



MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Sous direction de l'organisation et
du système de soins

Bureau de l'organisation générale de l'offre
régionale de soins
Bureau O1

Dossier suivi par :
Perrine Ramé-Mathieu
tel : 01.40.56 62.84
perrine.rame-mathieu@sante.gouv.fr

Le Ministre de la santé et des solidarités

à

Mesdames et Messieurs les directeurs
d'agences régionales de l'hospitalisation (pour
exécution)

Mesdames et Messieurs les préfets de
département - Directions départementales des
affaires sanitaires et sociales (pour exécution)

Mesdames et Messieurs les préfets de région -
Direction Régionale des Affaires Sanitaires et
sociales (pour information)

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

Date d'application : immédiate

Résumé: Le réseau des urgences mentionné à l'article R.6123-26 du CSP est l'élément clé sur lequel repose l'organisation territoriale de la prise en charge des urgences et de leurs suites. Il doit être conçu comme un outil opérationnel, permettant d'organiser les liens entre l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge des patients. Il vise à organiser les flux de patients en proximité de la structure de médecine d'urgence d'une part, et l'accès aux plateaux techniques dans le cadre de la gradation des soins et des filières de prise en charge d'autre part.

Textes de référence :

- Code de la santé publique
- Décrets n°2006-576 et 2006-577 du 22 mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence
- Circulaire n°DHOS/O1/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences
- Circulaire n° DHOS/SDO/2003/238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences
- Circulaire du 10 octobre 2006 relative à l'organisation de la permanence des soins

Annexes :

- Annexe 1 : organisation et fonctionnement du réseau des urgences
- Annexe 2 : répertoire opérationnel des ressources
- Annexe 3 : fiche de dysfonctionnement
- Annexe 4 : médecins correspondants du SAMU
- Arrêté du 12 juillet 2006 fixant le seuil d'activité de médecine d'urgence mentionné à l'article R. 6123-9 du code de la santé publique

Textes abrogés : néant

Les décrets du 22 mai 2006, relatifs à la médecine d'urgence, issus d'un long travail de concertation avec les professionnels, ont pour objet de déterminer un **cadre réglementaire rénové à l'organisation de la prise en charge des urgences** au sein de l'établissement d'une part, et de définir un **cadre territorial plus cohérent d'autre part**, grâce au **réseau** de prise en charge coordonnée des urgences, point majeur du dispositif.

L'organisation de la prise en charge des urgences poursuit un triple **objectif de proximité, de sécurité et d'amélioration de la qualité** :

- 1- Permettre l'accès aux soins pour tous, en permanence, et en **proximité** grâce à un **maillage fin du territoire**. Il s'agit d'une exigence forte, cohérente avec les évolutions récentes et à venir de l'organisation de la permanence des soins ambulatoires, notamment après minuit, conformément à la circulaire du ministre en date du 10 octobre 2006, relative au dispositif de permanence des soins.
- 2- Garantir la **sécurité et la continuité**, par l'accès en permanence à des professionnels et à un plateau technique performant et adapté aux besoins du patient. **Le réseau des urgences permet d'organiser les liens** entre l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge des patients.
- 3- Inscrire le dispositif mis en place dans une **démarche d'amélioration continue de la qualité** des soins et de la politique globale de gestion des risques au sein des établissements de santé. Il convient d'optimiser les moyens du Plan Urgence par une réflexion sur l'organisation interne des structures de médecine d'urgence. Les expériences permettant de diminuer notamment les temps d'attente aux urgences et au centre 15 devront être généralisées. En outre, une réflexion est engagée avec les professionnels de l'urgence sur la **définition d'indicateurs**, afin de mesurer l'efficacité des mesures du plan et leur impact sur la qualité des prises en charge aux urgences. Enfin, le décret n°2006-576 prévoit la mise en place d'une **fiche de dysfonctionnement**.

La présente circulaire a pour objet de formuler des objectifs et des **recommandations opérationnelles** pour la mise en œuvre des décrets n° 2006-576 et 2006-577 du 22 mai 2006, et en particulier la mise en place des **réseaux des urgences (I)**, la **fiche de dysfonctionnement (II)**, les **coopérations (III)**.

Vous trouverez en **annexe** des éléments plus complets précisant les modalités pratiques de mise en œuvre du **réseau des urgences** (annexe 1), du **répertoire opérationnel des ressources** (annexe 2), de la **fiche de dysfonctionnement** (annexe 3) et du rôle des médecins correspondants du SAMU (annexe 4).

Le seuil d'activité mentionné à l'article R. 6123-9, la fiche de dysfonctionnement et les missions des médecins correspondants du SAMU font en outre l'objet d'**arrêtés**.

Les recommandations de la présente circulaire s'inscrivent dans la continuité des principes de la circulaire n°DHOS/O1/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

I. ORGANISATION TERRITORIALE DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES AU SEIN DU RESEAU DES URGENCES

Le réseau des urgences mentionné à l'article R.6123-26 du CSP est l'élément clé sur lequel repose l'organisation territoriale de la prise en charge des urgences et de leurs suites.

I.1. Objectifs généraux du réseau des urgences :

Le réseau des urgences doit être conçu comme un **outil opérationnel**, au service des professionnels, répondant à plusieurs **objectifs concrets** :

- Permettre l'**accès à une structure des urgences en proximité et/ou à un accès rapide** à une réponse téléphonique coordonnée, vers l'ensemble des établissements disposant des compétences et/ou des capacités d'hospitalisation nécessaires à la prise en charge des patients en aval des structures des urgences. La bonne organisation des disponibilités en lits, notamment en période estivale doit également être appréhendée par le réseau.

