieux coopérer au service de la santé des patients².
- Renforcer la qualité et la sécurité des prises en charge dans les services d'urgences³.
- Faciliter la sortie des patients des services d'urgence³.



1. Stratégie nationale de santé 2018-2022.

2. Ma santé 2022.

3. Pacte de refondation des urgences, septembre 2019.

Principales données actuelles

SAMU-SMUR

- 105 SAMU Centre 15 répondent à 40 000 appels par jour⁴.
- 456 SMUR ont effectué 787 000 interventions⁵.
- 580 médecins correspondants du SAMU en 2016 (chiffre X 4 depuis 2012)⁶.
- Intégration dans la certification en V2020.

Urgences⁷

- 21 millions de passages par an avec 3,6% de passages en plus par an.
- 80% des services d'urgence disposent d'un IOA.
- 20% des passages débouchent sur une hospitalisation.

En quoi la certification répond aux enjeux du thème ?

Pilotage

- Organiser :
 - l'admission directe en urgence dans les unités spécialisées (3.1-06) ;
 - la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (3.6-01) ;
 - la gestion des lits d'hospitalisation en aval de l'urgence (3.7-05) ;
 - la réhospitalisation en urgence de patients HAD par le SAMU (2.2-14).
- Former les professionnels (2.2-02, 2.2-03, 3.6-01).

Actions

- Respecter les droits lors de l'accueil, de l'attente et des examens (1.2.02, 2.2-03).
- Sécuriser la régulation médicale des appels et orienter de manière adaptée le patient par l'équipe SAMU (2.2-01, 2.1-02, 2.2-14).
- Permettre une continuité de la prise en charge par le SMUR avec le SAMU-Services urgences-hôpital (2.2-01, 2.2-02, 2.2-03).
- Trier tous les patients dès l'accueil et orienter de manière adaptée le patient par l'équipe des urgences (2.2-03).
- Organiser, mettre en œuvre et évaluer la gestion des tensions hospitalières et les situations sanitaires exceptionnelles (3.6-01).

Évaluation

- Analyser et améliorer (dossier SMUR, résultats cliniques, modalités de prise en charge soins critiques, exercices ou entraînement SSE, occupation des lits) (2.2-02, 2.4-01, 2.4-05, 3.6-01, 3.7-05).
- IQSS (2.4-01).

4. Donnée Samu-Urgences de France, août 2019.

5. Statistique opérateur de télécommunication national.

6. Chiffres clés de l'offre de soin, édition 2018.

7. Rapport public annuel Cour des comptes 2019 (chiffres 2016).

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

Experts-visiteurs

Lors des visites dans les structures d'urgences **vous devez vous assurer** que les droits des patients sont respectés aux différentes étapes et notamment :

- que le patient est informé des délais d'attente dès son arrivée ;
- que les soignants respectent l'intimité et la dignité du patient lors des soins ;

Une attention spécifique devra être portée sur la prise en charge des personnes vivant avec un handicap ou les personnes âgées. Enfin, il est **important d'évaluer** quelle place les soignants accordent aux accompagnants lors de la prise en charge de la personne soignée.



1. Le respect des droits du patient lors de l'accueil, de l'attente et des examens aux urgences



- Informations sur le délai de prise en charge
- Respect de l'intimité et de la dignité
- Confidentialité
- Prise en compte des populations spécifiques
- Place donnée aux accompagnants

Les bonnes pratiques de prise en charge à l'arrivée aux urgences

Le patient est informé aux urgences du délai dans lequel il sera pris en charge par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO), par la personne de l'accueil, le médecin par l'IAO, le délai étant calculé en fonction du résultat de l'échelle de tri.

L'intimité et la dignité du patient sont respectées dès son arrivée, en attendant sa prise en charge pendant l'examen par l'IAO ou l'urgentiste. Les patients attendent non dénudés si possible dans un local fermé ou un espace dédié séparé par des paravents. Le patient est traité avec égards et ne souffre pas de gestes, propos ou attitudes inappropriés de la part des professionnels. Il convient d'être très vigilant pour éviter l'infantilisation des personnes lors des soins prodigués notamment si le patient vit avec un handicap, ou s'il s'agit d'une personne âgée vulnérable.

La confidentialité des informations données au patient est respectée lors de l'examen du patient par l'IAO et l'urgentiste.

