

Jusqu'où peut-on réguler l'accès aux Urgences ?

Dr Marc NOIZET

Président SUDF

SAMU68 – SAU MULHOUSE

29^{ème}

Congrès Aquitain
de Médecine
d'Urgence

CAMU
COLLEGE AQUITAIN
DE MEDECINE D'URGENCE
2023

5 & 6 AVRIL

PESSAC (33)

INSTITUT DES MÉTIERS DE LA SANTÉ
HÔPITAL XAVIER ARNOZAN



www.camu.mcocongres.com



Quelle est notre mission ?

> Article R6123-18

Modifié par Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 - art. 2 () JORF 23 mai 2006

Tout établissement autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 est tenu d'accueillir en permanence dans la structure des urgences toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le SAMU.

urgence

nom féminin



1. Caractère de ce qui est urgent, de ce qui ne souffre aucun retard : **L'urgence d'une solution à la crise.**
2. Nécessité d'agir vite : **Des mesures d'urgence.**
3. Situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement.
4. Situation qui peut entraîner un préjudice irréparable s'il n'y est porté remède à bref délai et qui permet au juge de prendre certaines mesures par une procédure rapide (référé, assignation à jour fixe) ; la procédure elle-même.

Dans le domaine médical, situation d'un patient à soigner sans délais.
*La notion médicale fait intervenir deux acteurs antagonistes, celui qui appelle à l'aide et celui qui est sollicité : chacun apprécie différemment la situation. L'appellant ressent l'urgence de façon surtout subjective, **c'est l'urgence ressentie**. Celui qui est sollicité apprécie plus objectivement et cherche à distinguer l'urgence vraie de la fausse urgence.*

Après avoir obtenu les renseignements permettant un premier bilan fonctionnel et lésionnel, le médecin apprécie si l'urgence est vraie et, si oui, quel est le temps nécessaire pour être efficace. Compte tenu de ces données, il met en œuvre son intervention en fonction des risques estimés et des moyens disponibles. Selon ces critères on peut décrire :

- l'«**urgence absolue**» qui correspond à une situation de détresse vitale,
- l'«**extrême urgence**» (urgence immédiate) qui évolue très vite vers l'urgence absolue.

Les extrêmes urgences sont bien souvent intransportables.

- l'«**urgence relative**» qui peut attendre,
- l'«**urgence potentielle**» qui nécessite seulement une surveillance attentive.

Dictionnaire médical de l'ACADEMIE DE MEDECINE version 2023

Contexte de fréquentation



Ministère des finances et des comptes publics
Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits
des femmes
Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle
et du dialogue social



2. Mode d'arrivée, provenance et démarches

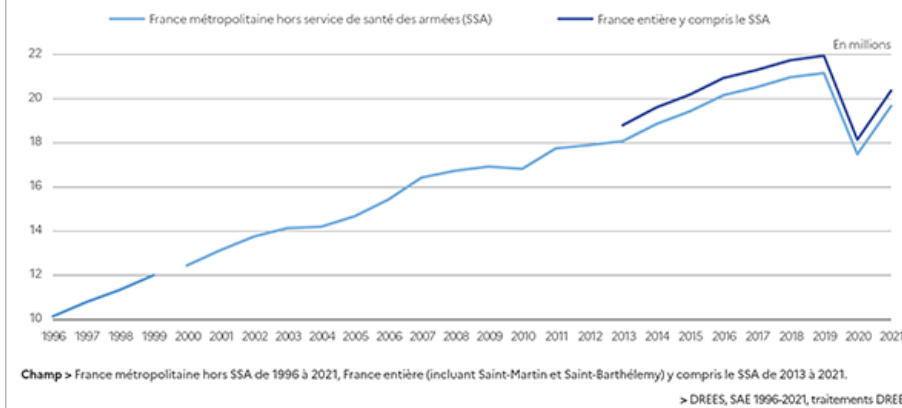
➤ La situation ayant conduit aux urgences date :

- Du jour même pour 53 % des patients
- De la veille pour 15% des patients
- De plusieurs jours pour 29 %

➤ Un patient sur trois a entrepris au moins une démarche avant de se rendre aux urgences :

- 95 % ont fait une démarche auprès d'un seul interlocuteur
- et 5% auprès de 2 interlocuteurs.

Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996



2. Mode d'arrivée, provenance et démarches

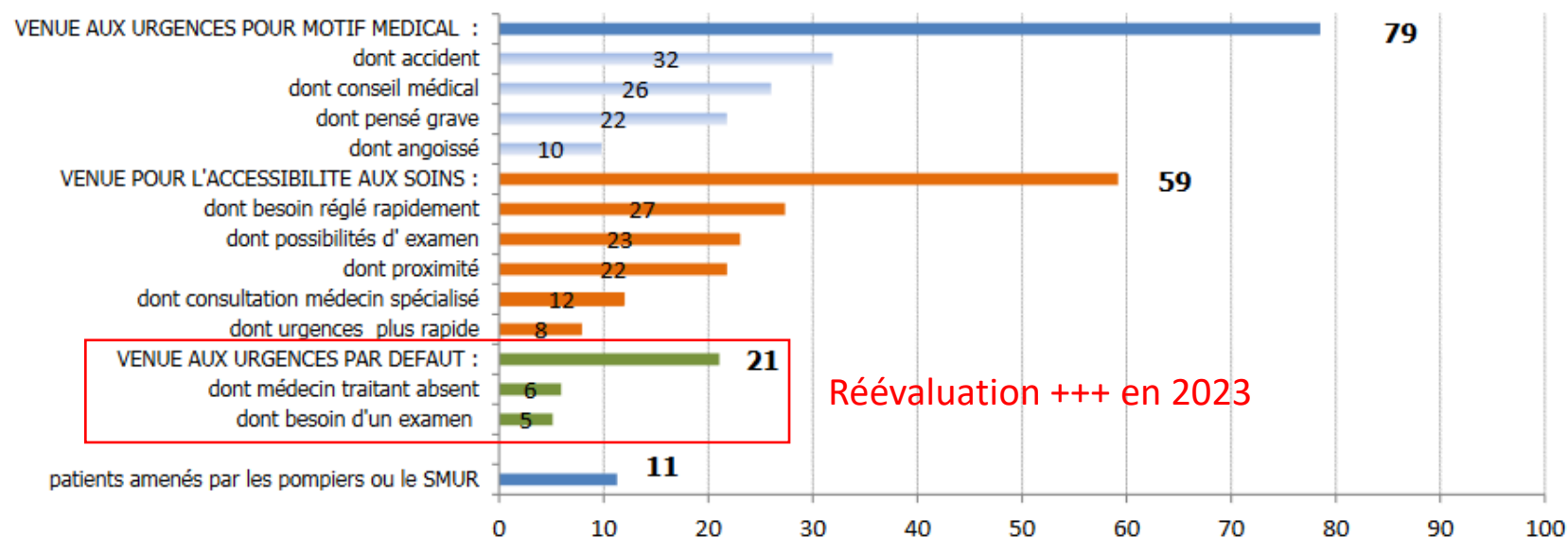
Parmi le tiers des
patients ayant fait
des démarches

Les 3/4 ont effectué des démarches auprès d'un médecin.
Dans la grande majorité des cas, le conseil donné est de se rendre
aux urgences

Interlocuteur	Un médecin (ou un pharmacien)	SAMU	Les pompiers ou un autre numéro d'appel	Un proche
Démarches :				
Appel téléphonique ou consultation	77	11	8	11
Conseils donnés :				
Se rendre aux urgences	55	9	6	7
Simple conseil	11	1	1	3
Autre (1)	7	0,4	1	0,4
Consulter un médecin le jour même	5	1	0,3	1
Attendre le lendemain pour consulter	3	0,2	0,1	1
Appeler le 15	2		0,4	1
Appeler les pompiers ou un autre numéro d'appel	1	0,3	0,1	1

3 Motifs de recours et motivations des patients

Pour 80% des patients, la décision de se rendre aux urgences relève d'un motif médical : les urgences apparaissent comme le lieu de soins médicalement le plus adapté au problème de santé



Réévaluation +++ en 2023

AUX USA :

11% recours inappropriés
(soins courants)
47% soins non urgents

Kellermann A. L. Nonurgent emergency department visits. Meeting an unmet need. Journal of the American Medical Association , 1994, 271 (24) : 1952-3

Sources: DR EES Enquête urgences juin 2013, données statistiques

Champ : patients ne provenant pas d'un établissement de santé ou médico-social, ni emmenés par les forces de l'ordre,

« Général & divers » : recours des patients venus pour fièvre, altération de l'état général, fatigue, des sutures, des pansements....

