



FEDORU

Guide méthodologique
pour la structuration et
la formalisation
des filières d'urgence
inter-établissements

2025

01	Introduction	p.4
02	Objectifs de la formalisation des filières d'urgence ..	p.6
03	Définitions	p.7
	3.1. Filières d'urgence inter-établissements	
	a. Filière vitale versus filière non vitale ou « fonctionnelle »	
	b. Filières d'urgence à structurer	
	3.2. Catégorie des établissements au sein de la filière (dont établissements partenaires)	
	a. Catégories : proximité, recours ou appui, expert	
	b. Sous-catégories A ou B pour une précision accrue	
	c. Établissements partenaires	
	3.3. Logigramme, procédure, protocole	
	a. Logigrammes de prise en charge pour l'organisation inter-établissements	
	b. Procédures pour l'organisation intra-établissement	
	c. Protocoles médicaux pour les actions thérapeutiques	
	3.4. Modes nominal et dégradé	
	a. Critères de déclenchement du mode dégradé : ALERTE et RUPTURE	
	b. Motifs d'alerte et de rupture pour l'anticipation du mode dégradé	
	c. Implications organisationnelles	
04	Comitologie	p.21
	4.1. Comité "filière d'urgence"	
	a. Objectifs	
	b. Missions	
	c. Membres	
	4.2. Commissions « filière d'urgence » territoriales, supra-territoriales ou régionales	
	a. Objectifs	
	b. Missions	
	c. Membres	

05 Identification et structuration des filières d'urgence p.25

5.1. Identification du besoin (territorial, régional, national)

5.2. Évaluation qualitative et quantitative du besoin

5.3. Identification et catégorisation des ES porteurs de la filière

- a. Identification des établissements porteurs de la filière
- b. Catégorisation des établissements porteurs de la filière
- c. Identification des établissements partenaires

5.4. Identification des patients devant intégrer une filière d'urgence

- a. Au niveau du préhospitalier : SAMU-SAS et effecteurs de terrain
- b. En hospitalier (SU ou services hospitaliers)

5.5. Structuration du parcours de soins au sein de la filière : les outils incontournables

- a. Le Répertoire national de l'Offre et des Ressources en santé et accompagnement médico-social (ROR)
- b. Les fiches filières
- c. Les logigrammes de prise en charge
- d. Les protocoles et procédures

5.6. Rôle des parties prenantes dans la structuration de la filière au sein de la région et des territoires

- a. Les Agences Régionales de Santé (ARS)
- b. Les délégations départementales des ARS (DD-ARS)
- c. Les Observatoires Régionaux des Urgences (ORU) et Réseaux Territoriaux des Urgences (RTU)
- d. Les Fédérations
- e. Les établissements de santé
- f. Les pilotes de la filière
- g. Les référents médicaux de la filière et les urgentistes
- h. Référents ROR
- i. Représentants des établissements partenaires

06 Déploiement de la filière d'urgence p.42

6.1. Comité "filière d'urgence"

6.2. Commissions "filière d'urgence"

6.3. Pilotes de la filière

- a. Pilotes spécialistes de la filière
- b. Pilotes urgentistes de la filière

6.4. ARS et délégations départementales (DD-ARS)

- 6.5. Rôle des acteurs de l'établissement**
 - a. Référents urgentistes filière de l'établissement de santé
 - b. Référents spécialistes filière de l'établissement de santé
 - c. Référents plateaux techniques
 - d. Référent(s) SAMU-SAS
 - e. Gestionnaires de lits territoriaux
 - f. Directions d'établissements
- 6.6. Les acteurs de terrain des établissements de santé**
- 6.7. Autres acteurs de terrain n'exerçant pas dans un établissement de santé**

07 Fonctionnement d'une filière d'urgence p.48

- 7.1. Fonctionnement en mode nominal**
- 7.2. Fonctionnement en mode dégradé**
 - a. Déclaration
 - b. Actions
- 7.3. Outils nécessaires au suivi opérationnel des filières d'urgence**
 - a. Le ROR
 - b. Une application filières
- 7.4. Rôle des acteurs (notamment des établissements partenaires)**

08 Évaluation de la filière p.51

- 8.1. Sources de données (registre, RPU, etc.)**
- 8.2. Évaluation quantitative des filières d'urgence**
 - a. Capacité à diagnostiquer les patients éligibles de la filière
 - b. Activité de la filière
 - c. Opérationnalité de la filière
 - d. Adéquation du dimensionnement avec les besoins de prise en charge
- 8.3. Évaluation qualitative des filières d'urgence**
- 8.4. Restitution des indicateurs (tableaux de bord)**
- 8.5. Adaptation des logigrammes, procédures et protocoles**

09 Conclusion p.57

ANNEXES p.58

01. INTRODUCTION

En 2019, la FEDORU publiait un premier document de recommandations sur les filières de soins intitulé *Mise en place et évaluation de la phase aiguë d'une filière de soins*. Depuis, le système de santé a connu des évolutions majeures qui ont transformé l'organisation des soins urgents.

La Loi de modernisation de 2016 a renforcé la transversalité des projets régionaux de santé (PRS), tandis que la réforme des soins critiques de 2022 a redéfini les cadres d'organisation des unités de réanimation, soins intensifs et continus, notamment via des réseaux territoriaux structurés. Plus récemment, le décret n° 2023-1374 a introduit de nouvelles modalités pour les antennes de médecine d'urgence, la régulation des accès aux services d'urgences et l'articulation avec les plateaux techniques spécialisés.

Parallèlement, les progrès technologiques permettent aujourd'hui des diagnostics précoces, dès le préhospitalier, ce qui facilite – à travers les SAMU-SAS – l'orientation adaptée des patients. Dans le même temps, la progression des connaissances scientifiques et des outils a rendu possible la réalisation d'actes hyper-spécialisés, nécessitant des environnements techniques et humains spécifiques rares.

Ces évolutions rendent indispensable une organisation homogène des filières de soins urgents, permettant aux patients d'accéder rapidement aux ressources adaptées (plateaux techniques, services de spécialités, permanence des soins, etc.). Cette structuration doit inclure des solutions anticipées pour fonctionner aussi bien en mode nominal qu'en mode dégradé, afin de répondre aux difficultés courantes telles que le manque de ressources humaines ou la saturation des services.

En dehors du formalisme et de la structuration des filières, il sera également nécessaire de s'appuyer sur les outils d'information et de communication existants et de développer une application filière d'urgence spécifique pour le suivi de l'opérationnalité de celles-ci, associée au répertoire national de l'offre et des ressources en santé et médico-social (ROR). Ces outils, en particulier l'application filière, permettront d'assurer une veille continue sur l'efficacité des dispositifs en place, d'ajuster les pratiques en temps réel et de coordonner les différents acteurs impliqués dans la prise en charge des soins urgents.

Ce document vise à offrir aux directeurs, médecins urgentistes et d'autres spécialités, gestionnaires de lits des établissements des recommandations pratiques pour optimiser le parcours patient dans le cadre de la médecine d'urgence. Il s'agit d'assurer une prise en charge efficace dès l'entrée dans le système de soins, en préhospitalier comme en milieu hospitalier, afin de garantir un accès aux soins appropriés, dispensés par les bons professionnels, dans un environnement adapté.

02. OBJECTIFS DE LA FORMALISATION DES FILIÈRES D'URGENCE

La formalisation des filières d'urgence vise à structurer, harmoniser et renforcer les pratiques des professionnels de santé afin d'assurer une prise en charge adaptée, rapide et équitable des patients. Elle reflète les priorités en matière d'efficacité, de sécurité et d'équité dans la médecine d'urgence, tout en intégrant les avancées technologiques et organisationnelles récentes :

- Favoriser la coordination interprofessionnelle en renforçant les liens entre les différents acteurs du parcours de soins urgents (médecins urgentistes et d'autres spécialités, généralistes, paramédicaux, régulateurs) pour assurer une fluidité optimale dans la prise en charge ;
- Garantir l'équité d'accès aux soins urgents en proposant des recommandations visant à harmoniser les filières sur l'ensemble des territoires et des régions, afin d'assurer à tous les patients un accès rapide et équitable aux structures et services adaptés, quel que soit leur lieu de résidence ou de prise en charge ;
- Anticiper les besoins en ressources humaines et matérielles en identifiant les leviers pour mieux répondre aux défis de pénurie de personnel et de saturation des structures pour proposer des solutions adaptées (flexibilité organisationnelle, renforcement de la formation, développement d'outils d'aide à la décision) ;
- Optimiser l'utilisation des nouvelles technologies en intégrant pleinement les innovations numériques (intelligence artificielle, télémédecine, outils connectés) pour améliorer l'orientation des patients, les diagnostics précoces, l'efficacité des interventions et, in fine, l'efficacité des organisations ;
- Renforcer la résilience des filières en cas de crises au travers de recommandations spécifiques pour gérer les situations exceptionnelles, en garantissant la continuité des soins urgents ;
- Évaluer les performances des filières de soins urgents en mettant en place des indicateurs standardisés permettant de mesurer l'efficacité, la qualité et la sécurité des prises en charge dans les différentes phases du parcours patient ;
- Soutenir la formation et la montée en compétences des professionnels de santé au moyen d'actions spécifiques pour les accompagner dans l'adaptation aux nouvelles modalités de travail et à l'utilisation des outils techniques avancés ;
- Favoriser l'interopérabilité des systèmes d'information en assurant une meilleure communication entre les outils informatiques des différentes structures (pré-hospitalier, hospitalier, soins de suite, soins médicaux et de réadaptation) pour une transmission efficace des données organisationnelles et médicales ;
- Tracer l'opérationnalité des filières d'urgence grâce à un outil d'information partagé ou une application filière, destiné aux professionnels de santé.