- Assurer la **performance de prise en charge des urgences engageant le pronostic vital** ou fonctionnel par une meilleure identification des ressources sur le territoire et l'optimisation de l'orientation des patients
- Garantir la **sécurité et la continuité des prises en charge, par l'accès à des spécialités ou à des capacités d'hospitalisation adaptées aux besoins des patients** se présentant dans une structure des urgences, notamment quand l'établissement n'en dispose pas.
- **Coordonner les actions et les moyens des établissements de santé** sur le territoire de santé, et au-delà pour les soins très spécialisés
- **Définir un cadre commun et partagé de bonnes pratiques de prise en charge et d'orientation** afin de permettre une qualité optimale des prises en charge.
- **Assurer une veille et un suivi de la qualité du fonctionnement grâce aux fiches de dysfonctionnements**

Le réseau des urgences doit être considéré comme un **ensemble de liens fonctionnels** entre établissements impliqués dans la chaîne de prise en charge des urgences. Il ne doit pas être une superstructure qui se situerait au-dessus des structures des urgences. La responsabilité du bon fonctionnement du réseau doit incomber à tous les établissements impliqués, et leurs engagements respectifs sont mentionnés dans les CPOM.

Par ailleurs, le réseau des urgences n'a pas vocation à être un réseau de santé au sens de l'article L 6321-1 du code de la santé publique.

I.2. Missions du réseau des urgences

Le réseau des urgences a pour objectif d'optimiser à la fois :

- l'organisation **des ressources en proximité** ainsi que la fluidité des parcours de l'amont à l'aval des établissements disposant d'une structure des urgences, au sein d'un territoire, défini par l'ARH en conformité avec le SROS.
Cette organisation devra être articulée avec l'ensemble des acteurs impliqués en amont ou en aval des urgences, y compris les établissements médico-sociaux, la médecine ambulatoire, les maisons médicales de garde lorsqu'elles existent, ou encore les médecins correspondants du SAMU (cf. annexe 4).
- l'**organisation en filière, au niveau régional, des recours aux plateaux techniques spécialisés** dans le cadre de la **gradation des soins**, afin de garantir la sécurité des prises en charge. La coordination de l'orientation des patients vers l'établissement ou le plateau technique adapté à leur prise en charge, s'appuiera sur le **répertoire opérationnel des ressources**, dont la gestion peut être confiée au SAMU, sous la responsabilité de l'ARH. La définition de l'outil, les conditions de sa mise en place et de sa mise à jour sont définies en annexe 2.

En cas d'urgence mettant en jeu le pronostic vital et fonctionnel, **l'orientation directe des patients vers la structure adéquate doit être privilégiée**, par la régulation médicale assurée par le SAMU centre 15 ou après accueil par la structure des urgences.

L'accès aux plateaux techniques doit être organisé de façon à répondre en **permanence** aux besoins des patients, c'est-à-dire 24h sur 24 et 365 jours par an. Il appartient à l'ARH de veiller à ce qu'au moins une permanence d'un établissement de santé soit assurée par spécialité au sein du réseau et à ce que **l'accessibilité financière soit garantie au patient par la possibilité d'accéder au secteur 1**.

I.3. Fonctionnement et architecture du réseau des urgences

Le réseau n'est pas une structure en tant que telle mais un ensemble de liens formalisés. Il convient donc que les professionnels soient largement impliqués dans son animation et sa coordination, en lien avec l'ARH.

Le fonctionnement du réseau des urgences se doit d'être à la fois **adapté à chaque situation locale**, aux spécificités de chaque territoire et **intégré sur l'ensemble de la région** pour assurer l'orientation du patient vers le plateau technique adapté à sa prise en charge. Il appartient à l'ARH d'adapter l'architecture retenue en fonction des spécificités locales de la région.

D'autre part, le réseau est structuré en deux niveaux, afin de répondre aux deux missions du réseau, gestion des flux de patients en proximité et orientation des patients dans le cadre de la gradation des soins.

a) **pour ce qui concerne la mission de gestion des flux en proximité :**

L'organisation mise en place doit être définie dans un **territoire de santé**, autour de l'établissement disposant de la structure des urgences. Il revient à l'ARH de définir le territoire concerné. Celui-ci peut coïncider avec le territoire de santé, mais sa définition pourra être adaptée en fonction du SROS, de la gradation des soins mise en place, du nombre de territoires, de la population couverte ainsi que de la densité des établissements de santé au sein de chaque territoire. L'objectif est d'assurer une organisation cohérente dans un cadre de proximité autour de l'établissement disposant de la structure des urgences.

Les principes d'organisation entre les établissements seront définis dans un **cahier des charges opérationnel**, dont le contenu est précisé en annexe 1.

Un **groupe de travail permanent, installé au sein de la conférence de territoire**, en lien avec les représentants des professionnels de l'urgence et des établissements concernés, veille à la mise en œuvre des principes établis dans le cahier des charges opérationnel et au suivi des fiches de dysfonctionnement relevant du territoire concerné.

b) **pour ce qui concerne l'organisation des recours aux plateaux techniques spécialisés dans le cadre de la gradation des soins,**

L'organisation mise en place, dans le cadre de filières de prises en charge, doit être définie autour **du ou des établissement(s) disposant d'un SAMU**. Une **organisation régionale** pourra être envisagée autour d'un SAMU de la région, en fonction de la taille de la région et des logiques de coopération existantes ou envisagées entre les SAMU. Il importe en tout état de cause que les liens entre les départements au sein d'une même région soient parfaitement établis et que le répertoire opérationnel des ressources, outil sur lequel repose cette organisation, soit cohérent d'un SAMU à l'autre. **L'interopérabilité** devra être prévue au sein d'une même région et en lien avec les régions voisines. (cf annexe 2 – répertoire opérationnel des ressources).

Une **convention constitutive du réseau** doit être élaborée par les professionnels de l'urgence et l'ARH. En fonction du schéma retenu, seront élaborées une convention unique au niveau régional ou plusieurs conventions autour de chaque espace défini par zone de couverture de chaque SAMU.

L'instance régionale collégiale (cf. ci-dessous) pourra servir de cadre pour l'élaboration de la ou des conventions constitutives. Il appartient à l'ARH de mettre en place les structures de concertation les plus appropriées en fonction du schéma retenu.

Chaque convention constitutive a pour vocation à se substituer à toutes les conventions bilatérales entre établissements. Elle définit les **principes généraux** et engagements des établissements permettant d'assurer l'orientation des patients et la continuité des prises en charge. Elle prévoit également les modalités de création et de gestion des répertoires opérationnels des ressources.