- 251 millions de consultation en médecine générale dont 5,6 millions de PDSA (*données SNIIR-AM 2016*) ;
- 35 millions de recours urgents ou non programmés à la médecine générale, soit 12 % du total des consultations (*enquête DREES 2004*), en cohérence avec la littérature internationale ;
- 21 millions de passages aux urgences (*données SAE 2016, DREES*) ;

1^{er} POSTULAT : URGENCES lieu de recours par défaut

- **75 % des passages aux urgences ont lieu entre 8h et 20h les jours de semaine** (pics début matinée et début après-midi, moindre activité 20h et 8h et week-end) (*enquête DREES un jour donné juin 2013*).

Améliorer la réponse aux besoins de soins non programmés en agissant sur l'amont des urgences

Recommandation n°1 : Généraliser la présence d'une MMG à proximité de tous les SAU de plus de 50 000 passages/an.

Recommandation n°2 : Systématiser le tiers-payant dans le cadre de la garde des médecins libéraux en MMG

Recommandation n°3 : Modifier les articles L. 6211 13 et L. 6211 18 du code de la santé publique afin de permettre la pratique de la biologie délocalisée dans les structures de premier recours pour les besoins de soins non programmés.

Recommandation n°4 : Permettre à la régulation médicale de solliciter un transport sanitaire pour conduire un patient à un rendez-vous dans le cadre de soins non programmés vers les maisons et centres de santé ou les maisons médicales de garde.

Recommandation n°5 : Favoriser les partenariats entre CPTS et GHT et mettre en place les modalités d'un dialogue efficace

Recommandation n°6 : Déployer les infirmiers en pratique avancée sur le suivi des maladies chroniques

Recommandation n°7 : Dans le cadre de protocoles de coopération, permettre aux professionnels de santé non médecins exerçant au sein d'une équipe de soins coordonnée, l'élargissement de leurs compétences pour prendre en charge les petites urgences.

Recommandation n°8 : Élargir le périmètre du modèle d'organisation des PASS pour prendre en charge les situations médico-sociales non urgentes.

Recommandation n°9 : Généraliser les outils d'aide à la décision comme la vidéo à distance dans tous les Centres 15

Recommandation n°10 : Mettre en place dans tous les territoires un service d'accès aux soins (SAS) pour répondre à toute heure à la demande de soins.



9 Septembre 2019



« Pour un pacte de refondation des urgences »
Rapport T Mesnier, P Carli – Décembre 2019

URGENCES : modification des modalités d'accès de nuit aux urgences adultes du groupe hospitalier Pellegrin CHU de Bordeaux

A PARTIR DU 18 MAI, MODIFICATION DES MODALITÉS D'ACCÈS DE NUIT AUX URGENCES ADULTES DU GROUPE HOSPITALIER PELLEGRIN



*Laissons les urgences...
aux urgences !*



Avant de vous déplacer

- Prenez l'avis de votre médecin traitant
OU
- En cas d'impossibilité ou d'urgence ressentie, contactez le 15 (SAMU) qui saura vous orienter vers la structure adaptée en fonction de vos symptômes

GH PELLEGRIN

De 20h à 8h : régulation par le 15 systématique. Il est indispensable de contacter le 15 avant tout déplacement aux urgences. (Pour ceux n'ayant pas les moyens de composer le 15 un dispositif d'appel relié au SAMU sera mis en place au niveau des urgences)

RAPPEL : Les services d'urgence ont vocation à prendre en charge et en priorité **les urgences vitales**



**MISSION FLASH
SUR LES URGENCES
ET SOINS NON
PROGRAMMÉS**

06.2022

AUTEURS

Mission pilotée par

Dr François Braun, Président de SAMU-Urgences de France

Avec l'appui de

Pr Karim Tazarourte, Président de la Société Française de Médecine d'Urgence

Dr Antoine Leveueur, Président de la Conférence nationale des URPS de médecins libéraux

Dr Delphine Tortigot, médecin généraliste

Thomas Deroche, Directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) de Normandie

ORIENTER LES PATIENTS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

Recommandation n°1 : Informer la population avec une campagne nationale et locale sur le bon usage des services d'urgence

Recommandation n°2 : Faciliter le recrutement d'ARM en repoussant l'échéance de certification de décembre 2023

Recommandation n°3 : Financer la mise à niveau des effectifs ARM (y compris en SAS)

Recommandation n°4 : Permettre aux médecins régulateurs généralistes en journée d'être collaborateurs occasionnels du service public

