

ANNEXE 1



GUIDE DE BONNES PRATIQUES

visant à proposer des mesures pour réduire les délais d'attente des sapeurs-pompiers aux urgences afin de limiter les temps d'immobilisation des véhicules de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) et de leur équipage dans les établissements de santé, sans préjudice de la prise en compte première de l'état des patients/victimes

Table des matières

1. Objectivation des difficultés	3
⇒ BP n°1 : établir conjointement les indicateurs propres à objectiver et suivre la situation.....	4
⇒ BP n°2 : suivre régulièrement lors de réunions spécifiques, par exemple groupe de travail au niveau départemental, entre les différents acteurs (représentants du service des urgences, du SAMU ou de l'antenne du service mobile d'urgence et de réanimation [SMUR], du SIS...), les indicateurs mis en place. En cas de difficultés, le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS) pourra être saisi.....	4
2. Identification des causes de difficultés et propositions d'actions d'amélioration ...	4
2.1. La situation constatée peut avoir plusieurs origines, parfois cumulatives, qu'il convient d'identifier afin de pouvoir définir les actions correctives appropriées.....	4
⇒ BP n°3 : sur la base d'un diagnostic partagé entre chaque service concerné, établir un plan d'actions conjoint avec des objectifs de réduction des délais d'attente et un calendrier de mise en œuvre.....	5
2.2. Propositions d'actions d'amélioration.....	5
⇒ BP n°4 : définir conjointement des actions concrètes, pour lesquelles un acteur est identifié comme responsable, assorties d'objectifs quantifiés et d'un calendrier.....	6
3. Suivi conjoint à mettre en place	6
⇒ BP n°5 : suivre conjointement la mise en œuvre de chacune des actions définies dans le plan, établir des bilans partagés tous les 6 mois, sur la base des résultats constatés grâce aux indicateurs.....	6

La réduction des délais d'attente des sapeurs-pompiers (SP) dans les structures des urgences (SU) afin de limiter les temps d'immobilisation des VSAV dans les établissements de santé fait partie des mesures prioritaires identifiées par le ministre de l'intérieur et le ministre des solidarités et de la santé pour améliorer la collaboration entre acteurs du secours d'urgence aux personnes (SUAP) et de l'aide médicale urgente (AMU). Dans ce cadre, certains établissements doivent faire l'objet d'une attention particulière en raison de délais d'attente particulièrement longs.

Le présent guide a pour objet de permettre de donner quelques clés afin de fluidifier les organisations de ces structures, dans une logique d'amélioration globale des pratiques et de la prise en charge des patients/victimes. Il propose une démarche d'ensemble, devant permettre d'objectiver les problèmes éventuels, d'adapter le traitement à chaque cas et chaque territoire et de développer et suivre conjointement un plan d'action cohérent.

Il convient de rappeler que cette problématique doit être appréhendée en considérant la globalité de la situation locale et les contraintes pesant sur chaque service. En particulier, ce guide ne règle pas la question de l'aval des urgences, point par ailleurs central dans la logique de fluidification du parcours de soins et de désengorgement des services, qui peut être à l'origine des tensions relevées.

Les mesures proposées visent à optimiser le temps opérationnel des sapeurs-pompiers. Elles peuvent, en outre, selon les moyens disponibles sur les territoires, bénéficier à d'autres acteurs : transporteurs sanitaires, forces de l'ordre, administration pénitentiaire, etc. pouvant également connaître des temps d'immobilisation dans les structures des urgences (SU).

Toutefois, il ne s'agit pas de prioriser les patients/victimes qui seraient arrivés aux urgences via ce type de vecteurs. L'état de gravité du patient/victime doit toujours être pris en compte en premier lieu et dans toutes les situations. En revanche, à état de gravité égale, une priorisation du VSAV et des autres acteurs précités pourra être faite afin de libérer la capacité opérationnelle des services plus rapidement.

Les présentes bonnes pratiques (BP) ont été identifiées et renforcées par les retours terrain exprimés par les agences régionales de santé (ARS), les préfetures et les services d'incendie et de secours (SIS) en 2018 et 2019.

Elles visent à :

- Permettre la définition d'une méthodologie de travail commune et un calendrier pour accompagner la mise en œuvre des mesures et des indicateurs de suivi – objectivation des difficultés et diagnostics locaux ;
- Donner des exemples d'organisations ou d'outils opérationnels permettant la réduction effective des temps d'attente des sapeurs-pompiers aux urgences – propositions d'actions d'amélioration.