03. DÉFINITIONS

3.1. FILIÈRES D'URGENCE INTER-ÉTABLISSEMENTS

Une filière inter-établissements en médecine d'urgence est une organisation structurée, visant à optimiser le parcours des patients, au sein d'un territoire, à un niveau supra territorial ou à l'échelle d'une région. Elle a pour objectif de garantir, pour chaque pathologie (syndrome coronarien aigue, hémorragie digestive haute, AVC, etc.) ou spécialité porteuse¹ (cardiologie, psychiatrie, hématologie, etc.) d'une filière d'urgence, une prise en charge homogène grâce à la mise en œuvre de protocoles partagés et adaptés en mobilisant les ressources humaines et techniques nécessaires, et en respectant les délais et les bonnes pratiques médicales.

Ces filières peuvent s'appuyer sur un ou plusieurs établissements de santé, publics, privés à but non lucratifs ou privés et sur une ou plusieurs spécialités médicales et chirurgicales adaptées aux besoins spécifiques du patient. Leur structuration et leur mise en œuvre est encadrée par une comitologie intégrant notamment les agences régionales de santé (ARS), les représentations professionnelles (réseaux territoriaux des urgences, observatoires régionaux des urgences – ORU) et les professionnels de terrain (voir chapitre 5).

L'objectif fondamental d'une filière est de permettre l'accès rapide et optimal des patients aux ressources nécessaires et suffisantes. Cela se matérialise par :

- Un point d'accès identifié : le service d'urgence ou un point d'accueil spécifique identifié pour les patients de la filière (lieu identifié dans un établissement pour réceptionner, évaluer et prendre en charge les patients relevant de celle-ci, lorsque l'accès à la filière est organisé sans passage par les urgences). A noter, ce point d'accueil spécifique est décrit dans le ROR sous l'item « prise en charge directe SMUR ». Cette notion d'accueil « direct SMUR » n'est pas exclusive des patients pris en charge par un SMUR ;
- Des plateaux techniques spécialisés pour les diagnostics et interventions complexes ;
- Des unités spécialisées capables de répondre aux pathologies spécifiques (unité neurovasculaire, service de cardiologie interventionnelle, etc.) ;
- Un accès à l'expertise à travers des spécialités associées à une permanence des soins 24h/24 (PDSES) ;
- Des lits d'hospitalisation pour garantir la continuité de la prise en charge après l'intervention ou l'acte thérapeutique initial, essentiels pour les filières non vitales, pouvant être facultatifs pour les filières vitales (voir chapitre suivant) ;
- Pour assurer cette fluidité, une coordination étroite entre tous les acteurs impliqués est essentielle : régulateurs (SAMU-SAS), urgentistes, spécialistes, personnel soignant et gestionnaires d'établissements.

¹ Les filières d'urgence peuvent être définies pour une spécialité porteuse (ex : filière cardiologie) plutôt que pour une pathologie spécifique lorsque cette spécialité intègre plusieurs pathologies pour lesquelles les prises en charges suivent le même type de processus.

a. Filières vitales versus filières non vitales ou « fonctionnelles »

Filières vitales

Ces filières concernent des situations où la survie ou le pronostic fonctionnel du patient est en jeu (un syndrome coronarien aigu, un AVC touchant un gros tronc vasculaire cérébral, une rupture d'anévrisme, un polytraumatisme, etc.). Elles nécessitent une prise en charge rapide, centrée en priorité sur les actes curatifs essentiels, tels qu'une angioplastie, une thrombolyse ou une intervention chirurgicale urgente.

Dans ce contexte, la priorité absolue est d'orienter le patient vers l'établissement disposant du plateau technique adéquat et d'assurer une intervention spécialisée dans les meilleurs délais, même si cet établissement ne dispose pas des capacités d'hospitalisation, et ce afin de préserver la vie du patient.

Cependant, lorsque plusieurs établissements équipés de plateaux techniques équivalents se trouvent à une distance comparable, la capacité d'accueil peut devenir un critère de choix. Il s'agit alors d'optimiser l'orientation du patient en tenant compte, tant des ressources disponibles, que de l'urgence de la situation.

Exemple :

Lors d'un syndrome coronarien aigu, le patient doit être acheminé en priorité vers une salle de coronarographie interventionnelle accessible dans les plus brefs délais. Si plusieurs établissements dotés de cette infrastructure sont situés à équidistance, la disponibilité des capacités d'accueil devra être prise en compte pour assurer une prise en charge optimale.

Filières non vitales ou « fonctionnelles »

Ces filières concernent les situations où le pronostic vital du patient n'est pas immédiatement engagé, mais où une prise en charge spécialisée en urgence reste nécessaire (une fracture complexe, une pathologie infectieuse nécessitant des soins spécialisés, un traumatisme de la face, etc.).

Dans ce cadre, l'urgence est moins critique, mais la prise en charge doit être rapide et adaptée. L'orientation du patient doit tenir compte de deux critères : la disponibilité des équipements techniques nécessaires et les capacités d'hospitalisation à l'instant T.

Exemple :

Un patient présentant une fracture ouverte nécessitant une intervention orthopédique pourrait être orienté vers l'établissement de santé ayant un service d'urgence, la disponibilité d'une salle opératoire et un lit en chirurgie orthopédique.



L'application filière, grâce à ses fonctionnalités, permettra d'identifier les différentes filières selon des diagnostics spécifiques et/ou les spécialités associées à chaque filière d'urgence.

b. Filières d'urgence à structurer

La FEDORU recommande que dans le cadre de l'urgence, l'ensemble des pathologies et ou spécialités porteuses de l'une des filières d'urgence ci-dessous fassent l'objet d'une réflexion de filiarisation en regard des priorités régionales ou territoriales. Le niveau opérationnel (territorial, supra-territorial, régional,) pourra être défini par les commissions filières en mettant en regard, les besoins identifiés à ces différents niveaux et les ressources techniques et d'expertise disponibles.

Les filières présentées ci-dessous ne sont pas limitatives et peuvent être complétées en fonction des besoins territoriaux ou régionaux.

Tableau 1: Liste des filières à structurer dans le cadre de la prise en charge des soins urgents

Spécialité porteuse	Pathologie
Brulologie	
Cardiologie	Syndrome coronarien aigue Rythmologie
Réanimation	Adulte Polyvalente Adulte Spécialisée Néonatale Pédiatrique
Traumatologie	Polytraumatisme Rachis Main Générale
Neurologie	AVC
Ophtalmologie	Traumatisme Détachements de rétine
Pneumologie	Endoscopie Détresse respiratoire
ORL	
Gastrologie	Hémorragie digestive haute et corps étrangers
Urologie	
Gynécologie	
Néonatalogie	
Psychiatrie	
Chirurgie vasculaire	
Chirurgie viscérale et digestive	
Chirurgie thoracique	
Chirurgie cardiaque	
Chirurgie infantile	Traumatologie Viscéral
Neuro chirurgicale	
Néphrologie hémodialyse	
Hématologie	
Infectieux	
Maxillo-facial	
Médecine Légale	
Radiologie interventionnelle	
Stomatologie et chirurgie dentaire	
Centre anti-poison	
Toxicologie	

3.2. CATÉGORIE DES ÉTABLISSEMENTS AU SEIN DE LA FILIÈRE (DONT ÉTABLISSEMENTS PARTENAIRES)

a. Catégories : proximité, recours ou appui, expert

La catégorisation des établissements au sein d'une filière d'urgence vise à garantir une adéquation optimale entre le niveau de prise en charge requis par le patient et les infrastructures et ressources disponibles dans les établissements.

