

CIRCULAIRE DU 16 AVRIL 2003 (PRISE EN CHARGE DES **URGENCES**)

Circulaire du 16 avril 2003 (prise en charge des urgences)

Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Sous-direction de l'organisation
du système de soins

**Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003
relative à la prise en charge des urgences**

NOR : SANH0330184C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Date d'application : immédiate.

Références :

Décret n° 95-648 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et l'orientation des services d'urgences ;
Décret n° 97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire ;

Décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif à l'organisation et aux missions du SAMU ;
Circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002 sur l'amélioration de la filière de soins gériatrique ;
Circulaire DHOS/HFD n° 2002-284 du 3 mai 2002 relative aux plans blancs.

Textes abrogés :

Circulaire DH/DGS n° 90-326 du 15 février 1990 relative à l'amélioration de l'accueil des urgences ;

Circulaire du 4 juillet 1994 relative à l'organisation et au fonctionnement des urgences dans les établissements de santé assurant le service public hospitalier.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées
à

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour exécution et diffusion) ;

Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]) ;

Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information])

La prise en charge des urgences est l'une des grandes priorités de l'organisation de notre système de soins. Jean-François Mattéi, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées a souhaité (1) que des mesures opérationnelles soient prises rapidement au plan national et régional, suite à un travail entrepris avec l'ensemble des représentants des acteurs de santé concernés, pour l'amélioration de l'organisation et du fonctionnement des urgences en France.

Deux groupes de travail ont été mis en place. Le premier, piloté par monsieur Charles Descours, sénateur honoraire, sur la permanence des soins des médecins généralistes, a présenté ses travaux au ministre le 22 janvier 2003. Le second, piloté par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, avait pour objectif d'élaborer la présente circulaire relative à la prise en charge des urgences.

Constats et enjeux

Les 616 sites d'urgences autorisés (2) ont enregistré près de 13,4 millions de passages en 2001, soit une augmentation de près de 4 % par rapport à 2000. Le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics a crû de 64 % entre 1990 et 2001, soit une progression annuelle de 4,6 %. Les établissements de santé privés (3) prennent en charge 12 % des urgences. De même, les appels d'urgence au Centre 15 n'ont cessé d'augmenter ces dernières années ; dans plus de 30 % des cas, la réponse apportée consiste en une information et/ou un conseil médical. Il faut d'ailleurs noter que l'efficacité de la régulation a permis que la croissance des appels au Centre 15 n'entraîne pas une augmentation des interventions des services mobiles d'urgences et de réanimation.

Cette augmentation traduit de nouveaux comportements des usagers, qui recherchent un service et la sécurité de consultations non programmées pour des soins qui ne revêtent pas toujours un caractère d'urgence. Les résultats de l'enquête réalisée par la direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques montrent que 20 % des passages aux urgences sont suivis d'une hospitalisation et que trois-quarts des usagers se présentant aux urgences viennent directement, sans contact médical préalable.

La prise en charge des urgences dans les établissements hospitaliers a constitué une priorité de santé publique dans toutes les régions. Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont toutes élaboré un volet " urgences " dans leur schéma régional d'organisation des soins (SROS) de 2e génération (1999-2004) et consacré des moyens importants à l'amélioration du fonctionnement de ces services. Le renforcement de la séniorisation des services des urgences a eu pour effet d'améliorer la qualité, la sécurité et l'organisation de la prise en charge aux urgences, mais ces mesures ne permettent pas de faire face à la poursuite de l'augmentation du nombre de passages. Il est donc nécessaire de porter aussi l'action sur l'amont et l'aval des urgences pour une meilleure réponse du système de soins aux situations non programmées.

La présente circulaire a pour objet de formuler des recommandations opérationnelles pour l'organisation de la prise en charge des urgences, qu'il est demandé aux ARH et aux services déconcentrés de mettre en œuvre dans leur région à brève échéance. Je souhaite que ces recommandations soient l'occasion pour les établissements de santé d'envisager les pistes d'amélioration de l'organisation mise en place pour répondre aux demandes de soins urgents.