1. Objectivation des difficultés

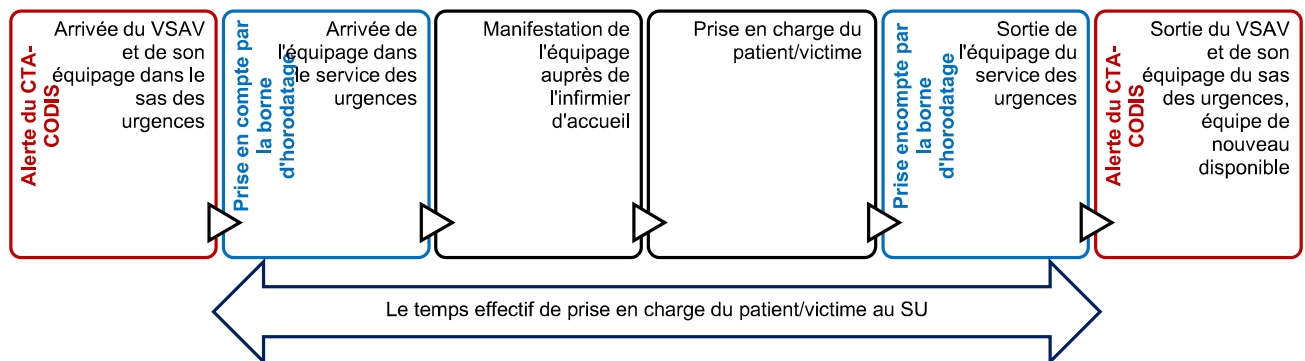
Tous les acteurs du secours d'urgence aux personnes et de la médecine d'urgence doivent être associés pour l'établissement du diagnostic partagé initial : SIS, transporteurs sanitaires privés, établissements de santé sièges de SU et de services d'aide médicale urgente (SAMU).

Par-delà l'alerte concernant des sites pour lesquels le SIS se trouve en difficulté du fait de l'immobilisation de ses ressources au service des urgences, il est nécessaire de mesurer les délais d'attente, en fonction du degré de gravité des patients/victimes, afin de pouvoir partager le constat entre acteurs et suivre l'évolution de la situation au fur et à mesure du déploiement des mesures correctives.

⇒ **BP n°1** : établir conjointement les indicateurs propres à objectiver et suivre la situation.

Exemple de processus pour la mesure des temps de prise en charge dans un SU : mise en place de jalons permettant de mesurer le temps écoulé entre l'arrivée de l'équipage de sapeurs-pompiers dans les urgences et la prise en charge effective du patient/victime par le SU, ou installation d'une borne d'horodatage par l'établissement de santé (ES).

- Quand cela est possible, la mesure du temps d'attente sera réalisée pour tous les patients/victimes.
- Les mesures peuvent être effectuées par radio, via une borne d'horodatage installée par l'ES ou par tout autre moyen technique adapté.
- Les flèches du graphique permettent d'identifier les moments clés pour mesurer l'attente, à savoir :
 - Arrivée sur le lieu de prise en charge (structure des urgences, maison médicale de garde [MMG], maison de santé pluriprofessionnelle [MSP]...);
 - Transfert de la prise en charge du patient/victime ;
 - Matériel récupéré ;
 - Départ du VSAV du lieu de prise en charge.



⇒ **BP n°2** : suivre régulièrement lors de réunions spécifiques, par exemple groupe de travail au niveau départemental, entre les différents acteurs (représentants du service des urgences, du SAMU ou de l'antenne du service mobile d'urgence et de réanimation [SMUR], du SIS...), les indicateurs mis en place. En cas de difficultés, le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS) pourra être saisi.

2. Identification des causes de difficultés et propositions d'actions d'amélioration

2.1. La situation constatée peut avoir plusieurs origines, parfois cumulatives, qu'il convient d'identifier afin de pouvoir définir les actions correctives appropriées

Des points de difficulté d'ordres différents ont été identifiés, pouvant être réglés à des niveaux et des temporalités propres à chacun des cas. La liste ci-après n'est ainsi pas exhaustive, mais fait état des principaux éléments repérés :

- Pics d'activité de l'un des acteurs ou pour les deux :
 - Pic d'activité pendant la journée (ex. : début de soirée) ;
 - Pic d'activité saisonnier, lié à un afflux de population (ex. : zones touristiques) ou une activité saisonnière (ex. : canicule, épidémie de grippe).
- Architecture inadaptée ou sous-dimensionnée du SU ;
- Engorgement, organisation interne du SU et sous-dimensionnement de la fonction d'infirmier organisateur de l'accueil (IOA).
- Saturation chronique du service liée aux difficultés d'aval des urgences.

Par ailleurs, d'autres facteurs peuvent accroître la pression opérationnelle des services (la démographie médicale et paramédicale, les contraintes pesant sur la disponibilité des sapeurs-pompiers volontaires, etc.).

- ⇒ **BP n°3** : sur la base d'un diagnostic partagé entre chaque service concerné, établir un plan d'actions conjoint avec des objectifs de réduction des délais d'attente et un calendrier de mise en œuvre.