En mode nominal, les établissements porteurs de la filière se répartissent en trois catégories :

- Les établissements de proximité : principalement dédiés à la prise en charge initiale (diagnostic, soins de mise en condition et réorientation) ou aux soins de moindre complexité lorsque la prise en charge du patient peut être complétée sur place ;
- Les établissements de recours (ou d'appui)² : offrant des capacités techniques et humaines adaptées à une prise en charge spécialisée ;
- Les établissements experts : disposant des plateaux techniques et compétences les plus avancés pour traiter des pathologies complexes ou des urgences vitales.

Les caractéristiques spécifiques des infrastructures et des moyens associés à chaque catégorie varient selon les filières et sont détaillées dans des fiches filières adaptées par les commissions dédiées et validées par le comité filières d'urgence régional (pour les filières régionales, voir chapitre 5). Des exemples de fiches filières sont présentés en Annexe I.

Pour respecter les organisations existantes dans certains territoires, la FEDORU recommande de privilégier les termes proximité, recours et expert, sans recourir aux désignations numériques (niveaux 1, 2 ou 3), qui sont employées de manière hétérogène selon les régions. Cette uniformisation permet une meilleure compréhension et une application harmonisée des recommandations sur l'ensemble du territoire.

² Afin de simplifier la lecture du document, pour la suite, seul le terme « recours » sera utilisé

b. Sous-catégories A ou B pour une précision accrue

Pour certaines filières, il peut être nécessaire d'introduire des sous-catégories au sein de chaque grande catégorie identifiée par des notations telles que A et B. Ces sous-catégories visent à préciser les capacités spécifiques des établissements de la sous-catégorie « A » (plateau technique plus complet, disponibilité accrue pour certaines interventions, etc.) ou les limitations spécifiques de la sous-catégorie « B » (disponibilité horaire réduite, absence de certaines spécialités, etc.), notamment lorsqu'elles pourraient influencer de manière significative l'orientation d'un patient.

Exemple :

Au sein de la filière de prise en charge du polytraumatisme, un établissement de recours de la sous-catégorie « A » pourrait disposer d'une radiologie interventionnelle permettant l'embolisation, alors que pour le « B », l'accès à cet acte ne pourrait se faire que le jour. Le reste du plateau technique n'ayant pas d'autre différence entre ces deux types d'établissement.

Ces distinctions ne doivent être intégrées au dispositif que si elles apportent une plus-value opérationnelle claire, en évitant une complexité excessive ou inutile dans l'organisation des filières. Les modalités d'application de ces sous-catégories doivent faire l'objet d'une validation concertée au niveau régional voire national, en tenant compte des particularités locales.

c. Établissements partenaires

En mode de fonctionnement dégradé (voir chapitre 4), cette catégorisation peut être étendue pour inclure des établissements partenaires. Un établissement partenaire est défini comme une structure qui ne possède pas de service d'urgence ou de point d'accueil spécifique pour la filière identifiée, mais qui dispose néanmoins du plateau technique et des spécialistes requis pour une prise en charge adaptée.

En mode dégradé, ces établissements jouent un rôle crucial dans le désengorgement des structures principales et permettent de maintenir une continuité dans l'accès aux soins, en particulier dans des situations où les ressources des établissements de proximité et de recours ou experts sont saturées.

Dans cette logique, ils sont indispensables à la réflexion organisationnelle et doivent être intégrés de manière systématique dans les logigrammes de prise en charge, afin d'identifier clairement les alternatives disponibles lorsque les structures porteuses de la filière ne peuvent répondre aux besoins immédiats. Cette inclusion vise à ce que chaque patient bénéficie d'une orientation optimale, même dans des situations où les ressources classiques sont indisponibles.

Les établissements partenaires, en tant que solutions alternatives, nécessitent une coordination renforcée et une communication fluide avec les autres acteurs de la filière pour assurer une prise en charge conforme aux protocoles établis, tout en respectant les impératifs de sécurité et de qualité des soins.

Exemple :

En cas de saturation de la filière de prise en charge de la traumatologie non grave sur le territoire, le mode dégradé sera activé et, après une orientation initiale vers un service d'urgence, le patient sera transféré dans un délai de 24 heures vers l'établissement partenaire identifié dans le logigramme de prise en charge (chapitre 3.3.1). Cet établissement partenaire devra obligatoirement disposer d'un service d'orthopédie et d'un bloc opératoire adapté.



L'application filière, permettra d'identifier les établissements porteurs de la filière, ainsi que leur catégorie. Elle permettra également d'identifier les établissements partenaires qui n'apparaîtront que lorsque le mode dégradé sera déclenché (voir chapitre 3.4). La recherche se fera soit par le diagnostic, soit par la spécialité.

Les différentes catégories au sein d'une filière d'urgence sont présentées dans la figure ci-dessous :

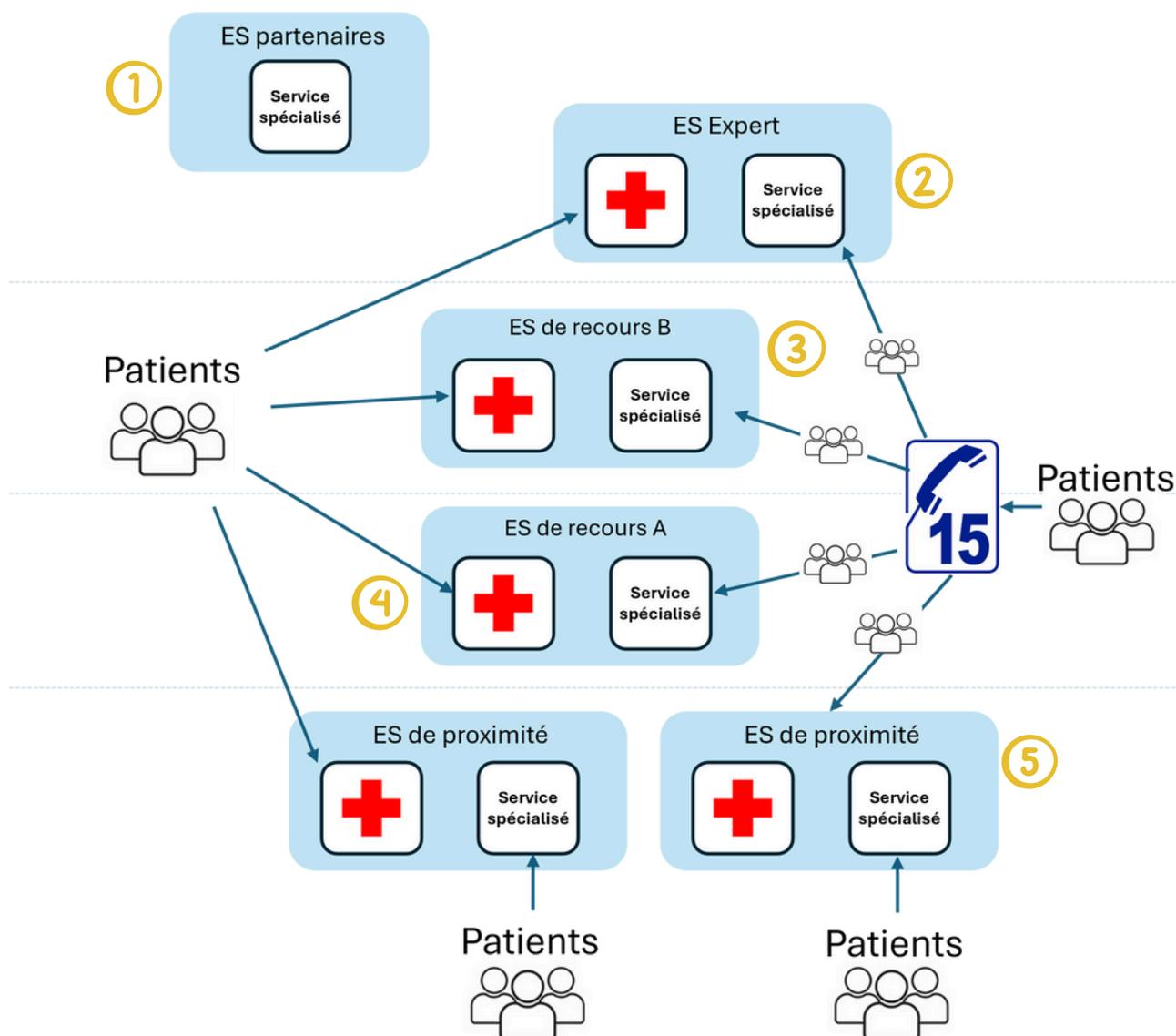


Figure 1 : Catégorisation des établissements au sein de la filière d'urgence

- | | |
|---|---|
| <p>1 Établissements qui possèdent, pour une filière donnée, le plateau technique et les spécialistes requis pour une prise en charge adaptée dans le cadre d'un mode dégradé.</p> <p>2 Établissements disposant des moyens les plus avancés pour traiter des pathologies complexes ou des urgences vitales</p> <p>3 Établissements (également appelés établissements d'appui) offrant des capacités techniques et humaines adaptées à des prises en charge spécialisées.</p> | <p>4 Établissements (également appelés établissements d'appui) offrant des capacités techniques et humaines adaptées à des prises en charge spécialisées et présentant des capacités spécifiques apportant une plus-value opérationnelle.</p> <p>5 Établissements principalement dédiés à la prise en charge initiale ou aux soins de moindre complexité.</p> <p>+ Services d'urgences ou point d'accueil spécifique</p> |
|---|---|