Recommandation n°5 : Ouvrir le SAS à l'ensemble des professionnels de santé afin favoriser le développement des filières directes de prise en charge sans passer par les urgences

Recommandation n°6 : Rémunérer les médecins régulateurs généralistes au forfait « brut » de 4G/heure

Recommandation n°7 : Accompagner le déploiement d'ici l'automne 2022 de l'utilisation de la plateforme numérique du SAS sur tout le territoire national

LIMITER L'ACTIVITÉ DES SERVICES D'URGENCE EN LA CONCENTRANT SUR LEUR PLUS-VALUE

Recommandation n°23 : Mieux réguler les admissions en service d'urgence, soit à l'entrée du service, soit par la régulation médicale préalable par le Samu/SAS

Recommandation n°24 : Autoriser la suspension d'activité partielle d'un SU dans une logique territoriale

Objectif : Limiter la sollicitation inappropriée des services d'urgence en incitant, en fonction des capacités locales, au triage dès l'admission au SU, soit par un IOA (secondé si besoin par MAO), soit par le SAMU/SAS si l'accès est localement régulé (cf. campagne nationale d'info). Ce tri ou cette régulation seront conditionnés à une filiarisation pleinement structurée : « allez consulter à... » ou « revenez demain à... », avec protocolisation et production d'une fiche formalisée d'information et d'un dossier SU avec validation médicale.

Des services d'urgence peuvent être autorisés à ne pas recevoir de patients sous réserve de la capacité de gérer une urgence vitale au sein de l'établissement et de maintenir un SMUR si nécessaire. Cette organisation temporaire et dérogatoire ne peut être mise en place que dans le cadre d'un accord territorial. Elle permet de diminuer la consommation de ressources humaines rares en nuit profonde et, le cas échéant, de les regrouper au sein de la structure d'urgence qui assure la permanence des soins dans la perspective d'une équipe médicale et paramédicale de territoire.

MISSION FLASH SUR LES URGENCES ET SOINS NON PROGRAMMÉS

AUTEURS

Mission pilotée par

Dr François Braun, Président de SAMU-Urgences de France

Avec l'appui de

Pr Karim Tazarourte, Président de la Société Française de Médecine d'Urgence

Dr Antoine Leveueur, Président de la Conférence nationale des URPS de médecins libéraux

Dr Delphine Tortiget, médecin généraliste

Thomas Deroche, Directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) de Normandie

06.2022

Eté 2022 : enquête SUdF



331 établissements siège de SU

90% difficultés ressources médicales (73% recours à intérim)

95% problématiques importantes de disponibilités en lits

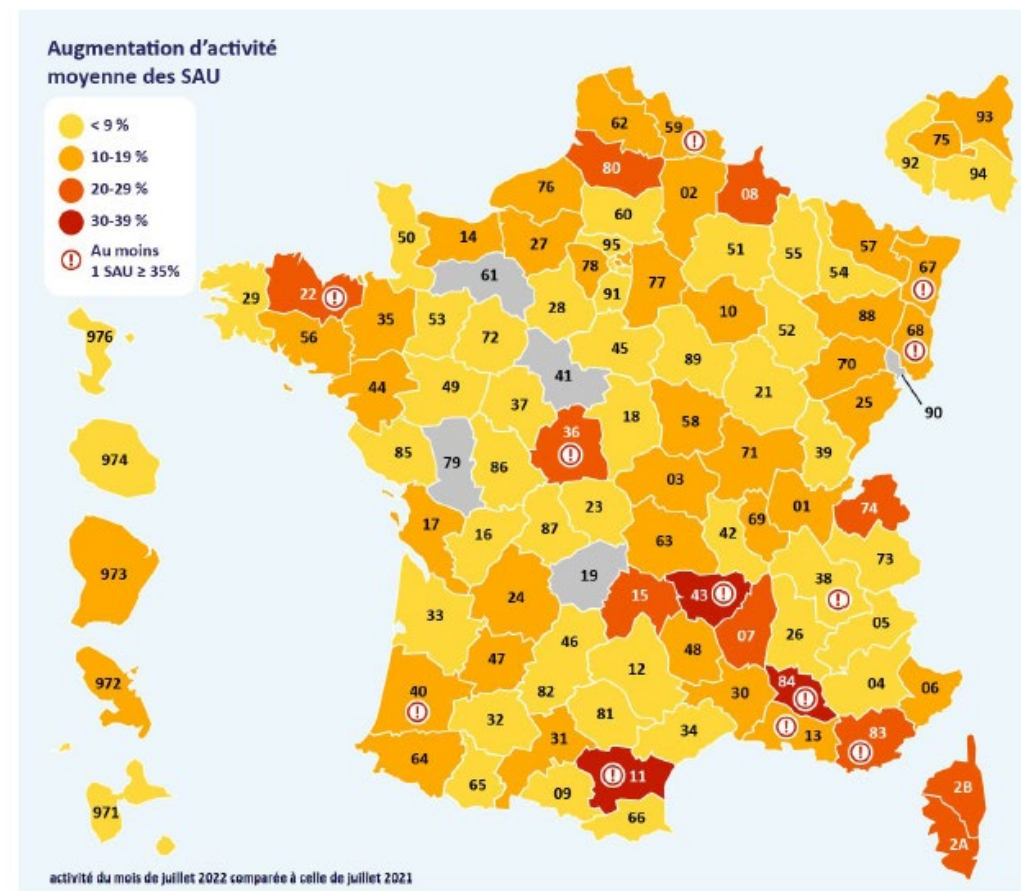
22% recours à réduction capacitaire ou fermeture totale UHCD