La convention constitutive du réseau comprend, en annexe, les différents cahiers des charges établis dans les territoires de santé concernés.

Chaque convention constitutive est approuvée par le directeur de l'ARH.

Il appartient à l'ARH de veiller à la cohérence du ou des réseau(x) ainsi définis au sein de la région, conformément aux orientations du SROS et des projets médicaux de territoire. L'ARH est chargée des arbitrages éventuels et de la cohérence du dispositif au sein de la région et avec les régions adjacentes.

c) Afin d'assurer la cohérence d'ensemble, une **instance collégiale régionale** est mise en place par l'ARH afin d'assurer une fonction de coordination, d'observatoire et une fonction d'analyse du fonctionnement des réseaux des urgences, par l'examen des fiches de dysfonctionnement qui lui sont transmises par les établissements.

Sa composition est déterminée par l'ARH, dans un souci de concertation large avec les professionnels de l'urgence. Elle doit comprendre impérativement des représentants des structures des urgences de la région, des représentants des établissements publics et privés disposant de plateaux techniques spécialisés, ainsi que l'ARH. Les représentants régionaux des conférences de présidents de CME, de directeurs, et les fédérations sont invités aux réunions de cette instance.

Le collège régional des urgentistes peut fournir un cadre à l'exercice de cette mission de coordination.

- d) Enfin, **les engagements contractuels de chaque établissement** participant au réseau seront mentionnés dans leur **contrat pluriannuel d'objectif et de moyen** (CPOM) conclu avec l'ARH, conformément à l'article D.6114-4 du code de la santé publique (décret n° 2006-1332 du 2 novembre 2006 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens).

II. MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF DE SUIVI DE LA QUALITE : LA FICHE DE DYSFONCTIONNEMENT – (ARTICLE R.6123-24)

Il appartient à chaque établissement de santé autorisé à l'activité de médecine d'urgence de mettre en place une **procédure spécifique de signalement des événements indésirables et des dysfonctionnements d'ordre organisationnel et/ou logistique, préjudiciables au patient**, qui interviendraient dans la chaîne de prise en charge des urgences.

Il ne s'agit pas de porter des appréciations sur la nature des soins prodigués mais de signaler les dysfonctionnements ressentis comme un trouble dans la réponse adaptée aux besoins du patient et donc préjudiciable à la qualité de la prise en charge, c'est-à-dire

- le non-respect d'une règle établie
- ou tout problème structurel révélant que les règles en place ne sont pas ou plus adaptées aux besoins.

Cette fiche à vocation à relever les **dysfonctionnements au sein de l'établissement et dans son environnement**, dans le cadre de l'organisation territoriale de la prise en charge des urgences, afin de mesurer en continu le fonctionnement des urgences et l'organisation du réseau et d'y apporter des **mesures correctives au fur et à mesure**.

Le traitement et le suivi des fiches de dysfonctionnements doivent être organisé au sein de la structure d'une part, de l'établissement d'autre part, et du réseau des urgences quand le dysfonctionnement relève de l'environnement, dans les conditions prévues à l'arrêté du 12 février 2007 et précisées dans l'annexe 3.

La procédure de gestion de ces dysfonctionnements doit s'inscrire dans le cadre d'une **démarche globale de gestion des risques et d'amélioration de la qualité des soins**. Elle ne doit pas se superposer aux démarches de signalement des événements indésirables déjà en place dans l'établissement mais doit utiliser les mêmes circuits, dans un souci de transparence, de collégialité et de traçabilité.

III. DEVELOPPEMENT DES COOPERATIONS (ARTICLE R. 6123-9)

Le développement des coopérations doit être favorisé.

Au sein des établissements d'une part, un rapprochement des structures de médecine d'urgence (structures des urgences, SAMU, et SMUR) doit se poursuivre, avec participation des équipes SMUR à l'activité des urgences, afin de favoriser la mutualisation des équipes et des compétences. Le recrutement des ambulanciers parmi les aides-soignants contribue à cette mutualisation. Aujourd'hui, près de la moitié des structures de médecine d'urgence sont organisées en pôle, fédération, département ou structure unique « Samu-Smur-Urgences ». Ce mouvement doit être encouragé, ainsi que la proximité géographique, au sein d'un même établissement de santé de ces différentes structures.

D'autre part, afin d'assurer le maillage du territoire en proximité tout en garantissant la qualité des prises en charge par le maintien des compétences, l'article R.6123-9 du CSP inséré par le décret n°2006-576 prévoit que **les structures d'urgence ayant une activité modérée doivent mettre en place une coopération avec un autre établissement autorisé à faire fonctionner une structure des urgences et ayant une plus forte activité, afin de garantir la qualité des prises en charge**, par le maintien des compétences : mutualisation des compétences et des formations, optimisation du temps médical et notamment des gardes, participation des médecins du site ayant une activité modérée à l'activité d'un site ayant une activité plus forte et plus spécialisée et réciproquement.

Cette coopération, dont les principes ont été définis dans la circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, peut prendre la forme d'une fédération médicale inter hospitalière ou d'un groupement de coopération sanitaire (GCS). Le GCS prévoit notamment les modalités de mise à disposition des différents praticiens, tout en leur permettant de conserver leur statut respectif, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux.

L'indemnité multi-établissements sera accordée aux médecins participant à cette coopération dans les conditions définies par l'arrêté du 17 octobre 2001 relatif à l'activité exercée dans plusieurs établissements.

Le seuil d'activité modérée est fixé à 8000 passages annuels dans la structure des urgences par l'arrêté du 12 juillet 2006.

Enfin, des réflexions pourront être engagées pour renforcer le rapprochement de certains SAMU au niveau régional, afin d'optimiser la gestion des ressources humaines, notamment par une mutualisation la nuit, et afin d'assurer des relais efficaces, en particulier en cas de crise sanitaire.

Afin de faciliter la mise en place des réseaux des urgences, des crédits complémentaires au Plan urgences ont été dégagés dans le cadre de la campagne budgétaire pour vous aider à impulser et coordonner la mise en œuvre de ces travaux, en lien avec les établissements.