Vous trouverez en annexe un document plus complet émanant des réflexions du groupe de travail mis en place en septembre 2002 avec des représentants des syndicats d'urgentistes, des fédérations et des conférences hospitalières ainsi que des ARH et qui porte sur les modalités d'organisation de toute la chaîne des urgences, en amont et en aval de la prise en charge par les services des urgences.

I. - ARTICULER LA PERMANENCE DES SOINS DE VILLE ET LES SERVICES DES URGENCES

Il existe un continuum et une complémentarité entre la permanence des soins de la médecine ambulatoire et les services des urgences, qui nécessite, non seulement de clarifier les missions réciproques de chacun mais aussi de bien relier ces deux modes de prise en charge.

La permanence des soins en médecine ambulatoire peut se définir (4) comme " une organisation mise en place avec les médecins libéraux afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimés par les patients. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, de 20 heures à 8 heures, les dimanches et jours fériés et, éventuellement, le samedi après-midi ".

Les services des urgences ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir. La formation reçue par les médecins urgentistes, qui sera bientôt reconnue comme une spécialité, implique qu'ils puissent se consacrer aux pathologies relevant de la médecine d'urgence.

Le besoin de consultations exprimé en urgence, qui appelle dans un délai relativement rapide mais non immédiat, la présence d'un médecin, relève de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux.

Il est demandé aux ARH et aux DDASS, en lien avec le conseil de l'ordre des médecins, les unions régionales des médecins libéraux et les caisses d'assurance maladie, de prendre conjointement toutes mesures permettant la bonne articulation entre permanence des soins et services des urgences :

Lancer une démarche de centralisation des appels de permanence des soins, pour faire jouer la complémentarité des régulations libérale et hospitalière.

La régulation des appels relevant de la médecine ambulatoire est mise en place, chaque fois que possible, dans les locaux du Centre 15. La centralisation des appels de permanence des soins doit permettre de mieux orienter les usagers et de faire évoluer, lorsque c'est nécessaire, leur demande initiale envers les services des urgences vers la médecine ambulatoire. Les régulateurs libéraux qui réceptionnent les appels destinés aux généralistes travaillent aux côtés des médecins régulateurs hospitaliers, à qui ils transmettent les appels relevant de l'aide médicale urgente et réciproquement. L'organisation de la régulation des appels pourra être mise en place dans le cadre du comité départemental de l'aide médicale urgente.

Le plan hôpital 2007 pourra être mobilisé pour financer les moyens techniques nécessaires à la mise en œuvre de la centralisation des appels de permanence de soins. Cette démarche doit être couplée à une action d'information de la population au plan régional et local et à un programme d'éducation pour la santé commençant dès les établissements scolaires.

Soutenir les maisons médicales articulées avec le service des urgences hospitalier.

Le soutien de l'ARH à une maison médicale est conditionné, d'une part, à la formalisation des engagements réciproques, par les représentants de la maison médicale et ceux du services des

urgences, dans une convention définissant notamment les modalités de réorientation entre les deux structures et d'autre part, à la mise en place d'un dispositif d'évaluation de cette convention.

II. - DÉVELOPPER LA MISE EN RÉSEAU DES PROFESSIONNELS DE L'URGENCE

Les SAMU, SMUR, unités et services d'accueil des urgences doivent renforcer leurs liens, si possible dans le cadre de fédération, dans un souci de maillage du territoire et d'amélioration de la qualité de la réponse aux soins urgents.

Conforter le SAMU dans son rôle pivot de l'organisation et du fonctionnement de l'aide médicale urgente et renforcer les SMUR.