Pour les personnes vivant avec un handicap, leur situation de dépendance ou vulnérabilité doivent être prise en compte notamment lors des temps d'attentes, pendant les soins mais aussi lors de leur orientation vers un service clinique en cas d'hospitalisation.

La présence des accompagnants est facilitée notamment pour les populations spécifiques (personnes âgées, enfants, handicapés, étrangers ne parlant pas la langue, etc.) par la présence d'un aidant (famille ou proche).

L'accueil des proches est organisé dans un local dédié et adapté pour les urgences et les services de soins critiques (réanimation...).

Les règles d'accès aux accompagnants sont affichées (stratégie relative aux enfants, aux horaires, à la suppression des visites et accompagnements pour cause d'épidémie, à l'éviction des accompagnants lors d'actes particuliers ...).

Un accompagnant ne doit pas gêner la dispensation des soins au malade, exposer à une maladie contagieuse et troubler le repos et l'intimité des autres malades.



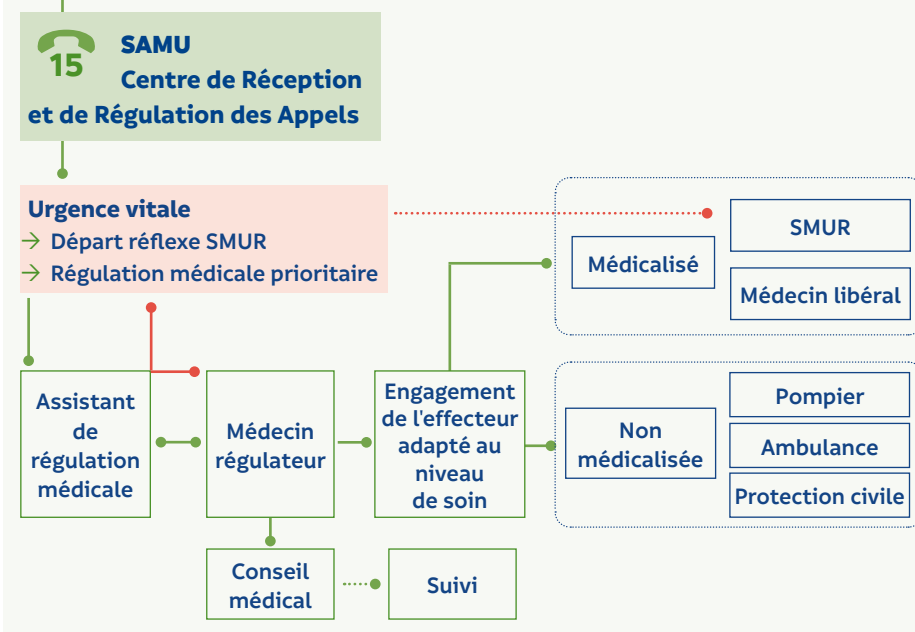
Concernant la régulation des appels et l'orientation du patient par le SAMU, **vous vérifierez** les pratiques mises en place lorsqu'un appel arrive au centre de réponse et de régulation des appels (CRRA), centre 15 :

- le traitement de l'appel par un Assistant de Régulation Médicale (ARM) ;
- le recours systématique, à l'issue de son entretien avec l'appelant, au médecin régulateur pour l'informer du motif de l'appel et de la situation du patient ;
- le déclenchement des réponses adéquates suite à la décision du médecin régulateur.

Deux cas de figure sont possibles :

- **le médecin régulateur prend l'appelant en ligne** et prend la décision adaptée au niveau de soins. Il peut lui délivrer un conseil médical et prévoir un suivi ou envoyer un effecteur ;
- **le médecin régulateur ne prend pas l'appelant en ligne**. Dans ce cas, l'ARM soumet sa décision au médecin régulateur pour validation.

2. La sécurisation de la régulation médicale des appels et l'orientation du patient de manière adaptée par l'équipe du SAMU



En résumé, **vous vous assurez** que tout appel est régulé médicalement et toute décision est validée par le médecin régulateur. Le patient sera alors pris par un effecteur médicalisé de type SMUR ou médecin libéral tel que le médecin traitant, SOS médecin, ou un médecin de garde, ou bien par un effecteur non médicalisé comme les sapeurs-pompiers, une ambulance privée ou la protection civile.

En cas d'urgence vitale, l'ARM déclenche le départ réflexe d'une équipe du SMUR et le plus souvent d'un autre effecteur avec information immédiate du médecin régulateur et régulation médicale prioritaire, l'appel devrait être pris en charge par le médecin régulateur dans les 20 secondes.