Par ailleurs, des crédits du FMESPP seront attribués pour la conception et la mise en œuvre technique du répertoire opérationnel des ressources, pour lequel un cahier des charges type sera établi au niveau national et diffusé prochainement.

Je vous demande de m'adresser un rapport intermédiaire de la mise en œuvre des différentes recommandations opérationnelles de la présente circulaire, portant notamment sur les réseaux des urgences, le répertoire opérationnel des ressources et la fiche de dysfonctionnement, au plus tard à la fin du mois de mars 2008.

Les décrets du 22 mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence prévoient en effet que les établissements devront être en conformité avec les dispositions des décrets relatives aux réseaux des urgences dans un délai de deux ans à compter de la date de notification de leur autorisation, soit au plus tard le 31 mars 2009.

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

Enfin, je vous saurais gré de bien vouloir me tenir informée de toute difficulté rencontrée dans l'application des recommandations de la présente circulaire, en prenant contact le cas échéant avec Madame Perrine Ramé-Mathieu, 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 62 84 ou par e-mail: perrine.rame-mathieu@sante.gouv.fr.

Xavier BERTRAND

Le ministre de la santé et des solidarités

ANNEXE 1

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU RESEAU DES URGENCES

Le réseau des urgences a pour objectif d'optimiser à la fois :

- l'organisation **des ressources en proximité** ainsi que la fluidité des parcours de l'amont à l'aval de l'établissement disposant d'une structure des urgences.
- **l'organisation en filières, au niveau régional, des recours aux plateaux techniques spécialisés** dans le cadre de la gradation des soins.

La présente annexe détaille le fonctionnement du réseau, dans ses deux missions.

1- Organisation des ressources en proximité

Objectif :

Le fonctionnement en réseau doit contribuer à améliorer la **gestion des flux** de patients à partir de l'appel au centre 15 ou de la porte d'entrée que constitue la structure des urgences. Il vise à optimiser le circuit des patients **en proximité**, vers l'ensemble des établissements disposant des compétences et/ou des capacités d'hospitalisation nécessaires à la prise en charge des patients en aval des structures des urgences. Cette organisation doit permettre d'autre part d'optimiser la gestion des disponibilités en lits, notamment en période estivale.

Enfin, le réseau devra être articulé avec la médecine ambulatoire, et les maisons médicales de garde lorsqu'elles existent.

Dimension :

Dans un souci d'efficacité, cette mission est organisée à l'échelle du **territoire de proximité**, dont le périmètre doit être défini en lien avec l'ARH, en fonction des spécificités locales. Il peut s'agir d'un (ou de plusieurs) territoire(s) de santé, ou d'une zone plus petite lorsque la densité hospitalière est particulièrement forte. Ce territoire comprend au moins un établissement disposant d'une structure des urgences. Chaque territoire ainsi défini constitue une « **maille** » **du réseau des urgences**.

Les mailles ne sont pas cloisonnées mais ouvertes, à deux titres :

- elles répondent à des logiques de proximité géographiques et non administratives: l'orientation du patient ne s'arrête pas aux frontières départementales ou régionales, notamment pour les patients « frontaliers »
- elles peuvent être ouvertes sur un territoire plus large pour l'accès à des spécialités ou à des capacités d'hospitalisation qui ne sont pas disponibles en proximité immédiate.

Il est donc essentiel que les mailles soient articulées entre elles et que les territoires communiquent.

Etablissements et acteurs impliqués :

Tous les établissements impliqués dans la **chaîne de prise en charge** des patients en proximité qui contribuent à l'hospitalisation des patients orientés et en aval des structures de médecine d'urgence, devront **participer** à ce réseau, en particulier :

- plateaux techniques du territoire de santé ou de l'environnement immédiat
- établissements disposant de service de médecine polyvalente et de spécialités médicales ou de capacités d'hospitalisation dont ne dispose pas l'établissement ayant une structure des urgences
- établissements ou structures de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)
- courts séjours gériatriques,
- hôpitaux locaux...

Les spécialités et les capacités d'hospitalisation de tous ces établissements devront être enregistrées dans le répertoire opérationnel des ressources.

En outre :

- Une articulation avec le secteur médico-social et avec les filières et réseaux de santé des personnes âgées est indispensable. Une participation au réseau des urgences leur sera systématiquement proposée.
- Un rapprochement est également nécessaire avec les autres réseaux de santé existants sur le territoire de santé, notamment pour la prise en charge de la douleur, des soins palliatifs, de la périnatalité, et du cancer.
- Enfin, le réseau des urgences peut avoir vocation à s'élargir en associant des médecins de ville, dans un souci de coordination avec le dispositif de permanence des soins. Des connexions devront être recherchées avec les maisons médicales de garde, les médecins libéraux du territoire de santé, les pharmacies. La mise en place des réseaux des urgences pourra s'appuyer, le cas échéant, sur les réseaux existants.
Pour autant, le réseau des urgences n'a pas vocation à être un réseau de santé au sens de l'article L 6321-1 du code de la santé publique.

Des engagements spécifiques, notamment en termes de permanence des soins des établissements de santé, seront identifiés pour les établissements impliqués dans la prise en charge des patients **en urgence et en permanence**, c'est-à-dire 24h sur 24 et 365 jours par an. Il s'agit en particulier :

- des plateaux techniques disposant de spécialités médicales et chirurgicales dont ne dispose pas la structure des urgences (chirurgie, cardiologie, ophtalmologie etc.),
- des établissements de recours pour certaines spécialités (soins intensifs et soins continus, réanimation adulte, pédiatrique et néo-natale, etc...).
- des établissements disposant d'un plateau technique hautement spécialisé définis à l'article R.6123-32-1, comme par exemple des établissements assurant la chirurgie de la main, la cardiologie interventionnelle. Leur participation est obligatoirement inscrite dans leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (art. R.6123-32-6). Ces établissements s'engagent à accueillir les patients en permanence, 24 heures sur 24 et 365 jours par an.

Ces établissements sont identifiés dans le répertoire opérationnel des ressources.