3.3. LOGIGRAMME, PROCÉDURE, PROTOCOLE

Ce chapitre distingue trois outils essentiels à la structuration et au fonctionnement des filières d'urgence : le logigramme de prise en charge, les procédures, et les protocoles médicaux. Chacun de ces outils joue un rôle spécifique pour garantir une prise en charge cohérente et efficace des patients, quelles que soient les modalités de fonctionnement de la filière.

a. Logigrammes de prise en charge pour l'organisation inter-établissements

Le logigramme de prise en charge est un schéma organisationnel spécifique à chaque filière d'urgence. Son objectif principal est de formaliser le parcours de soins inter-établissement d'un patient au sein de la filière, en tenant compte de sa pathologie et de son besoin de soins. Il définit les étapes du parcours patient au sein de la région ou du territoire, inclut les modes de fonctionnement en mode nominal (organisation normale) et en mode dégradé (gestion des dysfonctionnements), et précise les rôles et responsabilités des différents spécialistes et établissements impliqués.

Des exemples de logigrammes sont proposés en Annexe I-bis.



Pour chaque territoire, les logigrammes de prise en charge pourront être mis à disposition dans l'application filières.

b. Procédures pour l'organisation intra-établissement

Les procédures sont les actions spécifiques à mettre en œuvre au sein d'un établissement pour assurer la prise en charge d'un patient conformément au logigramme de la filière et à ses objectifs opérationnels.

Leur objectif principal est de présenter les actions à mettre en œuvre pour garantir, dans le cadre de la filière, un accueil et une prise en charge standardisée et efficace au sein d'un même établissement.

Ces actions doivent être validées par l'ensemble des parties prenantes. Elles décrivent les étapes et actions spécifiques au sein de l'établissement, incluent des précisions sur les modalités de fonctionnement en mode nominal et en mode dégradé. Elles concernent notamment les modalités d'accueil, l'organisation des examens, des actes et des interventions thérapeutiques nécessaires à qualifier le patient le plus rapidement possible dans la filière, le rôle des différents acteurs de la prise en charge au sein de l'établissement et l'organisation des modalités de transfert.

c. Protocoles médicaux pour les actions thérapeutiques

Les protocoles sont les recommandations et règles validées par les commissions filières à l'échelle d'un territoire ou par le comité filière d'urgence à l'échelle de la région (chapitre 5), qui encadrent les prises en charge médicales et paramédicales. Ces recommandations couvrent l'ensemble de la prise en charge, des schémas d'orientation préhospitalière aux actes thérapeutiques que l'on doit prodiguer aux patients.

3.4. MODES NOMINAL ET DÉGRADÉ

Le **mode nominal** correspond au fonctionnement normal et attendu d'une filière d'urgence. Dans ce mode, tous les processus définis dans le logigramme de prise en charge sont opérationnels, les ressources humaines et techniques sont disponibles, et les établissements impliqués fonctionnent conformément à l'organisation initialement définie.

Le **mode dégradé** se déclenche lorsqu'un ou plusieurs établissements de la filière ne peuvent plus fonctionner normalement en raison d'un dysfonctionnement partiel ou total. Dans ce cas, le mode dégradé prévoit les solutions alternatives qui devront être mises en place pour garantir une prise en charge adaptée et minimiser l'impact sur les patients.

Quel que soit le mode, les modalités de fonctionnement doivent être intégrées dès la planification des filières pour assurer la continuité des soins. Elles doivent être :

- Formalisées, c'est-à-dire décrites dans les logigrammes de prise en charge de la filière et les procédures des établissements, et accessibles à tous les acteurs impliqués ;
- Validées par la commission filière afin de ne pas être remises en cause et de garantir une homogénéité de fonctionnement ;
- Anticipées, c'est-à-dire identifiées et intégrées au moment de la structuration des filières, aussi bien pour le mode nominal que pour la gestion dans un contexte de dysfonctionnements potentiels (mode dégradé) ;
- Réactives, c'est-à-dire rapidement mobilisables pour minimiser les délais et garantir une prise en charge coordonnée.

L'objectif principal est de sensibiliser les acteurs à la nécessité de prévoir des mécanismes robustes pour maintenir une prise en charge de qualité en toutes circonstances.

a. Critères de déclenchement du mode dégradé : ALERTE et RUPTURE

Alerte :

Une alerte est déclenchée lorsque des dysfonctionnements affectent un établissement, mais que des solutions internes permettent de maintenir une prise en charge adaptée répondant aux besoins du patient. Les impacts sur la filière restent limités.

Les critères susceptibles d'entraîner la déclaration d'une alerte sont nombreux. Ils peuvent concerner les ressources humaines, la logistique, le capacitaire, les moyens matériels, etc.

Il faut retenir qu'une situation d'alerte n'empêche pas la prise en charge du patient. Cependant, les adaptations qu'elle implique peuvent affecter la qualité de la prise en charge ou les délais.

Exemple 1 :

Problème de plateau technique : la maintenance d'une IRM aura un impact sur l'établissement de la filière. Cependant, les procédures internes pourront, dans ce contexte, compenser l'indisponibilité de l'IRM en facilitant l'accès au scanner. Cela permettra une prise en charge rapide et la confirmation du diagnostic pour un patient suspecté d'être atteint d'un AVC récent.

Exemple 2 :

Problème de ressource humaine : manque ponctuel d'une infirmière.

Exemple 3 :

Problème de capacitaire dans le cadre d'une filière vitale : lorsqu'il s'agit de traiter un hématome extra-dural, l'absence de lit en unité de soins intensifs ou en réanimation ne doit pas empêcher la prise en charge dans un centre expert, surtout s'il est le seul disponible dans la région. Dans ce cas, il ne s'agit pas d'une rupture (voir paragraphe suivant) mais d'une alerte qui devra être décrite pour permettre aux effecteurs du terrain d'adapter leur orientation.



L'application filière devra permettre de visualiser en temps réel, les situations d'alerte ou de rupture déclarées par les établissements et d'identifier les solutions alternatives.

Rupture :

La rupture intervient lorsque les solutions internes à l'établissement ne suffisent plus, rendant impossible la prise en charge selon les modalités du mode nominal de la filière. Une rupture peut être :

- **Partielle** : un établissement ne peut plus fonctionner au niveau requis par sa catégorie initiale mais peut temporairement dégrader sa catégorie pour continuer la prise en charge des patients pour une catégorie inférieure (un établissement expert devient un établissement de recours par exemple).

Exemple : La table de thrombectomie n'est plus disponible dans l'établissement expert, mais il peut encore, en tant qu'établissement de recours, prendre en charge les AVC mineurs via son unité neurovasculaire.

- **Totale** : un établissement n'est plus en mesure d'assurer la prise en charge des patients, quel que soit le niveau requis. Il devient donc temporairement indisponible pour la filière.

Exemple : Un établissement de proximité qui perd sa capacité à réaliser du TéléAVC, un établissement expert dont le bloc opératoire de chirurgie neuro-vasculaire est fermé, un établissement de recours de la filière traumatologie générale qui n'a plus de lits spécialisés (filiale non vitale).

b. Motifs d'alerte et de rupture pour l'anticipation du mode dégradé

Pour chaque filière, les motifs d'alerte et de rupture doivent être identifiés en amont pour permettre leur gestion anticipée et efficace. Ces situations peuvent inclure :

- Une fermeture temporaire d'un service d'urgences ou d'un point d'accueil spécifique ;
- Un manque temporaire de ressources humaines (médecins, infirmiers) ;
- Un flux inhabituel de patients (épidémie, catastrophe) ;
- Une panne ou indisponibilité d'un plateau technique unique ;
- Des dysfonctionnements techniques ou logistiques (transports, communication) ;
- Une saturation des lits d'hospitalisation (notamment pour les filières non vitales) ;
- Une fermeture prolongée d'un service clé (réanimation, soins intensifs) ;
- Cette liste est non exhaustive. Elle doit être adaptée selon les spécificités locales et les évolutions du contexte. Les commissions filières (voir chapitre 5.2) sont encouragées à compléter cette liste en fonction des besoins territoriaux ou régionaux.