Cet objectif est atteint à la fois par l'interconnexion automatique des centres d'appel du SAMU et du SDIS, la mise en réseau des SAMU entre eux, le renforcement des équipes de permanenciers dans les centres 15 et la mise en place de médecins correspondants du SAMU.

a) Interconnecter les centres d'appels

L'article L. 6112-5 du code de la santé publique rend obligatoire l'interconnexion du 15 et du 18. Tout déclenchement d'une opération de secours à victimes impliquant les deux services doit être accompagné d'une information opérationnelle réciproque. Cette information mutuelle concerne non seulement la retransmission initiale des données de l'alerte, mais également le déclenchement des opérations et leur suivi. Le fonctionnement de ce dispositif doit faire l'objet d'une évaluation régulière, notamment s'agissant de la qualité de l'échange d'informations et de leur traitement. Les moyens de mettre en place l'interconnexion des lignes doivent être donnés aux services d'aide médicale urgente.

b) Mettre en réseau les SAMU

La mise en réseau des SAMU poursuit deux objectifs :

mutualiser la régulation médicale en cas de faible activité sur certaines plages horaires : un SAMU assure la régulation, durant la nuit notamment, sur plusieurs départements. Une telle organisation permettrait, notamment, de disposer d'au moins un médecin régulateur en permanence en éveil à son poste. Cette organisation repose sur un travail préalable, réalisé en commun par les SAMU concernés, d'élaboration des documents nécessaires à la régulation médicale (cartographie, répertoires de ressources, protocoles, procédures) ;

identifier des correspondants spécialisés, mutualisés sur plusieurs départements, voire plusieurs régions, susceptibles de participer à la régulation médicale (pédiatre, psychiatre, toxicologue, obstétricien, etc.). Ce dispositif est mis en place dans le cadre de l'organisation de la spécialité et selon les besoins de la région.

c) Conforter les effectifs de permanenciers auxiliaires de régulation médicale

Des travaux sont en cours au ministère pour mieux définir la formation et les conditions d'exercice des permanenciers des Centres 15.

Vous veillerez à conforter les équipes les plus sollicitées, qui, notamment dans le cadre des réseaux de SAMU, ne peuvent faire face, en l'état de leur effectif, à une forte activité, en particulier sur certaines plages horaires.

d) Mailler le territoire par le Service mobile d'urgences et de réanimation (SMUR)

Vous veillerez à ce que les SMUR maillent suffisamment le territoire de votre région. Dans certains cas, et lorsque l'accès des soins n'est pas assuré, les SMUR doivent être renforcés, pour permettre une gestion du risque immédiat qui met en jeu le pronostic vital, dans les délais nécessaires.

En complément de cette implantation et en particulier dans les départements où la dispersion de la population et la limitation des moyens de secours soulèvent des difficultés, il est souhaitable d'identifier des médecins correspondants du SAMU qui constituent des relais dans la prise en charge de l'urgence vitale. Ces médecins, qu'ils soient médecins libéraux, médecins SMUR ou médecins pompiers, sont formés à l'urgence. Cette formation est dispensée sous l'autorité du service hospitalo-universitaire de référence, en liaison avec les SAMU, les centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU) ainsi que les services des urgences et les SMUR, terrains privilégiés de stages. Un équipement minimum, en télécommunications et en matériels de réanimation, notamment un défibrillateur, doit être mis à disposition des médecins, qui doivent être formés à son utilisation et aux gestes d'urgence.

Une évaluation régulière de la sécurité de la prise en charge, de la rapidité et la qualité de la réponse apportée, etc., doit être effectuée par le CODAMU en lien avec le SAMU et vous être transmise.

Développer les fédérations et les groupements de coopération sanitaire des SAMU, SMUR, services des urgences et services de réanimation, le cas échéant.

Ces fédérations médicales inter-hospitalières et groupements de coopération sanitaire consistent à mutualiser les ressources et peuvent aboutir à la mise en place, sur un territoire d'accès aux soins, d'une seule équipe hospitalière de médecins d'urgence qui tournent entre UPATOU, SAU, SAMU, SMUR et services de réanimation, le cas échéant. Cette organisation permet de maintenir un niveau de formation, d'activité et de compétences satisfaisants pour l'ensemble des médecins d'urgence et de mieux gérer les permanences.