Ces engagements sont alors déclinés dans le **contrat pluriannuel d'objectif et de moyens** de l'établissement, conformément à l'article D.6114-4 du code de la santé publique (décret n° 2006-1332 du 2 novembre 2006 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens). Cette adhésion implique également la représentation de l'établissement au sein de l'instance collégiale et régionale (cf. ultra).

Animation du réseau

Chaque établissement autorisé à faire fonctionner une structure des urgences a pour mission **d'organiser les liens** avec les établissements concourant la prise en charge des patients en proximité, au sein du territoire de proximité.

Dans de rares cas, si deux ou plusieurs établissements disposant d'une structure des urgences coexistent de façon très proche, l'un des deux sites pourra être déterminé par l'ARH, en cas de désaccord, pour assurer l'animation de la maille du réseau.

La conférence sanitaire doit débattre de l'organisation de cette maille du réseau, en cohérence avec le projet médical de territoire.

Un **groupe de travail permanent sera installé au sein de cette conférence**, en lien avec les représentants des professionnels de l'urgence et des établissements concernés. Il aura pour objectif de veiller à la mise en œuvre des principes établis dans le cahier des charges opérationnel et au suivi des fiches de dysfonctionnement relevant du territoire concerné.

La « **vie** » **du réseau** est animée autour de plusieurs temps forts.

- l'organisation d'au moins deux réunions formelles par an, donnant lieu à **bilan de fonctionnement** valorisant les améliorations apportées par le réseau, et permettant d'effectuer un examen transparent et collégial des **dysfonctionnements** signalés, au regard de l'exploitation des fiches de dysfonctionnement.

- la rédaction d'un **rapport annuel**, transmis à l'ARH, dans le but de s'assurer de la bonne **cohérence** entre les différents acteurs des réseaux de proximité. Ce rapport participera de fait au suivi des engagements contractuels souscrits par les établissements.

Le cahier des charges opérationnel

Le fonctionnement du réseau dans sa vocation de proximité est défini dans un cahier des charges opérationnel. Celui-ci précise notamment :

- L'organisation des relations établies entre les établissements concernés en cohérence avec le projet médical de territoire.
- Les protocoles d'accès aux diverses structures
- Les modalités d'admission et de transfert des patients
- Les modalités de gestion des disponibilités en lits pour le territoire
- Les modalités de gestion du répertoire opérationnel des ressources (notamment : information sur les capacités disponibles des différentes entités, accès à un avis spécialisé)
- Le recours aux techniques de transferts d'image et de télé-médecine

Peuvent également être mentionnées dans ce cahier des charges opérationnel

- Les modalités d'organisation dans les situations de saturation des lits et places,
- les objectifs que le réseau peut éventuellement être amené à se fixer en termes de délai de réponse, et la façon dont ces objectifs seront évalués
- ainsi que toutes modalités d'organisation sur lesquelles le réseau souhaite s'appuyer

En outre, l'élaboration de **référentiels partagés de bonne pratique** pourra également être envisagée.

2- Gradation des soins – Accès aux plateaux techniques spécialisés

L'organisation mise en place, dans le cadre de filières de prises en charge, en fonction de la gradation des soins définie par le SROS, doit être définie autour de ou des établissement(s) disposant d'un SAMU. Une organisation régionale pourra être envisagée autour d'un SAMU de la région, en fonction de la taille de la région et des logiques de coopération existantes ou envisagées entre les SAMU.

Le territoire concerné doit en tout état de cause être suffisamment large, et à géométrie variable selon les spécialités et les ressources en présence.

Il pourra également être organisé à un niveau interrégional pour certaines disciplines, en particulier les disciplines des Schémas Interrégionaux d'Organisation des Soins (SIOS), neurochirurgie, chirurgie cardiaque, greffes et grands brûlés.

Il convient que sur ce territoire, l'accès aux plateaux techniques soit organisé de façon à répondre en **permanence** aux besoins des patients. Il appartient à l'ARH de veiller à ce que la permanence des soins soit assurée par discipline au sein du réseau et à ce que **l'accessibilité financière soit garantie au patient par la possibilité d'accéder au secteur 1.**

Il convient également de veiller à l'interopérabilité des réseaux mis en place au sein d'une même région et en lien avec les régions voisines. (cf annexe 2 – répertoire opérationnel des ressources).

Etablissements et acteurs impliqués :

Les établissements de recours pour une spécialité au niveau du département ou de la région sont concernés.

Un même établissement peut cependant être concerné d'une part dans la dimension de proximité du réseau, quand il joue un rôle de proximité, et d'autre part dans une dimension plus large, en particulier régionale, lorsqu'est l'établissement de recours dans le cadre de la gradation des soins.

sont ainsi concernés

- des plateaux techniques disposant de spécialités médicales et chirurgicales dont ne dispose pas l'établissement ayant une structure des urgences (chirurgie, cardiologie, ophtalmologie etc.),
- des établissements de recours pour certaines spécialités (soins intensifs et soins continus, réanimation adulte, pédiatrique et néo-natale, etc...).
- des établissements disposant d'un plateau technique hautement spécialisé mais sans activité d'urgence (chirurgie de la main, cardiologie interventionnelle, prise en charge des accidents vasculaires cérébraux).

Leur participation est obligatoirement inscrite dans leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (art. R.6123-32-6). Ces établissements s'engagent à accueillir les patients en permanence, 24 heures sur 24 et 365 jours par an.

Les spécialités impliquant une prise en charge des patients par **accès direct** au plateau technique afin d'assurer une prise en charge médicale ou chirurgicale spécialisée dans un très bref délai sont précisées dans le SROS, qui en détermine les implantations sur les territoires de santé (article R.6123-32-6).

En outre, les **engagements contractuels de chaque établissement participant au réseau seront mentionnés dans le contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM)** conclu avec l'ARH (article D.6114-4 CSP).