Les motifs ci-dessus feront partie des motifs pré-identifiés dans l'application filière. Pour chacun, ils sont susceptibles d'entraîner une situation d'alerte et ou une situation de rupture. Un distinguo sera proposé pour faire la différence entre les filières pédiatriques et adultes.

Ci-dessous, la figure 2 présente deux exemples de fonctionnements en mode dégradé à la suite de ruptures de filière dans un ES porteurs de la filière.

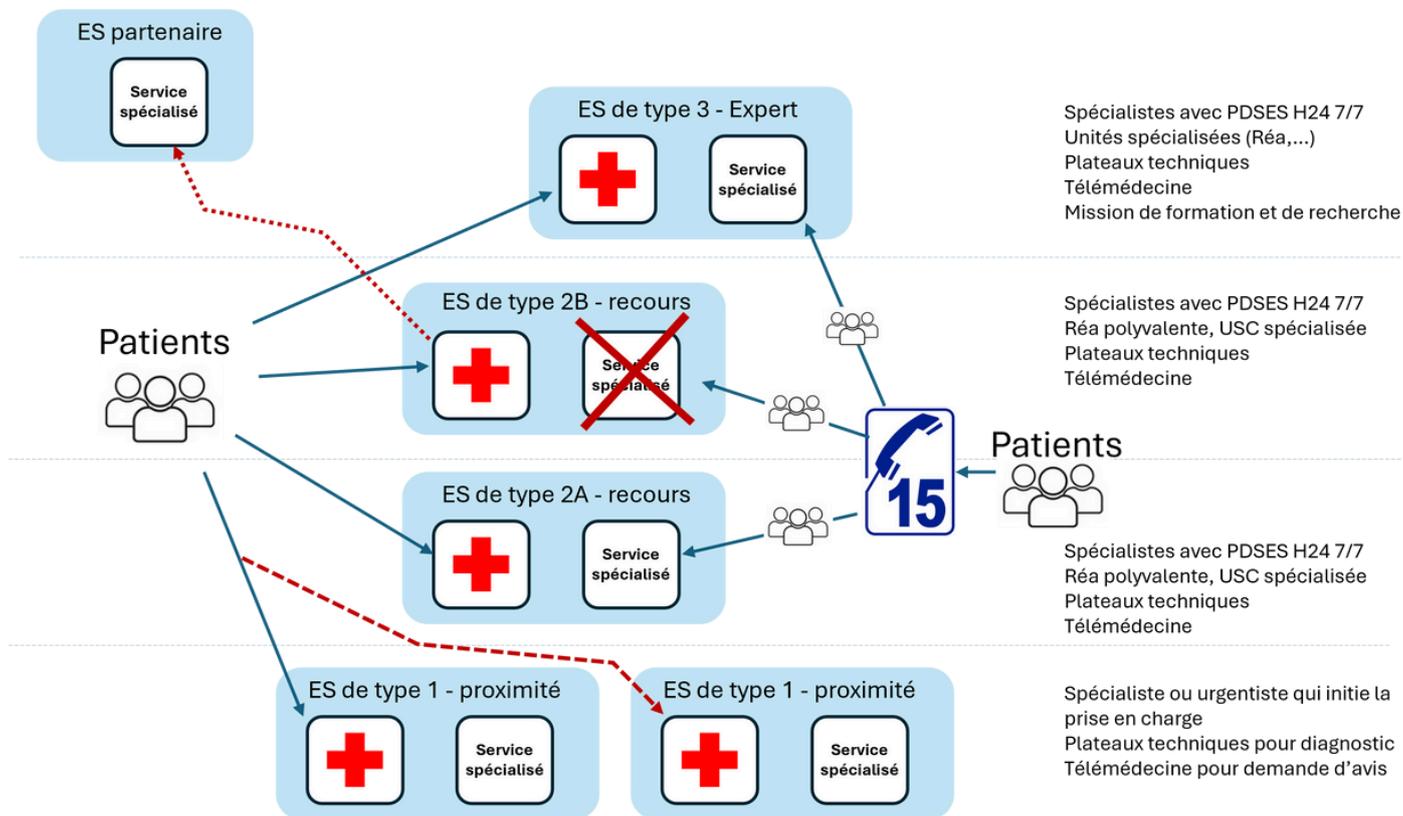
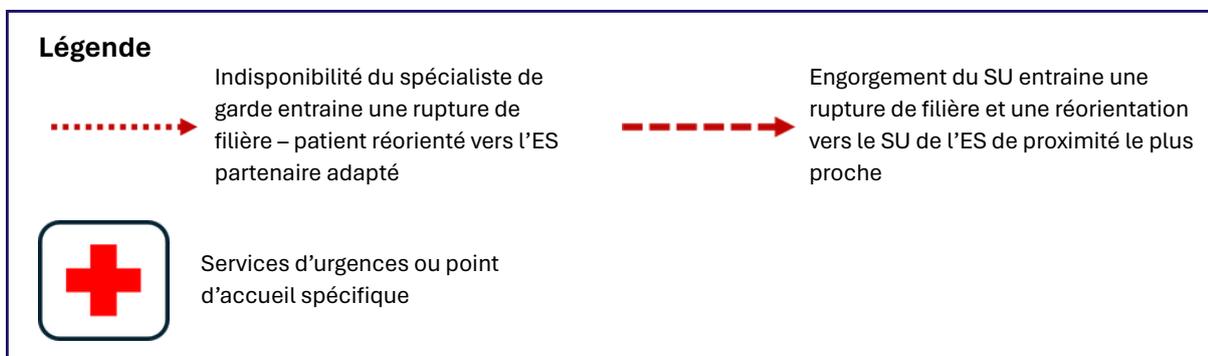


Figure 2 : Exemples de fonctionnements en mode dégradé



Ces solutions doivent être formalisées dans les logigrammes de prises en charge lorsqu'elles concernent une organisation inter-établissement et dans les procédures et/ou protocoles pour une organisation intra-établissement.

Enfin, pour une lecture rapide, la FEDORU propose de mettre en évidence les modalités de fonctionnement en mode dégradé grâce à la signalétique suivante :

Mode nominal	Mode dégradé (alerte)	Mode dégradé (rupture)
		

c. Implications organisationnelles

Ainsi, le passage du mode nominal vers le mode dégradé implique nécessairement des ajustements organisationnels de la part des différents acteurs de la filière. Par exemple pour :

- Les médecins urgentistes : une adaptation des orientations des patients en fonction des capacités disponibles ;
- Les médecins des autres spécialités : la mise en place d'un appui diagnostique et thérapeutique à distance ou en mobilité ;
- Les établissements : la mise en œuvre de plans spécifiques pour pallier les dysfonctionnements ;
- Les administrations : la coordination entre établissements pour redistribuer les ressources ;
- Les SAMU : une adaptation logistique.



L'application filière permettra, à travers le suivi des alertes et ruptures, une facilitation dans l'orientation initiale des patients. Elle permettra aussi un suivi de l'opérationnalité de la filière sur le territoire voire la région.