12,3% d'augmentation moyenne d'activité en juillet 2022, 10% dans les SU où une régulation d'accès a été mise en place

26% des ES ont mis en place une restriction d'accès au SAU, dont

- 3/4 avec une régulation médicale systématique par le C15
- 1/2 fermeture totale de nuit de leur SU (moy 13 nuits/mois)
- 1/4 fermeture totale de jour de leur SU (moy 9 jours/mois)

CARTE D'AUGMENTATION DE L'ACTIVITE DES SAU



Les enjeux pour demain

PATIENTS :

- Sécurité d'accueil et de soins

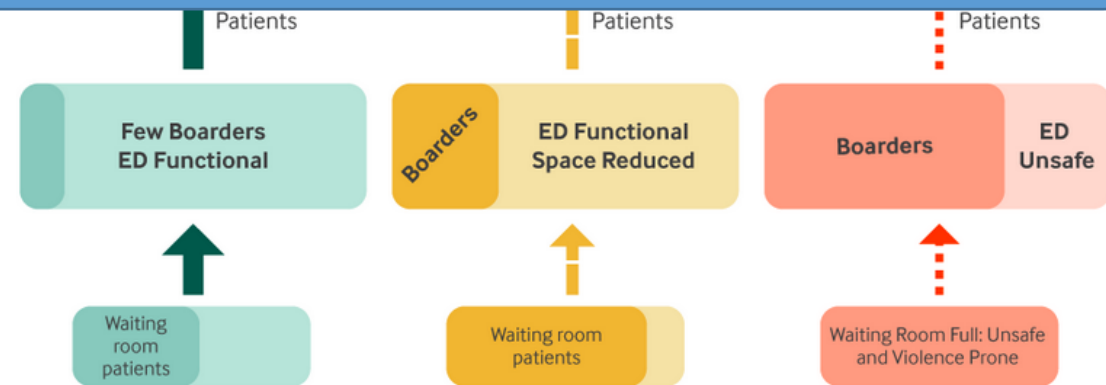
(\ préjudice mortalité)

2^{eme} POSTULAT : nécessité de réguler l'accès pour préserver les URGENCES

- Pratiquer la médecine d'urgence

Impact of Boarding Admitted Patients on Emergency Department Function

When census is <85%, hospitals typically can function efficiently (green). Hospitals become stressed as census increases beyond 85% and admissions from the ED begin to accumulate from prolonged boarding (yellow) filling the ED to capacity. Most hospitals cannot overcome inefficiencies when hospital census is above 90% (red). The ED becomes overwhelmed and backed up, filling the waiting room and delaying care for those patients leading to increased risk of patient harm.