Régulation et prise en charge

Un grand flux d'appels parvient au centre 15. Un serveur vocal interactif informe les appelants qu'ils sont en relation avec le centre 15, que leur appel est enregistré, et qu'un certain nombre d'informations sera collecté. Cela incite les correspondants à ne pas poursuivre leur démarche lorsqu'ils identifient que leur appel ne répond pas à leur besoin (erreurs de numérotation, faux appels, ...).

Le SAMU est un Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA15). Un règlement intérieur ou une charte formalise les modalités d'organisation, de fonctionnement et intègre les protocoles de régulation et d'évaluation.

Tout appel arrivant au 15 est pris en charge par un Assistant de Régulation Médicale (ARM). Les ARM doivent être formés à la régulation médicale. Une formation diplômante créée en 2019 est désormais obligatoire. Les ARM exerçant déjà dans un SAMU peuvent obtenir le diplôme par validation des acquis de l'expérience et formation professionnelle continue. Leur départ en formation en vue de l'obtention du diplôme doit se faire avant le 31 décembre 2026.

L'ARM enregistre les coordonnées du patient (identification, adresse, téléphone...) ainsi que le motif d'appel dans le dossier de régulation. L'appel est transmis au médecin régulateur pour analyse diagnostique et décision en lien avec l'ARM.

Si son état le nécessite, le patient pris en charge est orienté vers l'établissement public ou privé permettant sa prise en charge. Cette orientation tient compte dans la mesure du possible de la volonté du patient et des capacités d'accueil des établissements.

Le SAMU organise l'accueil en lien avec le service destinataire, et tient compte des filières existantes permettant un accès direct dans les services spécialisés . »

Les modalités d'accès aux filières sont formalisées et connues des professionnels.

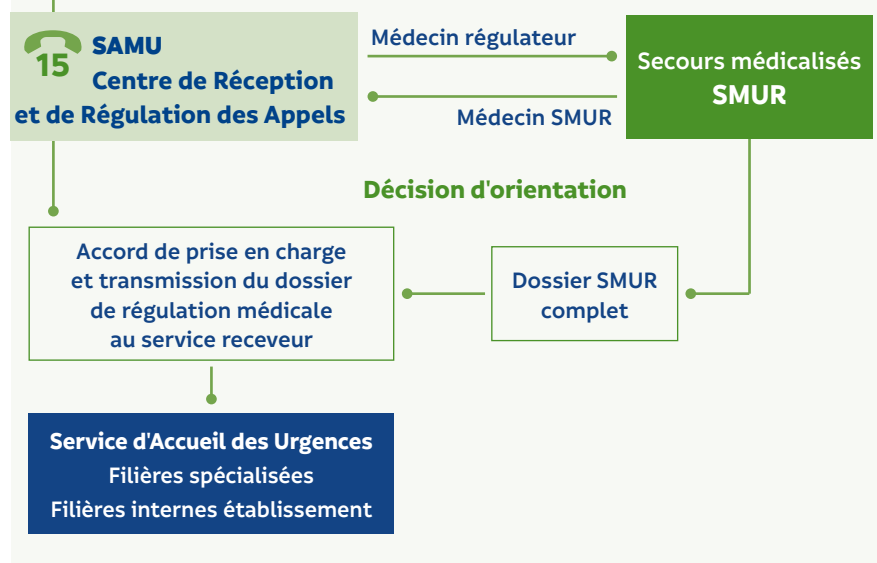


Concernant la continuité de la prise en charge entre le SMUR, le SAMU et le Service des urgences ou la filière spécialisée **vous vous assurez** que toutes les communications et décisions sont tracées :

- les échanges entre le médecin régulateur du SAMU et le médecin du SMUR ;
- la décision d'orientation du patient par le médecin régulateur en accord avec le service d'accueil.

Vous vérifierez que le dossier de régulation médicale alimenté du dossier SMUR ont bien été complétés et adressés au service d'accueil.

3. La continuité de la prise en charge par le SMUR avec le SAMU et le Service des urgences



Dossier de régulation médicale (DRM)

Tout appel pris par l'ARM et la régulation médicale est tracé dans le DRM, ainsi que le bilan de l'état du patient réalisé par l'effecteur.