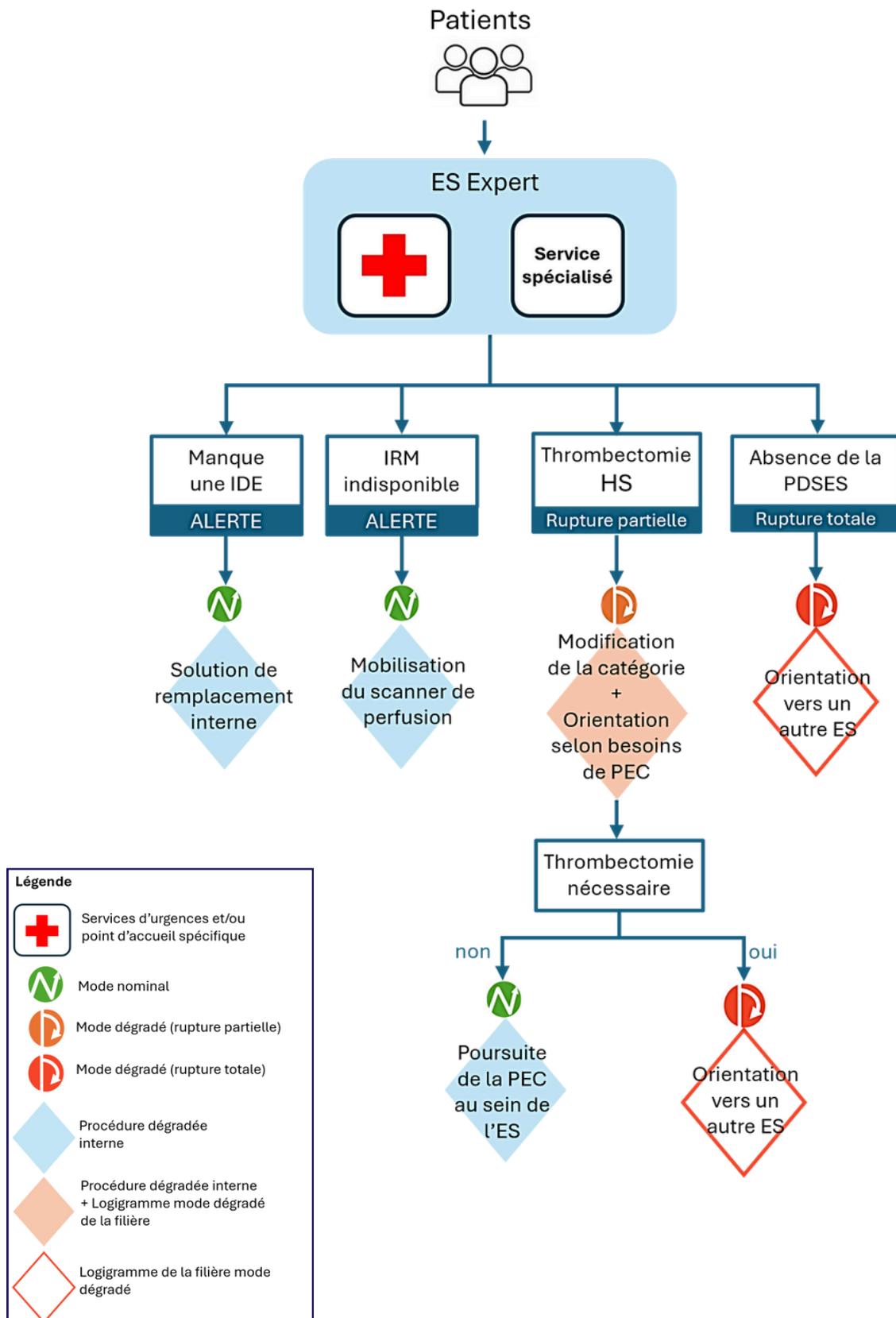


Figure 3 : Exemple de situations qui enclenchent le passage en mode dégradé à l'échelle d'un établissement et/ou de la filière.

04. COMITOLOGIE

4.1. COMITÉ “FILIÈRE D’URGENCE”

Ce chapitre vise à expliciter le cadre organisationnel permettant la formalisation, le pilotage et le suivi des filières d’urgence. La comitologie proposée est conçue pour être reproductible et adaptable à différents niveaux (régional, supra territorial et territorial) en fonction des besoins spécifiques des filières.

Le modèle repose sur deux entités principales :

- Un comité filières d’urgence (CFU) régional qui assure le pilotage stratégique des filières. Lorsqu’ils existent, les missions du CFU peuvent être assurées par les dispositifs spécifiques régionaux (DSR)³ ou autre entité assimilée ;
- Des commissions filières régionales, supra territoriales ou territoriales, qui déploient et opèrent les filières sur le terrain.

a. Objectifs

Le CFU est l’instance régionale garante de la stratégie de formalisation et du bon fonctionnement des filières d’urgence au niveau régional. Il fixe le cadre général et veille à l’adéquation entre les besoins des territoires et les ressources disponibles.

b. Missions

Les principales missions du CFU concernent :

La structuration des filières :

- Il identifie les filières prioritaires à structurer sur la région ou les territoires, en dehors de celles déjà prévues dans les PRS, notamment à partir des recommandations formulées par les sociétés savantes et/ou les collègues régionaux, et des propositions remontant des professionnels de terrain ;
- Il valide les objectifs opérationnels pour chaque filière (accès à un plateau technique en moins de 30 minutes pour un AVC, etc.) provenant des recommandations nationales ou régionales (PRS) ;
- En cas de besoin, le CFU peut être amené à valider l’ensemble des éléments décrits de la fiche filière.

³ Afin de faciliter la rédaction, la notion de CFU pourra être utilisée seule dans la suite du document, la notion de DSR sera alors implicite.

La coordination des moyens :

- Il s'assure de l'adéquation des projets avec les moyens disponibles sur les territoires ;
- Il propose des adaptations des ressources nécessaires pour l'opérationnalité des filières ;
- Il s'assure de l'organisation et du financement de la PDSES en adéquation avec les objectifs de la filière.

Le portage financier et juridique des projets :

En lien avec les comités de coordination et d'allocation des ressources en urgences (CCARU), il peut soit :

- Porter les projets dans leurs dimensions financière et, si nécessaire, juridique (filière poly-traumatisé grave en Occitanie) ;
- Accompagner et soutenir les ES dans leurs projets (mise à disposition d'une enveloppe dédiée ou recherche de fonds, notamment auprès des autorités de tutelles, dans le cas d'appels à projets).

Le support technique et institutionnel :

Pour l'ensemble des filières d'urgence sur la région et ses territoires, il définit :

- Le cadre institutionnel, c'est-à-dire le positionnement des ES au sein de la filière ;
- Le cadre technique, c'est-à-dire l'environnement technique nécessaire dont doivent disposer les ES pour participer aux filières.

L'accompagnement et le suivi :

- Il est le garant de la mise en place d'une comitologie filière adaptée au sein de sa région ;
- Il accompagne les commissions dans la mise en œuvre des filières sur le terrain ;
- Il veille à la représentation de tous les acteurs pertinents dans ces différentes instances (ARS, Fédérations hospitalières, urgentistes, spécialistes, etc.).

À noter : ces missions ont été définies pour permettre une structuration des filières avec un socle commun et reproductible d'une région à une autre. Elles ne sont toutefois pas limitatives et peuvent être complétées au regard des besoins ou spécificités régionales.

Les principales actions concrètes, déclinées de ces missions, sont présentées en Annexe II.

c. Membres

Le CFU regroupe des représentants clés des différentes parties prenantes :

- Institutionnels : des représentants de l'ARS et/ou de ses délégations départementales, des fédérations (FHF, FHP, FEHAP), et des représentants des ORU et des réseaux d'urgence ou structures apparentées ;
- Médecins urgentistes : des pilotes de filières d'urgence, issus de services d'urgence et du SAMU, représentants des collèges régionaux de médecine d'urgence ;
- Médecins d'autres spécialités : des pilotes de filières d'urgence et des représentants des collégiales ;
- Autres participants (selon les besoins) : un représentant du GRADeS, des gestionnaires de lits, ambulancier, SDIS, des partenaires privés, etc.

L'ARS est garante du fonctionnement du CFU.

4.2. COMMISSIONS « FILIÈRE D'URGENCE » TERRITORIALES, SUPRA-TERRITORIALES OU RÉGIONALES

Les commissions « filière d'urgence » sont mises en place pour l'ensemble des pathologies et/ou spécialités porteuses d'une filière d'urgence. Chaque commission sera structurée à l'échelle territoriale, supra-territoriale ou régionale, en regard du niveau opérationnel de la filière concernée.

Dans le cadre des commissions régionales, une interface est formalisée avec le CFU. Pour les filières supra-territoriales et/ou territoriales, l'interface se fait avec les Réseaux Territoriaux des Urgences (RTU) et les DD-ARS.

a. Objectifs

Les commissions « filière d'urgence » sont responsables de la mise en œuvre opérationnelle des filières d'urgence sur le terrain, conformément au cadre défini par le CFU (ou le cas échéant, par le DSR). En fonction du périmètre de la filière d'urgence (régional ou territorial), leur organisation peut être portée par les pilotes des filières en lien avec les ORU et/ou les RTU.

b. Missions

Les missions des commissions concernent :

La structuration des filières et leur déploiement sur le terrain :

- Elles partagent la présente méthodologie et l'adaptent en cohérence avec le cadre défini par le CFU ;
- Elles adaptent les fiches filières (voir chapitre 6.5.2) en fonction des projets ;
- Elles identifient pour chaque filière, les établissements porteurs et les acteurs du terrain (pilotes et référents filières) au sein de ces établissements ;
- Elles identifient les établissements partenaires, notamment dans le cadre des modes dégradés ;
- Elles mettent à disposition les maquettes pour l'élaboration des logigrammes, procédures, protocoles et participent activement à leur élaboration.