III. - OBTENIR L'IMPLICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DANS LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DANS L'ORGANISATION DE L'AVAL

1. En interne, l'amélioration de la prise en charge des patients et en particulier, la réduction des délais d'attente suppose la formalisation de la contribution des différents services concernés à la prise en charge des urgences. Une sous-commission constituée au sein de la commission médicale d'établissement, dénommée commission des admissions et des consultations non programmées, doit se réunir régulièrement et obtenir des résultats substantiels dans l'amélioration des circuits des patients en aval des urgences notamment.

Généraliser la mise en place d'une commission des admissions et des consultations non programmées au sein des établissements publics de santé, qui jouerait un rôle pivot dans l'organisation et l'évaluation de la prise en charge des urgences.

Cette commission aura notamment pour missions de prévoir la contribution de chaque service et de garantir que les services de spécialité prévoient leur programmation en tenant compte d'une capacité à réserver aux urgences, évolutive en fonction des activités programmées et des périodes. De même, la commission validera les propositions de fermeture temporaire de lits et fixera les capacités à maintenir disponibles pour l'urgence. Elle devra également valider et évaluer les protocoles organisant les filières spécifiques ainsi que les modalités d'hospitalisation en zone de surveillance de très courte durée. Dans les établissements privés, ces missions relèvent de la conférence médicale d'établissement.

Impliquer les spécialistes dans le diagnostic établi aux urgences.

Dans les établissements publics de santé, les modalités d'intervention des médecins seniors des services de spécialités, ou des internes qu'ils délèguent sous leur responsabilité, doivent, en tant que de besoin, être systématiquement et préalablement organisées. Cette organisation doit être formalisée entre le service des urgences et tous les services, de médecine polyvalente ou de spécialités et évaluée périodiquement par la commission des admissions et des consultations non programmées.

Impliquer les spécialistes dans la prise en charge du patient en aval des urgences.

Dans un certain nombre d'établissements, les patients attendent d'être hospitalisés parfois plusieurs heures dans les services des urgences. L'ensemble des acteurs de l'établissement de santé (direction, chefs de services, médecins) doit se mobiliser pour remédier à cette situation et apporter son concours à l'amélioration de l'organisation interne, qui doit permettre une gestion en flux des urgences. Il est essentiel que les services des urgences puissent disposer de la disponibilité des lits des services de soins de leur établissement. Des protocoles entre services doivent être formalisés pour permettre l'hospitalisation du patient dans un service adapté à sa prise en charge.

La mise en œuvre de la tarification à l'activité viendra conforter la place des services des urgences dans leurs établissements par une meilleure valorisation de leur activité.

2. En externe, le développement d'un réseau d'aval impliquant l'ensemble des établissements disposant de capacités d'accueil, doit permettre de réduire les délais d'attente aux urgences et les inadéquations de prise en charge.

Appuyer la mise en réseau des établissements pour permettre des transferts inter-établissements dans des conditions de délai et de préparation satisfaisantes pour le patient.

Elaborer un programme d'actions au niveau de la conférence sanitaire de secteur, en vue de mobiliser les différents établissements dans la prise en charge en aval des urgences en court, moyen et long séjours. Ce travail peut s'effectuer de manière plus fine sur chaque territoire de santé, au sein d'une commission rattachée à cette conférence.

Vous veillerez à ce que les contrats d'objectifs et de moyens des établissements publics de santé intègrent cet objectif de prise en charge des urgences par l'ensemble des services concernés.

IV. - METTRE EN PLACE DES FILIÈRES ADAPTÉES À CERTAINES PATHOLOGIES OU POPULATIONS

L'amélioration de l'organisation de la prise en charge des urgences passe aussi par l'identification de filières spécifiques.

Organiser et coordonner des filières sécurisées en lien avec le SAMU-Centre 15.