Le DRM doit comporter les données administratives et médicales lors des actes de régulation dont :

- identification du patient et gestion administrative de l'appel (incluant l'horodatage des déclenchements de moyens,...) ;
- description du processus décisionnel, engagement des moyens, orientation, accueil et clôture du dossier.

Le DRM est transmis par le centre 15 au service receveur pour anticiper et préparer l'arrivée du patient puis il est clôturé au retour de l'équipe SMUR à sa base.

Dossier SMUR

Le dossier SMUR vient alimenter le DRM.

Le médecin du SMUR en relation avec le médecin régulateur du SAMU trace le bilan dans le dossier SMUR.

Un dossier médical préhospitalier SMUR complet, par patient et par intervention doit être renseigné par le médecin de l'Unité Mobile Hospitalière. Le dossier est transmis au service des urgences.

Certains éléments sont obligatoires :

- le nom et la signature du médecin ayant pris en charge le malade ;
- la date et les horaires des statuts du déroulement de l'intervention ;
- le ou les noms du ou des médecins référents du patient ;
- les antécédents et traitements en cours ;
- l'observation médicale initiale et l'évolution clinique ;
- les données de surveillance ;
- le diagnostic ou l'hypothèse diagnostique retenue ;
- les actes et les traitements réalisés (les actes et les doses de médicaments administrés doivent être écrits et horodatés) ;
- l'orientation du malade.

D'autres sont souhaitables car ne pourront pas être recueillis si le patient est inconscient, par exemple :

- le nom, prénom, sexe, date de naissance et l'adresse du patient ;
- le ou les noms du ou des médecins référents du patient ;
- les antécédents et traitements en cours ;
- le nom du médecin à qui est confié le patient. est réévaluée tout au long de la prise en charge.



Le triage des patients consultant aux urgences est nécessaire lorsque le flux dépasse les capacités de prise en charge immédiate hors urgence vitale.

Vous vous assurez que l'infirmière d'accueil et d'orientation a suivi une formation spécifique à ce poste.

Vous évaluez comment est réalisé ce tri, et notamment dès l'accueil du patient jusqu'à son orientation ;

- dans un délai maximal de 30 mn ;
- à l'aide d'une échelle de tri validée.

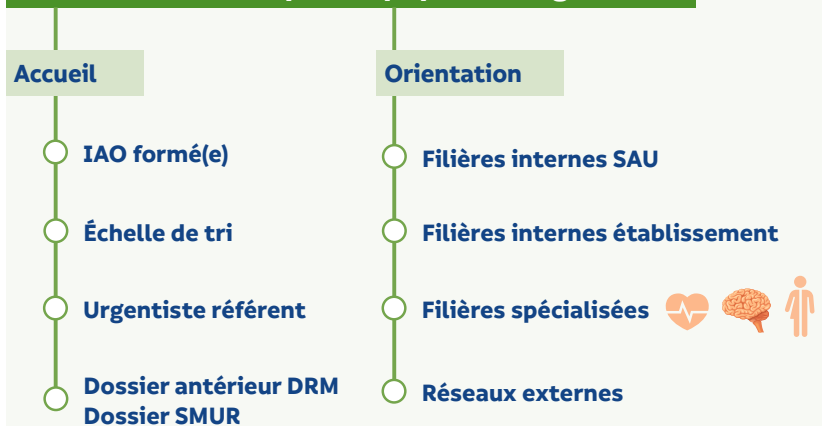
Vous regarderez également :

- si l'urgentiste référent, en charge de l'accueil et de l'orientation est identifié dans le tableau de service et a pu être facilement joignable par l'IAO ;
- que le dossier de régulation médicale (DRM), le dossier SMUR et l'éventuel dossier antérieur du patient sont facilement accessibles.

Ensuite, **vous évaluez** comment est orienté le patient et notamment, si les filières internes et spécialisées ainsi que les réseaux externes, sont opérationnels et répondent aux filières territoriales.



4. Le tri de tous les patients dès l'accueil et leur orientation par l'équipe des urgences



Zoom sur l'accueil et l'orientation

Concernant l'accueil : le premier soignant rencontré dès l'arrivée aux urgences est l'IDE d'accueil et d'orientation (IAO) qui est un IDE formé à ce poste.

- L'IAO va, dans les 30 mn, à l'aide d'un examen et d'une échelle de triage validée, évaluer la « charge en soins » nécessaire pour chaque patient afin de déterminer la priorité de prise en charge et l'orientation du patient au sein du service.
- L'IAO est aidé, dans cette mission, par un urgentiste référent en charge de l'accueil et de l'orientation qui est facilement joignable et identifié.
- L'IAO et l'urgentiste référent doivent pouvoir consulter les données disponibles, que ce soit le DRM, le dossier SMUR et le dossier antérieur du patient venu pour une consultation ou une hospitalisation.