Accompagnement des acteurs :

- Elles organisent l'accompagnement des établissements pour intégrer les filières ;
- Elles forment les professionnels de santé sur les outils et les processus.

Les principales actions concrètes déclinées de ces missions sont présentées en Annexe III.

c. Membres

Les commissions sont composées de :

- Deux pilotes par filière, un urgentiste et un médecin de la spécialité concernée, proposés par chaque commission et validés par le CFU ;
- Un représentant de l'ORU et/ou du RTU selon les spécificités régionales et locales ;
- Un représentant de l'ARS (filière régionale), ou des DD-ARS (filière territoriale) ;
- Un représentant des directions des ES concernés ;
- Des experts médicaux et paramédicaux spécialistes de la thématique concernée ;
- Un représentant du SAMU-SAS ;
- Selon des besoins, un représentant du 1er recours, un représentant gestionnaire de lits, un représentant des SDIS, un représentant des ambulanciers privés, un référent ROR, etc.

À noter : les deux pilotes de la filière sont proposés par chaque commission filière et validés par le CFU pour les filières régionales, et au niveau territorial et supra-territorial par le Réseau Territorial des Urgences et les partenaires de la filière concernée.

05. IDENTIFICATION ET STRUCTURATION DES FILIÈRES D'URGENCE

5.1. IDENTIFICATION DU BESOIN (TERRITORIAL, RÉGIONAL, NATIONAL)

Pour structurer efficacement une filière d'urgence, il est crucial d'identifier les besoins à partir des données locales, régionales ou nationales. En complément des filières prévues par les PRS (projet régional de santé) et/ou de celles recommandées par les sociétés savantes nationales et/ou collèges régionaux, les ORU, les RTU et les professionnels de terrain jouent également un rôle clé dans l'identification du besoin de nouvelles filières.

Ces besoins peuvent être identifiés à l'aide d'évaluations qualitatives (retours d'expérience et analyse des contraintes locales) ou d'évaluations quantitatives (analyse des données d'activité).

5.2. ÉVALUATION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE DU BESOIN

L'**évaluation qualitative** des besoins d'un territoire ou d'une région repose sur une combinaison d'éléments objectifs (recommandations des sociétés savantes, ressources humaines, moyens disponibles, etc.) et subjectifs, notamment les retours des professionnels de terrain.

L'objectif de cette évaluation est d'intégrer à la réflexion l'expérience des professionnels de santé d'un territoire ou d'une région, ainsi que des éléments contextuels relatifs aux organisations de soins déjà en place, aux évolutions du métier, etc.

Cette évaluation participe à identifier les besoins de formalisation spécifique de filière d'urgences, liés à un type de pathologie ou à une organisation.

Les éléments clés à intégrer à l'évaluation qualitative sont :

- Les recommandations nationales ou régionales : l'existence de bonnes pratiques établies pour certaines pathologies justifie le besoin de filières d'urgence ;
- Le manque de ressources spécialisées : l'absence de spécialistes ou d'équipements dans certains établissements peut indiquer une nécessité de structuration ;
- La fragilité d'une filière existante : les dysfonctionnements constatés dans les filières déjà en place (par exemple : délais excessifs ou les défauts ou défaillance d'une organisation), doivent être pris en compte ;
- Les évolutions technologiques : l'apparition de nouvelles compétences ou de nouveaux outils peut justifier la création ou l'adaptation d'une filière.

L'**évaluation quantitative** s'appuie sur l'analyse des données issues des Résumés de Passages aux Urgences (RPU) disponibles auprès des ORU, des données d'hospitalisation du PMSI de l'Agence Technique de l'Informations sur l'Hospitalisation (ATIH) et des données du ROR accessibles auprès des ARS et des ORU.

L'objectif de l'évaluation quantitative est de déterminer les besoins en filières d'urgence et leur périmètre opérationnel (territorial, supra-territorial ou régional), à partir :

- Des volumes d'activité par pathologie ;
- Des moyens existants dans les établissements participant à la filière (IRM, Scanner, réanimation, etc.).

Que ce soit à partir des données RPU ou des données du PMSI, la méthode proposée se base sur l'analyse des diagnostics dit « diagnostic filière d'urgence » (DFU) et/ou des motifs de recours.

Le DFU est un indicateur clé défini, pour chaque filière ou thématique, comme l'ensemble des diagnostics justifiant une prise en charge spécialisée, dans un environnement technique spécifique et dans des délais adaptés. Le travail sur l'identification des DFU est porté par la FEDORU, en partenariat avec la SFMU et les autres sociétés savantes.

Analyse des résumés de passages aux urgences (RPU) :

Dans le cadre de cette analyse, les données de passages aux urgences, peuvent être mobilisées via les ORU.

Pour chaque filière, la FEDORU propose la démarche suivante : analyser le nombre de passages pour les motifs de recours et/ou les DFU par filière, à l'échelle territoriale ou régionale, en vue d'estimer la volumétrie de prise en charge.

À noter : pour tenir compte de l'hétérogénéité du codage diagnostique entre les territoires, il est proposé pour les ES avec un taux de codage diagnostique inférieur à 85%, de redresser les données pour estimer la volumétrie totale.

Exemple d'application : cette méthode a déjà été utilisée pour analyser les volumes de prise en charge sur des filières (AVC) dans certaines régions, mettant en évidence des besoins spécifiques en filières hyperspécialisées.

La composition des principaux DFU nécessaires à la structuration des filières d'urgence fait l'objet d'un travail porté par la FEDORU. Quelques exemples sont présentés en Annexe V.

Analyse du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) :

Les données issues du PMSI fournissent une vision approfondie des séjours hospitaliers, en particulier ceux liés aux passages par les UHCD ainsi que les Admissions Directes Non Programmées (ADNP). Ces informations sont essentielles pour :

- Identifier les pathologies nécessitant une prise en charge hyperspécialisée à partir des diagnostics et des actes médicaux ;
- Évaluer les durées de séjour, les trajectoires intra-hospitalières et inter-établissements de santé, afin d'identifier les besoins en termes de plateaux techniques, de soins de suite ou d'hospitalisation spécialisée et de leur aval.

Pour ce faire, La FEDORU propose :

- L'extraction des séjours d'hospitalisation du PMSI par DFU et par actes spécifiques nécessitant des équipements ou compétences particulières ;
- L'analyse des flux inter-établissements (transferts de patients pour des pathologies ou actes spécifiques) afin de mieux comprendre les besoins en réseaux de soins.

Analyse des données du ROR :

Le ROR est un outil stratégique pour évaluer les capacités techniques des établissements. En complément des données du PMSI et RPU, il permet, dans sa version à date, de cartographier les plateaux techniques en identifiant précisément les établissements disposant des ressources nécessaires (IRM, scanners, blocs opératoires spécialisés, soins intensifs, permanence des soins, etc.) pour une prise en charge au sein des filières.

Pour ce faire, la FEDORU propose un recensement des ressources disponibles dans le ROR, incluant les équipements lourds et spécifiques (IRM, blocs opératoires spécialisés), les équipes spécialisées, les différents types d'unité, les actes spécifiques réalisables, la présence d'une permanence des soins, et le capacitaire. Ce travail devra faire l'objet d'une vérification par les acteurs du terrain (direction d'établissements, encadrement des services, référent ROR, référent gestion de lits, etc.) et intégrera les retours de ces professionnels pour confirmer ou affiner les moyens identifiés dans le ROR.

Cette approche permettra de mettre à jour la cartographie opérationnelle des ressources, essentielle pour ajuster les orientations des patients et ainsi, de faciliter la planification stratégique en mode dégradé ou lors de la montée en charge d'une filière (épidémies, catastrophes, etc.).

Au regard de la définition des besoins en filières d'urgence, et en particulier de leur périmètre opérationnel, elle permettra également d'identifier les éventuels moyens supplémentaires à déployer.

À noter : l'évolution des outils de recueil de données (SAMU, SMUR, SU) offre des perspectives intéressantes pour enrichir ces analyses, en particulier le Résumé de Dossier de Régulation (RDR) et le Résumé Patient Intervention SMUR (RPIS)⁴. Ces données permettront une vision complète des parcours patients depuis la prise en charge initiale jusqu'à l'arrivée sur le plateau hyperspécialisé. Le chaînage entre RPU, PMSI, ROR et les nouvelles données permettra d'analyser les parcours patients dans leur globalité, mettant en évidence les zones de friction et les opportunités d'optimisation.