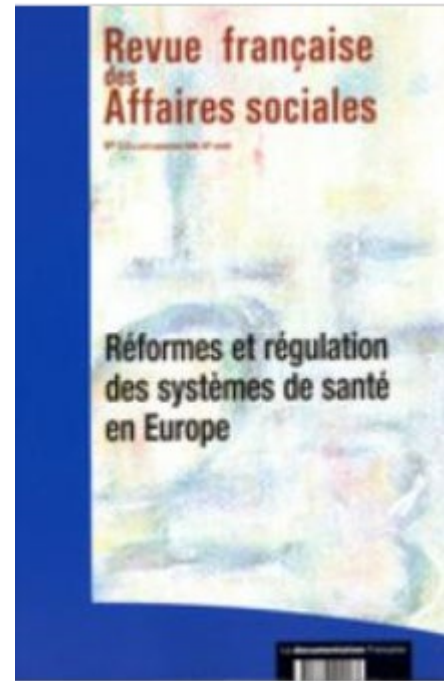


Source: The authors, based in part on internal Association of Academic Chairs of Emergency Medicine (AACEM) members' data, and informed by Forster AJ, Stiell I, Wells G, Lee AJ, van Walraven C. The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition. Acad Emerg Med. 2003;10(2):127-133. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1197/aemj.10.2.127>.

Régulation de la demande de soins non programmés en Europe

L Hartmann, P Ulmann, L Rochaix

Revue française des affaires sociales 2006/2-3



Communication entre acteurs comme outil de régulation (Suède, Espagne) :

- NTIC
- E-carte santé
- Logiciels partagés / intranet
- télémedecine

Tableau 2 : **LES NOUVELLES FORMES ET LE NOUVEAUX OUTILS DE LA PERMANENCE DES SOINS**

	Responsabilisation des patients	NTIC	Partage d'activité	Sous-traitance de la permanence des soins	Coordination ville/hôpital
Allemagne	Clivage entre ex-Allemagne de l'Est et l'Ouest sur recours aux soins (recours aux urgences hospitalières plus fréquent dans les nouveaux Länder). Mésusage du système de permanence des soins.	Pas de modèle unique en termes d'accès téléphonique à la permanence des soins. Développement d'une plate-forme intranet pour les offreurs de soins. Carte e-santé introduite en 2006.	Triage médical.	Occasionnelle dans le cadre du modèle urbain de permanence des soins).	Fragmentation des soins hospitaliers et ambulatoires. Expérimentations en cours.
Espagne	Campagnes de communication régulières impulsées par les Régions autonomes (affichages). Réorientation des patients s'étant rendus inutilement à l'hôpital sans appel préalable.	Centre unique d'appels dans chaque Région autonome, organise la coordination des services sanitaires et non sanitaires (pompiers, police). Transmission de résultats par Internet entre offreurs de soins	Triage médical ou infirmier.	Dans quelques régions autonomes, sous-traitance des services de permanence au secteur privé.	Expérimentations de systèmes d'interconnexion entre médecins de soins primaires et spécialistes.
France	Campagnes de communication ponctuelles. Mésusage du système de permanence des soins.	Généralisation des services d'aide médicale urgente (Samu), centres uniques d'appels.	Triage médical (régulation du Samu, pouvant être assuré par le centre d'appel d'une association de permanence des soins si interconnexion Samu).	Occasionnelle dans le cadre du modèle urbain de permanence des soins).	Engorgement de la régulation des appels et insuffisante coordination ville-hôpital. Phase d'expérimentation.
Italie	Absence de campagne de communication. Mésusage du système de permanence des soins.	Numéro de première urgence unique et numéros multiples de cabinets de permanence des soins.	Triage médical (médecin de permanence des soins selon des <i>guidelines</i>).	Non.	Expérimentations multiples de systèmes de centralisation des appels.
Royaume-Uni	Campagnes de communication ponctuelles (affichage, spots radio). Transfert automatique des appels sur numéro centralisé. Réorientation des patients s'étant rendus inutilement à l'hôpital sans appel préalable.	Permanences téléphoniques : NHS Direct en Angleterre – NHS 24 en Écosse. Téléconsultations A & E.	Triage infirmier : prédiagnostic, contrôle de routine, conseils pour problèmes de santé mineurs, orientation vers un médecin de permanence ou un service d'urgence. Infirmières spécialisées dans les maladies chroniques.	Oui. Essentiellement des coopératives de MG (délégation de services), notamment avant le nouveau contrat GMS.	Centralisation des données relatives au parcours du patient : « traçabilité ».
Suède	Campagnes de communication : « pages bleues », pages Internet, livrets d'information pour contacter numéro de permanence. Ticket modérateur plus élevé en cas d'accès direct aux services hospitaliers et découragement par listes d'attente. Réorientation dans les soins primaires si soins hospitaliers non nécessaires.	Généralisation des centres d'appels d'information sur la santé, joignables en permanence (centralisé pour la moitié des comtés – objectif pour les autres). Contacts électroniques pour prise de rdv ou renouvellement ordonnances. Objectif à terme : interconnexion nationale.	Triage infirmier : prédiagnostic, contrôle de routine, conseils pour problèmes de santé mineurs, orientation vers un médecin de permanence ou un service d'urgence. Infirmières spécialisées dans les maladies chroniques.	Non. Mais expérience ponctuelle d'un système « SOS médecins » récemment supprimé.	Intégration des soins : unités de soins primaires d'urgence accessibles en ville (MG) et unités d'urgence hospitalières (MG-MS).