2.2. Propositions d'actions d'amélioration

Les actions correctrices peuvent être définies en fonction des axes à améliorer identifiés grâce à l'état des lieux conjoint et en tenant compte du volume d'activité du SU. Plusieurs catégories d'actions d'amélioration peuvent être distinguées :

- Actions structurelles : il s'agit de traiter les causes profondes des difficultés. Par exemple : modifications architecturales pour permettre une adaptation des locaux au volume d'activité et l'organisation en filières distinctes patient couché/patient debout, renfort en équipements, notamment roulants ;
- Actions organisationnelles : il peut s'agir de la mise en place d'accès dédiés. Par exemple : pour les patients couchés, un sas et un IOA, éventuellement renforcée par un médecin d'accueil et d'orientation (MAO), pour les SU à forte activité, procédures raccourcies d'enregistrement administratif des patients/victimes amenés par les VSAV et les ambulances de transport sanitaire urgent, avec éventuellement des guichets « fast-track » dédiés ; renforcement permanent ou ponctuel de l'organisation du SU : IOA, accueil administratif, brancardage ; renforcement de l'organisation de l'ES et du territoire autour de la structure des urgences ; admissions directes de patients ; possibilité de laisser les personnes sans gravité et pouvant rester en position assise dans l'attente de leur prise en charge par l'IOA après transmission du bilan au centre de réception et de régulation des appels (CRRA 15), information de l'arrivée auprès de l'IOA et réalisation de l'enregistrement administratif du patient ; désignation d'un VSAV pour « surveiller » les patients/victimes des autres VSAV en attente de renfort du personnel hospitalier ;
- Identification, quand cela est possible, de lieux de dépose de proximité autres que les centres hospitaliers (MMG, MSP) y compris pour les pratiques de jonction entre SIS et transports sanitaires (TS) ;
- Rappel du principe de la régulation médicale systématique pour toute orientation, avant de quitter les lieux d'intervention, sauf organisation prédéfinie localement entre le SIS et le SAMU (ex : transport vers l'ES le plus proche pour les patients/victimes ne présentant aucun signe de gravité) ;
- Amélioration de la fluidité des transmissions : transmission du bilan secouriste par le SAMU en amont de l'arrivée au SU et, sur place, télétransmission par l'équipage SP à l'IOA par exemple grâce à l'usage de tablettes numériques ;

Exemple du développement numérique des bilans réalisés par les SP : le retour d'expérience du développement des bilans numériques par plusieurs SIS met en avant les améliorations suivantes :

- L'entrée administrative n'est plus à réaliser par les sapeurs-pompiers ;
 - Le SU peut anticiper l'arrivée du ou des VSAV en visualisant en amont l'état de gravité de la victime (disponibilité des brancards, gestion des priorités) ;
 - Après régulation médicale, le SAMU supervise en direct le nombre de VSAV dans un même SU ;
 - Une convention entre le SIS et l'ES permet de pérenniser les mesures.
- Mettre en place des mécanismes d'alerte impliquant le SAMU et/ou l'équipe d'encadrement du SU.

Exemple d'actions graduées pouvant être mises en place :

Niveau de saturation	Critère de sélection	Actions sapeurs-pompiers
Jaune	Dès lors que 2 VSAV sont en attente depuis 30 minutes	<ul style="list-style-type: none"> • Remontée d'information vers l'IOA par le chef d'agrès • Remontée d'information vers le centre opérationnel départemental d'incendie et de secours (CODIS) pour alerte CRRA 15 et recherche d'une solution commune
Orange	5 VSAV sont en attente depuis 30 minutes ou 2 VSAV depuis 60 minutes sans amélioration	<ul style="list-style-type: none"> • Remontée d'information vers le CODIS pour alerte CRRA 15 • Alerte de l'encadrement du SU et/ou de l'administrateur de garde • Temporisation des carences par le CRRA 15 et le CODIS jusqu'à amélioration
Rouge	8 VSAV sont en attente depuis 30 minutes ou 3 VSAV depuis 60 minutes sans amélioration	<ul style="list-style-type: none"> • Remontée d'information vers le CODIS pour alerte CRRA 15 • Désignation d'un VSAV pour « surveiller » les victimes des autres VSAV en attente de renfort du personnel hospitalier • Engagement d'un chef de groupe

Point d'attention : il convient de définir le déclencheur qui permet d'activer l'organisation renforcée. Ces critères sont donnés à titre indicatif et peuvent être adaptés localement.

⇒ **BP n°4** : définir conjointement des actions concrètes, pour lesquelles un acteur est identifié comme responsable, assorties d'objectifs quantifiés et d'un calendrier.

3. Suivi conjoint à mettre en place

Un suivi est mis en œuvre par le groupe restreint, composé de professionnels du SAMU, des urgences et des SIS, de représentants des établissements publics concernés, auquel peuvent être associés les transporteurs sanitaires privés. En cas de désaccord ou d'absence de résultat, le CODAMUPS-TS sera chargé d'accompagner les professionnels vers une solution acceptée de tous.

En fonction des difficultés identifiées, le comité de suivi peut être plus ou moins étendu, selon le besoin d'associer ou non la régulation médicale du SAMU.

⇒ **BP n°5** : suivre conjointement la mise en œuvre de chacune des actions définies dans le plan, établir des bilans partagés tous les 6 mois, sur la base des résultats constatés grâce aux indicateurs.

La Direction générale de la sécurité civile et de la gestion de crise (bureau de l'organisation et des missions des services d'incendie et de secours, dqscgc-bomsis@interieur.gouv.fr) et la Direction générale de l'offre de soins (bureau du premier recours, DGOS-R2@sante.gouv.fr) se tiennent à votre disposition pour toute information complémentaire, ainsi que pour recueillir vos retours terrain.