La décision d'orientation prend en compte :

- **Les filières opérationnelles et répondant aux filières territoriales de prise en charge**, que sont :
 - les filières internes au service d'accueil des urgences - SAU (circuits court/long, SAUV, UHCD...);
 - les filières internes à l'établissement : avis spécialisés (chirurgical, médical), plateaux techniques (biologie, radiologie, bloc opératoire...), services d'hospitalisation (lits d'aval);
 - les filières spécialisées : USIC, neuro-chir, AVC, pédiatrie, psychiatrie...;
 - les réseaux externes : réseaux de soins de ville, HAD, SSIAD...
- **Un éventuel handicap :**

L'aidant/accompagnant doit être intégré dans la prise en charge et l'orientation du patient.

L'établissement d'orientation doit disposer de :

- locaux et moyens adaptés pour une prise en charge spécifique ;
- personnel qualifié à la prise en charge de ce handicap (référent ou autre).

 Concernant la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, **vous vérifierez** que l'organisation de la réponse en situation de crise de l'établissement de santé s'appuie :

- sur une équipe projet, pilotée par le directeur général, qui a désigné des référents SSE ayant suivi une formation spécifique. Elle est chargée du pilotage de crise et du dispositif gradué de montée en puissance ;
- ce dispositif s'appuie sur une cellule de crise et qui est l'organe de commandement pour la coordination de la prise en charge avec les différents acteurs intra et extra hospitaliers.

Cette cellule pilote le recensement des moyens humains et matériels, effectue l'analyse du capacitaire et du parcours de soins incluant la situation des lits occupés, les modalités de prise en charge en soins critiques ainsi que l'identification des points de rupture.

Tous ces éléments font partie de la contractualisation engagée avec l'ARS dans le cadre du plan ORSAN.

Vous vous attacherez dans un deuxième temps, à vérifier que l'évaluation de l'organisation mise en œuvre est bien réalisée, c'est-à-dire si des exercices ou entraînements sont organisés au moins une fois par an et si les événements relevant de la mise en œuvre des plans font l'objet de retours d'expériences partagés. ●●●

5. L'organisation, la mise en œuvre et l'évaluation de la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles

Équipe projet désignée par le DG/référents SSE/formation spécifique



Cellule de Crise Hospitalière et Coordination de la prise en charge avec les différents acteurs intra et extra hospitaliers

○ **Recensement moyens humains**

○ **Recensement moyens matériels**

○ **Analyse capacitaire et parcours de soins** | Situation des lits occupés
Modalités de prise en charge soins critiques

○ **Identification des points de rupture**

Contractualisation avec l'ARS d'une réponse minimale dans ORSAN

Volet AMAVI

Volet NRC

Volet REB

Volet EPI-CLIM

Volet MED-PSY

Exercices et RETEX SSE

Marqueurs/indicateurs sur les modalités de PEC des soins critiques

Des marqueurs ou indicateurs sont choisis par l'équipe sur les modalités de prise en charge des soins critiques (admission, prise en charge et sortie).

L'équipe suit a minima les refus d'admission et les ré hospitalisations à 48/72 heures dans leur unité. Ces marqueurs ou indicateurs peuvent concerner aussi les moments clés de l'admission pour les familles, les décisions de limitation des traitements, les transitions sources de dysfonctionnements dont la sortie de l'unité, la gestion du risque infectieux et autres risques, par exemple : les extubations non programmées.

Suite à l'exploitation des résultats des marqueurs ou indicateurs de suivi, des modalités de prise en charge en soins critiques sont améliorées.

Contractualisation avec l'ARS d'une réponse minimale dans ORSAN

Les crises sanitaires exceptionnelles sont identifiées par l'établissement.

Des outils de réponse préparés en amont permettent de faire face à toutes situations susceptibles d'engendrer une augmentation sensible de la demande de soins ou de perturber l'organisation interne de l'établissement.

L'ensemble de ces éléments, intégré dans un plan global de gestion des tensions hospitalières et des SSE (plan de mobilisation interne et plan blanc), doit permettre à l'établissement de santé d'apporter une réponse adaptée et progressive selon la nature, l'importance en termes sanitaire et la cinétique de l'événement.