- Partage des couts
- ★ • Renforcement des soins primaires
- ★ • Redirection vers un service plus approprié
- Fournir des alternatives au SU
- Sensibilisation par des campagnes de sensibilisation
- ★ • Coordination des soins : stratégie de gestion des cas (utilisateurs fréquents, personnes âgées)



Safety of clinical and non-clinical decision makers in telephone triage: a narrative review

Sheila Q Wheeler ¹, Mary E Greenberg ², Laura Mahlmeister ³, Nicole Wolfe ⁴

J Telemed Telecare. 2015 Sep;21(6):305-22. †

- Taux orientation approprié 85-90% pour med et IDE,
- Sous réserve outils standardisés et entraînement



Review

Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews[☆]



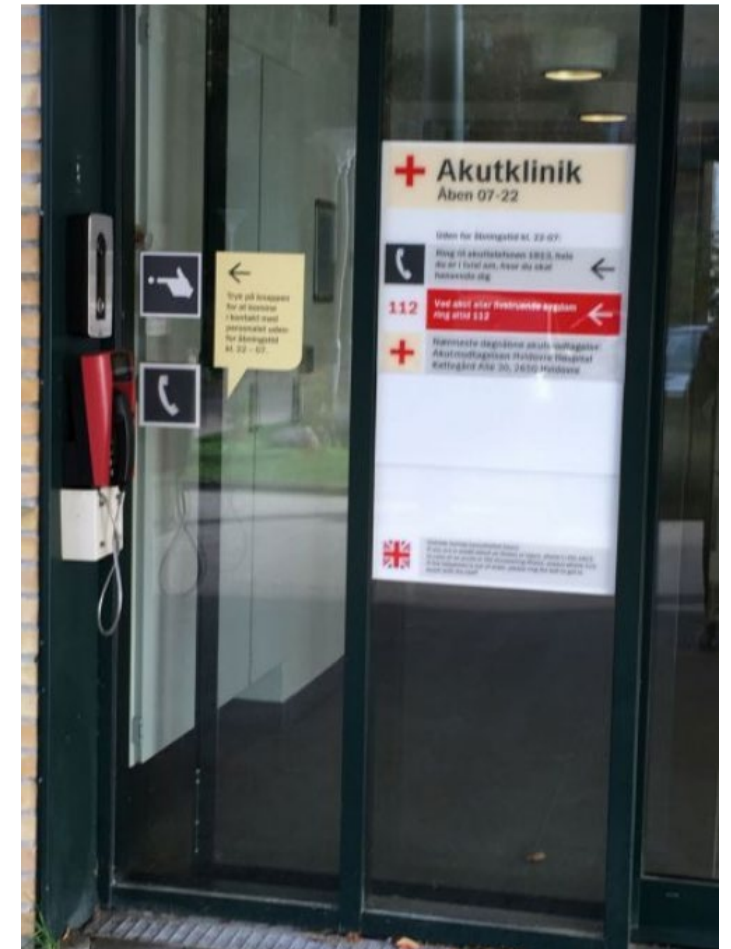
Koen Van den Heede*, Carine Van de Voorde

Belgian Healthcare Knowledge Centre (KCE), Kruidtuinlaan 55, 1000 Brussels, Belgium

Health Policy 120 (2016) 1337–1349

Le modèle Danois en exemple ?

- Déployé de 2014, obligation de passer par MG ou régulation téléphonique avant accès au SU
 - 112 : urgences vitales
 - 1813 en cas de blessure ou maladie (30% orientés vers SU en donnant un RDV. Objectif : réduction recours au SU 25%)
 - Régulation par IDE supervisées par médecins
 - Accueil spontané persistant (10-20% des recours) : incitation appel 1813 à l'arrivée au SAU ⇒ hors urgences vitales, attendent que toutes personnes ayant RDV soient PEC
 - Système d'info adapté



Quels types de régulation

- **Accueil physique avec réorientation**

IOA, autre prof de santé, secouriste
critères et règles de réorientation
modalité de valorisation (financement),
expérimentation forfait réorientation
urgences

- **Régulation d'accès**

régulation médicale préalable
régulation SAMU-Centre15, S@S

- **Fermeture partielle**

Sur créneaux horaires spécifiques, exceptionnels ou réguliers
Nouvelle modalités d'organisation ?