- Celui-ci comportera d'une part des stipulations communes à tous les membres du réseau, reprenant les engagements généraux contenus dans la convention constitutive du réseau et dans le cahier des charges de chaque maille du réseau.
- D'autre part, les déclinaisons opérationnelles de chaque maille du territoire seront précisées par des dispositions propres à chaque établissement, conformes à leurs orientations stratégiques, qui indiqueront les engagements spécifiques et le rôle de l'établissement au sein du réseau : spécialités pour lesquelles il s'engage à recevoir les patients adressés par le SAMU ou les urgences, continuité des soins, modalités d'accès etc...

Coordination des réseaux au niveau régional

Une **instance régionale collégiale** est mise en place. Cette instance assure une fonction de coordination, d'observatoire et une fonction d'analyse des dysfonctionnements. Elle s'assure de la cohérence des mailles de proximité entre elles, et veille à l'interopérabilité avec les régions adjacentes. Cette instance peut également être chargée de veiller à la cohérence des systèmes d'information, et émettre un avis sur les questions de formation professionnelle.

L'instance collégiale régionale du réseau peut être divisée en sous-commissions opérationnelles permanentes et à géométrie variable, par thème ou disciplines, comme les urgences cardiologiques, ou les urgences neurochirurgicales par exemple. Des pilotes thématiques pourront être désignés par l'instance régionale.

La composition de l'instance collégiale régionale est déterminée par l'ARH. Elle doit comprendre impérativement des représentants des structures des urgences de la région, des représentants des établissements publics et privés disposant de plateaux techniques spécialisés, ainsi que l'ARH. Les représentants régionaux des conférences de présidents de CME, de directeurs, et les fédérations sont invités aux réunions de cette instance.

Le collège régional des urgentistes peut fournir un cadre à l'exercice de **cette mission de coordination**.

Par ailleurs, il appartient à l'ARH de faire le lien entre les plateaux techniques spécialisés ouverts en permanence participant au réseau des urgences et les permanences de soins hospitalières qui sont mises en place. Le comité régional de la régulation et de l'organisation territoriale de la permanence hospitalière des soins pourra être sollicité, afin d'optimiser l'organisation des gardes et astreintes.

La convention constitutive du réseau

Une **convention constitutive du réseau** sera élaborée, en lien avec l'ARH. En fonction du schéma retenu, seront élaborées une convention unique au niveau régional ou plusieurs convention autour de chaque espace défini par zone de couverture des SAMU.

Elle doit être signée par les membres du réseau, dans un délai de deux ans suivant la délivrance des autorisations de médecine d'urgence. Elle est transmise à l'ARH.

Elle a vocation à se substituer aux multiples conventions bilatérales conclues entre deux établissements, ainsi qu'aux contrats relais.

- La convention **définit de façon collégiale les engagements et principes généraux permettant d'assurer l'orientation des patients et la continuité des prises en charge.**
- Elle précise :
 - Les établissements autorisés à faire fonctionner une structure des urgences, ainsi que les établissements qui animent le réseau dans sa vocation de proximité
 - Les disciplines et les activités de soins ou états pathologiques spécifiques pour lesquels les établissements s'engagent à accueillir et à prendre en charge les patients qui leur sont adressés par le SAMU ou par la structure des urgences
- Elle comprend d'autre part en annexe les **cahiers des charges opérationnels** établis pour chaque maille du réseau, si le territoire concerné comprend plusieurs mailles. Ceci est notamment le cas si le choix est fait de n'avoir qu'une seule convention pour l'ensemble de la région.
- Elle prévoit enfin les modalités d'évaluation du fonctionnement du réseau. Un **bilan de fonctionnement** est transmis annuellement à l'ARH ainsi qu'à l'ensemble des établissements concernés. Le bilan précise les difficultés et dysfonctionnements relevés ainsi que les actions à mettre en œuvre. Il mesure également le respect des objectifs et des règles de la convention constitutive du réseau.

La convention constitutive s'appuie sur les **recommandations de bonnes pratiques professionnelles** définies par la Haute Autorité de Santé et les sociétés savantes. Ces bonnes pratiques seront déclinées par thèmes spécifiques, par exemple pour les urgences cardiologiques, les urgences neurochirurgicales, les urgences vasculaires chirurgicales, et seront adaptées aux situations régionales. Dans le cadre de ces bonnes pratiques, les professionnels ont toute latitude de s'organiser et d'orienter leurs patients.

Les réseaux seront à durée limitée et leur fonctionnement et périmètre seront revus à l'échéance de ces périodes. La durée de fonctionnement du réseau peut être ajustée à celle des SROS.

Arbitrage et cohérence assurés par l'ARH.

L'ARH veille à la **cohérence du réseau** défini au sein de la région **et des mailles qui le constituent**, et s'assure du **bon fonctionnement global du réseau**.

L'ARH est chargée du secrétariat et de l'organisation de l'instance collégiale, elle impulse les travaux de cette instance, et veille à la cohérence du dispositif en lien avec les problématiques transversales, telles que l'organisation de la permanence des soins hospitalière, les liens avec les autres réseaux et la politique des transports. L'articulation avec les comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS) devra être recherchée pour l'organisation des transports et notamment les transports infirmiers inter-hospitaliers.

L'ARH est destinataire des rapports annuels produits au niveau de proximité et des bilans de fonctionnement établi par l'instance collégiale régionale du réseau. L'ARH veille également à leur articulation avec les réseaux des régions limitrophes.

Enfin, l'ARH s'assure du **respect des engagements contractuels formalisés avec chaque établissement dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)**.

ANNEXE 2 :

REPERTOIRE OPERATIONNEL DES RESSOURCES

Afin d'optimiser le fonctionnement du réseau ainsi décrit, un **répertoire opérationnel des ressources**, prévu à l'article D. 6124-25 doit être mis en place. Il est destiné à tous les professionnels de l'urgence et en particulier aux SAMU, qui doivent pouvoir orienter les patients selon les motifs de recours vers l'établissement le plus adapté à leur prise en charge. Il a vocation à s'inscrire dans un cadre régional, voire interrégional pour certaines spécialités et pour les patients frontaliers. Aussi, le répertoire opérationnel des ressources sera transmis par l'ARH aux régions limitrophes. Le répertoire opérationnel des ressources pourra également être transmis aux médecins libéraux et à l'ensemble des établissements participants aux réseaux des urgences.