Ces filières permettent le transfert et l'admission directs et immédiats des patients présentant des pathologies spécifiques telles que l'accident vasculaire cérébral ou l'infarctus du myocarde, vers les plateaux techniques disposant des compétences et des équipements requis. Chaque fois qu'une entrée directe dans un service spécialisé est possible, elle doit être privilégiée (unité de soins intensifs et continus, réanimation adulte, réanimation pédiatrique, soins intensifs en neurologie, en neurochirurgie ou en cardiologie). En effet, le pronostic vital et/ou fonctionnel est étroitement associé à la rapidité de cette prise en charge spécialisée.

Mettre en place l'accueil et les filières de soins adaptés à certaines populations.

Le SROS doit identifier des filières de prise en charge en pédiatrie, gériatrie et psychiatrie (5), et être complété par des actions, au sein de chaque établissement et en inter-établissements, de mise en lien des professionnels concernés, qui doivent permettre d'améliorer le suivi et la prévention des patients accueillis. Les professionnels des services des urgences ont un rôle à jouer dans cette prévention. Ainsi, le patient doit systématiquement recevoir des instructions précises à sa sortie pour prévenir la répétition d'une situation qui l'a amené aux urgences.

De même, des modalités d'accompagnement des personnes en situation sociale précaire doivent être définies en lien avec les assistants sociaux des permanences d'accès aux soins et les organismes sociaux.

V. - UTILISER LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION (T.I.C.) EN PRÉ-HOSPITALIER, EN INTRA-HOSPITALIER ET AU SEIN DES RÉSEAUX DE SANTÉ

L'accroissement des liens entre établissements, la mise en place de filières de soins et la gestion en flux des urgences supposent l'échange d'informations et la mise en place de communications entre services et professionnels.

Développer les TIC comme support de la mise en réseaux des services des urgences et de soins.

Vous veillerez à développer l'utilisation des technologies de l'information et de la communication, comme support de la coordination entre les professionnels de santé, en amont et en aval des urgences. Ces technologies sont les outils indispensables à la mise en réseau des structures des soins qui contribuent à la prise en charge des urgences, soit directement, soit indirectement. Ces technologies doivent permettre le transfert de dossiers médicaux, le cas échéant, d'images, l'échange d'informations sur la disponibilité de lits et l'organisation de staffs médicaux. La télésanté fait partie des outils aujourd'hui indispensables à une pratique médicale partagée. Dans cet esprit, l'interopérabilité des systèmes d'information doit, dans la mesure du possible, être favorisée.

Mettre en place un dispositif d'évaluation des urgences.

Vous veillerez, préalablement à toute nouvelle organisation des urgences, à mettre en place des indicateurs d'évaluation en concertation avec les représentants des professionnels concernés et à vous engager dans une démarche d'observation des urgences pour mieux connaître la réalité de l'activité des services des urgences, des SMUR et des centres 15. A cette fin, un apport annuel sera remis au comité de l'aide médicale urgente (CODAMU), à la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation (COMEX) et à la commission des admissions et des consultations non programmées. Les usagers seront associés à cette démarche d'évaluation, au moyen le cas d'enquêtes de satisfaction.

Un cahier des charges de cette observation sera élaboré au plan national dans les prochaines semaines pour permettre d'avancer dans cette démarche.

*

* *

Je vous demande de m'adresser un rapport intermédiaire de la mise en œuvre des différentes recommandations opérationnelles de la présente circulaire, au plus tard à la fin de l'année 2003.

Je vous remercie de bien vouloir assurer la plus large diffusion possible de cette circulaire et de son annexe aux établissements de santé.

Je vous saurais gré de bien vouloir me tenir informé de toute difficulté rencontrée dans l'application des recommandations de la présente circulaire, en prenant contact le cas échéant avec Mme Solenne Barat, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, sous-direction de l'organisation du système de soins, bureau de l'organisation générale de l'offre régionale des soins, au 01-40-56-53-97 ou par e-mail : solenne.barat@sante.gouv.fr.

Pour le ministre de la santé, de la famille
et des personnes handicapées,
et par délégation :
Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,
E. Couty