Le plan blanc d'établissement répond à une analyse des risques encourus, une cartographie de ces risques permet de définir des priorités dans le plan d'action établi par l'équipe projet.

Le ou les plans de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles de l'établissement ont été collectivement élaborés (gouvernance, instances) et sont conformes aux guides ministériels et aux missions assignées par le plan ORSAN de la région (ARS).

Un parcours de soin est identifié pour la gestion du risque biologique et infectieux émergent.

En fonction de la catégorisation de l'établissement dans le plan ORSAN, des parcours de soins adaptés sont identifiés (damage control, chimique, nucléaire-radiologique, biologique). Volets AMAVI, NRC, REB, EpiClim, MED PSY.

Cellule de crise

La cellule de crise opérationnelle dans les 45 min suivant l'alerte dispose des outils et procédures nécessaires à son rôle de décision et coordination (prise en charge médicale des patients, organisations de crise, sûreté/sécurité, communication, suivi des victimes et accueil des familles, fonctions support).

Les professionnels et services concernés par l'activation des plans de crise sont formés à la gestion de crise et connaissent les modalités de l'alerte et de mise en œuvre :

- processus d'activation ;
- coordination de la situation et organisation :
 - de la prise en charge médicale, des fonctions supports,
 - de la sûreté sécurité,
 - du suivi des victimes et de la prise en charge des familles,
 - de la communication.

Exercices et RETEX SSE

Des exercices ou entraînement pour les situations sanitaires exceptionnelles (SSE) sont réalisés une fois par an par :

- l'équipe du SAMU sur situation sanitaire exceptionnelle mais aussi sur continuité d'activité en situation de panne (téléphonie, réseau, informatique) et l'activation des moyens de gestion de crise (en lien avec préfecture et ARS) ;
- les équipes du SMUR sur les actions de terrain relatives au parcours de soins ORSEC NOVI (en lien avec primo intervenants) ;
- l'équipe des urgences et unités soins la réorganisation en situation d'afflux massif de victimes et mobilisation des renforts (lien CCH/SAMU).

Suite à ces exercices ou entraînements, des retours d'expériences en santé sont réalisés (RETEX).

Pour aller plus loin

- Stratégie nationale de santé 2018-2022.
- Pacte de refonte des urgences 2019.
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système.

SAMU

- Art. L6311-1, R. 6311-2, R. 6315-3, R. 6311-7, R. 6311-13, R6123-15, D. 6124-309 et D. 6124-310 du Code de la Santé Publique.
- Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, 2011.
- Arrêté du 20 octobre 2011 fixant les règles de traçabilité des appels traités dans le cadre de la permanence des soins en médecine ambulatoire, pris en application de l'article R. 6315-3 du CSP.
- SAMU de France guide d'aide à la régulation médicale, 2020.
- Samu centres 15, référentiel et guide d'évaluation - Urgences de France - Société française de médecine d'urgence, mars 2015.
- Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD à destination des médecins prescripteurs, 2017.
- Guide SAMU : amélioration de la qualité et de la sécurité des soins - 2020.

SAMU - Service des urgences

- Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie, 2012.
- La prise en charge des infarctus cérébraux et des accidents ischémiques transitoires - *European Stroke Organization*, 2008.
- Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse), 2009.

SMUR

- Art. R.6123-15 du CSP.
- Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence.
- SMUR référentiel et guide d'évaluation SFMU, 2013.

Service des urgences

- Art. D. 6124-18, L. 1111-7 et R. 1112-2 du CSP.
- Le triage en structure des urgences - Société française de médecine d'urgence, 2013.
- Urgences – ANAP, 2017.
- Gestion des lits – ANAP, 2017.
- Suivi ambulatoire de l'adulte transplanté rénal au-delà de 3 mois après transplantation, 2007.
- Dossier du patient. Amélioration de la qualité et du contenu, 2003.
- Guide d'aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles, 2014.
- Guide d'aide à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles à destination des établissements de santé, 2019 (publication début 2019).
- Circulaire n°DGOS/R2/2019/235 du 07 novembre 2019.
- Mieux soigner moins héberger – Optimisation du parcours patient – ANAP, 2019.
- Gestion des lits, tome 1 : vers une nouvelle organisation – ANAP, 2015.
- Gestion des lits, tome 2 : mise en œuvre et bilan – ANAP.

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS

www.has-sante.fr