Informations contenues dans le répertoire opérationnel des ressources

Sont mises à disposition des professionnels de l'urgence des **informations actualisées et fiables** sur les plateaux techniques présents sur le territoire :

- les spécialités au sein de chaque établissement
 - les fonctionnalités techniques, comme par exemple les équipements d'imagerie,
 - les modalités d'accès au plateau technique ou aux services d'hospitalisation, via les structures des urgences ou en accès direct dans les services compétents,
 - les horaires de fonctionnement,
 - les modalités de présence des médecins, en garde ou en astreinte,
 - les capacités d'hospitalisation,
- et toute autre information jugée pertinente.

Modalités de constitution du répertoire opérationnel des ressources

Le répertoire opérationnel des ressources est élaboré à partir des informations transmises formellement par les établissements concernant leurs activités et leur fonctionnement. Ces informations sont cohérentes avec les autorisations délivrées par l'ARH et les engagements en matière d'urgence et de permanence des soins définis dans le CPOM des établissements. L'ensemble des données transmises sont validées par l'ARH.

L'engagement de chaque établissement du réseau à participer au répertoire et à tenir à jour les informations sera mentionné dans leur CPOM.

Mise en œuvre et modalités de mise à jour :

Le répertoire opérationnel des ressources devra être opérationnel dans un délai de **deux ans** suivant la notification des autorisations, comme prévu dans l'article 6 du décret n°2006-576, **soit au plus tard le 31 mars 2009**.

C'est un outil **informatisé et partagé** qui doit être opérationnel, simple et fiable. Il est conçu par les professionnels, et actualisé par l'ensemble des acteurs impliqués. Sa gestion, sa coordination et sa mise à jour sont confiées à un acteur identifié, sous l'égide de l'ARH, en lien avec les SAMU.

L'outil pourra en outre être conçu selon **une logique progressive** afin de pouvoir intégrer de nouvelles fonctionnalités au fur et à mesure. Il convient par exemple d'envisager, à terme, l'intégration de données relatives aux disponibilités en lits. De même, d'autres informations pourront être progressivement intégrées, notamment en termes de cartographie, de nombre d'acteurs comme par exemple les médecins libéraux dans le cadre de la Permanence Des Soins, les transporteurs sanitaires privés, les structures de SSR et médico-sociales, ou de fonctionnalités techniques, telles que, par exemple, un portail Internet, une articulation avec les plates-formes ou avec les serveurs régionaux.

ANNEXE 3

FICHE DE DYSFONCTIONNEMENT

Tout événement préjudiciable au patient doit être considéré comme un dysfonctionnement.

Il ne s'agit pas de porter des appréciations sur la nature des soins prodigués qui ne doivent pas être l'objet de signalements dans ce cadre. En revanche, il convient de signaler **les dysfonctionnements organisationnels et/ou logistiques**, ressentis comme un trouble dans la réponse adaptée aux besoins du patient et donc préjudiciables à la qualité de la prise en charge. Il peut s'agir

- du non-respect d'une règle établie
- d'un problème structurel révélant que les règles en place ne sont pas ou plus adaptées aux besoins.

Il peut s'agir de difficultés au sein de l'établissement ou dans son environnement, dans le cadre de l'organisation territoriale de la prise en charge des urgences (fonctionnement et organisation du réseau des urgences).

La procédure est définie comme suit :

1- Structures concernées

Les structures concernées sont les structures des urgences et des urgences pédiatriques, les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) ainsi que les structures d'aide médicale urgente (SAMU).

Par ailleurs, il est laissé aux établissements la possibilité d'étendre le champ de cette procédure à toutes les autres structures (services, unités fonctionnelles voire pôles) qui participent à la prise en charge des patients et à leur orientation.

2- Définition et champ de la déclaration :

Tout événement préjudiciable au patient doit être considéré comme un dysfonctionnement.

Différents dysfonctionnements peuvent être distingués :

- **les réponses inadaptées aux situations rencontrées** : par exemple, des transferts inappropriés, des attentes importantes dans l'accès aux examens complémentaires, des retards à l'admission dans certains services, des défaillances de filières de soins (en cancérologie, en gériatrie par exemple), des problèmes liés à la carence de lits d'aval....
- **les réponses non « conformes » à une règle ou une organisation** : non suivi de protocoles ou de procédures objectivement adoptés dans l'établissement considéré (exemple d'admissions directes selon les cas dans des services spécialisés, de protocoles de prise en charge définis sur certaines pathologies....), non-accès à des prestations spécialisées (gardes spécialisées non joignables, refus d'admission non motivé ou non justifié in fine...), carence d'organisation extra hospitalière d'amont (permanence de soins, transports sanitaires...), refus d'hospitalisation itératifs dans des établissements territoriaux ou régionaux...

3- Fiche de dysfonctionnement

La fiche de dysfonctionnement, définie dans l'arrêté du 12 février 2007, doit comporter au minimum les éléments suivants :

- Nature du service ou de la structure déclarante
- Qualité du représentant signataire de la fiche
- Lieu, date et horaire de l'évènement
- Nature des personnes, matériels ou installations concernés
- Nature du Dysfonctionnement (logistique, lié aux disponibilités en lits d'aval au sein ou hors de l'établissement, accès à des spécialités, orientation et difficultés liées à l'amont des urgences, respect de procédures ou protocoles)
- Conséquence des faits

- Description synthétique du dysfonctionnement constaté et rappel éventuel à la règle qui aurait dû prévaloir
- Mesures prises immédiatement le cas échéant
- Propositions éventuelles de correction à apporter
- Suite donnée au signalement (partie renseignée à posteriori)

Les informations relatives aux patients ou aux personnels doivent être anonymisées.

La fiche de dysfonctionnement peut être spécifique aux structures de médecins d'urgence ou insérée au sein d'une fiche globale de signalement d'événements indésirables existant déjà dans l'établissement.