ACCÈS URGENCES

Entre 17h00 et 07h00,

l'accès aux urgences du CHU DIJON BOURGOGNE est assuré par une orientation du Centre 15 :

Accès aux soins :

suyez les bons réflexes !

En semaine de 8h à 20h

En cas d'urgence, j'appelle le 15



En cas d'urgence, j'appelle le 15

Le soir à partir de 20h, le week-end, les jours fériés et pendant les ponts

J'ai un problème de santé qui ne peut pas attendre l'ouverture habituelle des services médicaux

Je ne me déplace pas aux urgences, j'appelle le

116 117

ou

15

pour le médecin de garde le plus proche

en cas d'urgence vitale



Je reçois des conseils médicaux par téléphone



Je suis informé du lieu où consulter le médecin de garde le plus proche



Je reçois la visite d'un médecin de garde



Je suis pris en charge à l'hôpital

MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF DE RÉGULATION D'ACCÈS AUX URGENCES ADULTES DU CHU À COMPTER DU 23 DÉCEMBRE 2022

POINTS D'ATTENTION

- Ressources humaines / formation
- Responsabilité
- Perte d'activité
- Retentissement sur Dotation Populationnelle

ACCÈS MODIFIÉ AUX SERVICES DES URGENCES

DE 23H À 8H30

- Dimensionnement des effectifs et infrastructures
- Capacités à recruter et former les ARM

- Impacts sur transports sanitaires
- Activité régulation
- Report activité et capacité d'absorption

De 18h à 8h : Régulation par le 15 systématique

Entre ces horaires, il est indispensable de contacter le 15 avant tout déplacement

Evolution réglementaire

- Une évolution réglementaire permettant la régulation d'accès
- Un dispositif encadré, nécessitant une organisation territoriale et la structuration d'une offre alternative de SNP
- Une autorisation soumise à l'aval du DG ARS

Article R 6123-1, R 6123-6-1 et R 6123-18

Création des antennes de médecine d'urgence

- Couvre au minimum 12h 7/7
- Autorisation adossée à celle d'un SMUR
- Équipe commune avec ES autorisé SU
- Avis CARU

R 6123-18

Dispositif pérenne, organisée :

- possibilité d'organiser sur un territoire un dispositif d'orientation des patients via régulation Centre15-SAS, sur avis ARS

Dispositif d'exception, organisation dégradée

- Possibilité obtenir une dérogation temporaire pour réguler l'accès un SAU

CONCLUSIONS

**REGULATION D'ACCES DES SU = L'AVENIR DE LA STRUCTURATION
DE L'AMONT DES SU**
(hors dispositifs d'adaptation d'urgence)

- Une évolution nécessaire, progressive, selon maturité du territoire
- Nouveau décret des autorisations des SU ouvre la possibilité
- Prérequis : organisation territoriale des SNP
 plateforme de régulation adaptée
 information grand public
- Évolution de notre système d'info public-privé



ANONYME ET CONFIDENTIELLE

ENQUÊTE URGENCES

Les réponses permettront de mieux connaître les circonstances de venue aux urgences et les conditions de prise en charge, pour améliorer l'organisation des soins.



Elle a été créée par le ministre de la Santé, Jean-Claude Darmon, en 1992, à la suite de la mise en place de la loi relative à l'organisation de la profession de pharmacien. Elle a pour mission de représenter les intérêts des pharmaciens et de veiller à la qualité de la profession. Elle est composée de représentants des pharmaciens, des patients, des professionnels de santé et des pouvoirs publics.

La programmation pédagogique repose sur une série d'activités d'apprentissage, de la lecture à la mise en œuvre de connaissances, de la compréhension à la maîtrise de la compétence. Les activités sont conçues pour permettre à l'élève de développer ses compétences de manière progressive et autonome. Elles sont conçues pour permettre à l'élève de développer ses compétences de manière progressive et autonome. Elles sont conçues pour permettre à l'élève de développer ses compétences de manière progressive et autonome.