3- organisation et traitement des signalements

a) au sein des établissements :

Les signalements sont traités à deux niveaux :

- o au niveau de la structure des urgences elle-même : chaque professionnel peut signaler tout événement, sur un support au libre choix du service ou de la structure (main courante...). Une analyse collégiale lors des réunions des services ou de staffs souvent quotidiens permettra d'apprécier et de mettre en œuvre, au sein du service, un traitement des événements signalés. Si un traitement interne ne peut être engagé, une fiche de dysfonctionnement sera remplie et adressée au directeur de l'établissement sous la signature du responsable de la structure déclarante. Les fiches sont anonymisées.

Parallèlement, les structures internes de l'établissement (structures des urgences et autres services d'accueil des patients orientés par les urgences, comme par exemple les structures de chirurgie ou de réanimation) auront la possibilité d'établir un registre des appels donnant lieu à admissions ou à « non-admissions ». Ce registre doit permettre de contribuer à cette démarche d'amélioration de la qualité et de repérage des dysfonctionnements.

- o Au niveau de l'établissement : le règlement intérieur doit préciser les modalités de recueil, de transmission, d'analyse et de traitement des fiches. La procédure mise en place doit être cohérente avec les organisations spécifiques de chaque établissement. Le **destinataire** exact des fiches est précisé, sous la responsabilité du directeur (direction de la qualité, cellule de gestion des risques...). **L'analyse et le traitement** sont effectués dans la transparence et la collégialité, par une **instance à créer ou déjà existante** (commission des admissions et soins non programmés, commission qualité, commission médicale d'établissement ou d'une sous commission de gestion des risques...). L'instance retenue doit comprendre à minima des représentants de la direction et du corps médical et notamment des urgentistes. La traçabilité et l'information en retour aux structures déclarantes sont impérativement organisées. La procédure mise en place doit prévoir la **périodicité** de réunion de cette instance (au moins deux fois par an) et les **délais de traitement des fiches**. Les fiches sont classées dans le cadre du recueil des événements indésirables.

b) en amont ou en aval de l'établissement :

Si des dysfonctionnements déclarés révèlent des éléments de causalité indépendants de l'établissement lui-même, un **rapport périodique** synthétique peut être transmis pour analyse et traitement, par le directeur, après avis des instances consultatives, au réseau mentionné à l'Art.R.6123-26. Il appartient à celui-ci de le transmettre en retour si besoin vers l'ARH ou le CODAMUPS, en lien avec le dispositif prévu à l'article R.6315-6 du code de la santé publique.

En cas de dysfonctionnement d'une particulière gravité, le représentant légal de l'établissement peut transmettre **sans délai** la fiche de dysfonctionnement au directeur de l'ARH et au réseau des urgences, après avis du président de la CME.

Les modalités pratiques de gestion et de traitement des fiches, dans le respect des principes décrits ci-dessus, sont déterminées librement par l'établissement, conformément à son organisation interne.

Il convient d'éviter de multiplier les circuits, les fiches, les instances, et de privilégier la cohérence des procédures mises en place dans le cadre de la gestion des risques.

Les éléments suivants sont impérativement organisés :

- modèle de fiche des dysfonctionnements constatés par la structure de médecine d'urgence, représentée par le chef de service ou le responsable d'unité, qu'elle soit spécifique ou insérée au sein d'une fiche globale de signalement d'événements indésirables
- procédure de transmission des fiches
- transparence et collégialité de l'analyse interne des dysfonctionnements
- information en retour aux structures déclarantes
- suivi et traçabilité

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu avec l'agence régionale de l'hospitalisation mentionne l'engagement de l'établissement à respecter la procédure ainsi décrite, dans le cadre de sa participation au réseau des urgences.

ANNEXE 4

MEDECINS CORRESPONDANTS DU SAMU

Les médecins correspondants du SAMU font partie du réseau des urgences. Le dispositif, défini initialement dans la circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, s'inscrit dans le cadre de l'aide médicale urgente. Il permet de disposer de relais compétents et formés et de réduire les délais de réponse à l'urgence par une prise en charge rapide et de qualité jusqu'à l'arrivée du SMUR.

Pour ne pas risquer d'engendrer des délais supplémentaires d'accès au SMUR, la procédure de déclenchement des médecins correspondants SAMU sur des cas graves, appréciés par le médecin régulateur, doit comporter le déclenchement systématique et simultané du SMUR le plus proche. Ce SMUR sera, ensuite, soit confirmé, soit annulé, par le médecin régulateur, dès réception du premier bilan du médecin correspondant SAMU.

Ce mode de prise en charge des urgences doit être développé en particulier dans les zones isolées où la dispersion de la population et la limitation des moyens de secours obligent à optimiser ces différents moyens et notamment lorsque le SMUR ne peut pas intervenir dans un délai adapté à l'urgence. Ces zones seront définies par l'ARH.

L'arrêté du 12 février 2007 précise les missions et le cadre d'intervention des médecins correspondants du SAMU. Les grands principes énoncés par la circulaire du 16 avril 2003 sont maintenus. Un contrat doit être établi entre le médecin correspondant du SAMU et l'établissement siège du SAMU, afin de préciser les modalités de formation et d'équipement.

Les médecins libéraux bénéficient de la qualité de collaborateur occasionnel du service public lorsqu'ils effectuent leur mission à la demande du SAMU. Cette qualité, consacrée par le Conseil d'Etat, place sous un régime spécifique de responsabilité les particuliers qui, sans être agent public, ont participé au service public à la demande de l'administration.

Il est également possible pour un médecin correspondant du SAMU d'être recruté par l'établissement siège de SAMU de référence en tant que praticien attaché. Dans ce cas, l'établissement siège de SAMU veillera à ce que la rémunération soit ajustée au nombre de demi-journées effectivement réalisées pour le compte du SAMU, par application de la règle du service fait.

Il convient enfin de préciser que la fonction de médecins correspondant du SAMU est complémentaire à leur participation à la permanence des soins et ne saurait se substituer à leur inscription au tableau de garde dans les conditions prévues à l'article R.6315-2 du code de la santé publique. Par ailleurs, il convient de préciser que la fonction de médecins correspondants du SAMU, si elle s'impose dans des zones isolées, n'est pas nécessaire pour participer de manière générale à la permanence des soins.