⁴ À date, ces données ne sont pas encore disponibles. Des travaux sont en cours au niveau national pour formaliser la remontée des données d'urgences préhospitalières. Les formats de données ont été produits par la FEDORU et sont ou seront prochainement disponibles. <https://fedoru.fr/>

5.3. IDENTIFICATION ET CATÉGORISATION DES ES PORTEURS DE LA FILIÈRE

Les moyens et niveaux de spécialisation des établissements au sein d'une même filière (établissements porteurs) peuvent varier. Les besoins des patients (diagnostics, traitements spécifiques) diffèrent également en fonction de leur état de santé et de la complexité des prises en charge. Il est donc essentiel de catégoriser les établissements, en tenant compte de leurs capacités techniques, humaines et organisationnelles.

Par ailleurs, en complément des établissements porteurs de filière d'urgence, des établissements « partenaires » peuvent être mobilisés pour apporter un soutien lors d'une situation impliquant le déclenchement d'un mode dégradé. Ainsi, une distinction est faite entre :

- Les établissements intégrés à la filière ou établissements porteurs, qui font partie de la structure opérationnelle normale de la filière avec leurs différentes catégories (proximité, recours, expert) ;
- Les établissements partenaires, qui interviennent uniquement en cas de mode dégradé, et qui sont intégrés dans les logigrammes comme solutions de secours pour pallier les dysfonctionnements ou ruptures.

a. Identification des établissements porteurs de la filière

Les établissements porteurs peuvent intégrer une ou plusieurs filières d'urgence en fonction des moyens dont ils disposent. Ces moyens concernent :

- La présence d'un service d'urgence ou d'un point d'accueil spécifique pour la filière ;
- Les ressources humaines : expertise médicale et paramédicale dans la ou les activités de soins concernées ;
- Les plateaux techniques : équipements nécessaires pour des diagnostics ou interventions spécifiques ;
- Les unités spécialisées : structures dédiées pour des pathologies spécifiques ;
- Le capacitaire de lits d'hospitalisation : disponibilité de lits d'hospitalisation pour des soins intensifs, des réanimations ou des services spécialisés ;
- L'organisation de la continuité et de la permanence des soins ;
- Les actes spécifiques réalisables ;
- Les moyens de transmission de l'information médicale : utilisation de la télé-médecine et autres outils numériques pour garantir une communication fluide.

À noter : la présence d'un service de médecine d'urgence n'est pas une condition obligatoire pour intégrer une filière. Ce qui importe, c'est que l'établissement puisse offrir au patient l'accès au lieu le plus approprié pour son traitement. Des mesures organisationnelles (par ex. : orientation préhospitalière via le SAMU) peuvent être mises en place pour diriger les patients directement vers les plateaux techniques spécialisés d'un établissement, réduisant ainsi les délais et améliorant la qualité des soins. Nous parlerons dans ce cas-là de point d'accueil spécifique pour la filière.

À noter : un même établissement peut être classé dans différentes catégories selon les filières. Par exemple, il peut être un établissement de proximité pour la filière « chirurgie de la main » et expert pour la filière « AVC ».

b. Catégorisation des établissements porteurs de la filière

La catégorisation des établissements est réalisée pour garantir une prise en charge homogène et conforme à la réglementation, tout en respectant les spécificités locales.

Les trois catégories déjà définies (voir paragraphe 3.2.a) sont précisées ci-dessous en termes de critères de sélection et de rôle :

Les établissements de proximité :

- Critères : ces établissements doivent disposer au moins d'un service d'urgence ou d'un point d'accueil spécifique pour la filière, avec un plateau technique minimum ;
- Rôle : qualifier l'entrée du patient dans la filière, assurer la prise en charge initiale et thérapeutique, et si nécessaire une orientation rapide vers des soins «hyperspécialisés».

Les établissements de recours ou d'appui :

- Critères : en complément des moyens minimaux attendus (voir établissements de proximité), ces établissements doivent disposer de capacités supplémentaires (plateaux techniques plus avancés, spécialistes, lits d'hospitalisation, permanence des soins, etc.) ;
- Rôle : offrir une prise en charge intermédiaire en complétant les services des établissements de proximité.

Les établissements experts :

- Critères : ces établissements possèdent tous les moyens techniques et humains nécessaires pour assurer la prise en charge la plus spécialisée possible dans leur filière ;
- Rôle : assurer le traitement des cas les plus complexes. Garantir le bon fonctionnement de l'ensemble de la filière, en lien avec les commissions filières et/ou le comités filière d'urgences régional. Organiser la formation des professionnels impliqués dans la filière.

À noter : comme définit dans le chapitre 3.2.2, pour certaines filières lorsque cela est pertinent, ces catégories peuvent être complétées de sous-groupes (catégorie recours A ou B) pour différencier plus précisément les moyens disponibles.

Enfin, les critères de catégorisation, c'est-à-dire les moyens dont les établissements doivent disposer pour identifier leur positionnement dans la filière, sont propres à chacune d'entre elles et sont précisés dans les fiches filières. La figure ci-dessous en est un exemple pour la filière de prise en charge des AVC.

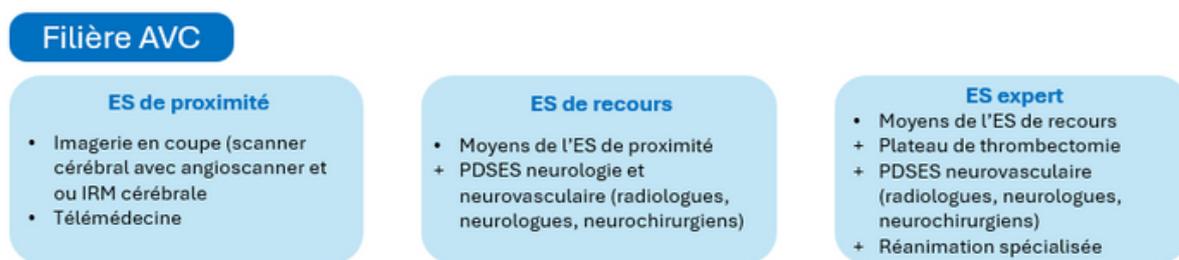


Figure 5 : Moyens requis pour la catégorisation des établissements de la filière AVC.



L'application filière affichera par filière d'urgence et pour chaque niveau (territorial ou régional), l'ensemble des établissements porteurs de celle-ci. En cas de besoin le paramétrage permettra une vision extrarégionale permettant d'identifier les établissements limitrophes porteurs de la filière, c'est-à-dire n'appartenant pas à la région d'origine du lieu de prise en charge du patient.

c. Identification des établissements partenaires

Selon les filières, ces établissements peuvent disposer d'un plateau technique adapté sans pour autant avoir un point d'accueil spécifique pour la filière concernée. Ces établissements doivent alors être intégrés en mode nominal. Leur rôle peut aussi être seulement formalisé pour des modes dégradés, ils doivent donc, grâce à des conventions inter-établissements, être intégrés dans l'organisation pour assurer la prise en charge des patients relevant de la filière.

Cette prise en charge peut se faire selon des procédures formalisées, telles que :

- Un accueil initial des patients dans un établissement porteur de la filière ;
- Puis une organisation secondaire pour transférer les patients vers l'établissement partenaire, une fois celui-ci en mesure d'assurer la prise en charge des soins urgents. Dans ce cadre, la convention inter-établissement fixera les modalités de transfert ainsi que les délais maximums pour garantir la qualité de la prise en charge.

Ce type de collaboration garantit une utilisation optimale des ressources disponibles sur un territoire et une continuité des soins, notamment en situation de dysfonctionnement ou de saturation au sein de la filière principale.

À noter : pour accompagner les établissements pouvant répondre au critère de «partenaire», la démarche de description dans le ROR sera primordiale. Les fiches filière devront être mises à disposition des établissements partenaires.



L'application filière identifiera les établissements partenaires. Ils apparaîtront en cas de rupture de filière. Dans les situations de mode dégradé, le logigramme permettra de faciliter l'orientation du patient vers l'établissement le plus adapté à sa prise en charge.

5.4. IDENTIFICATION DES PATIENTS DEVANT INTÉGRER UNE FILIÈRE D'URGENCE

Dans le cadre des filières d'urgence, l'entrée des patients dans le dispositif s'effectue principalement via quatre voies :

- Les services d'urgence (SU) ;
- Les SAMU-SAS ;
- Les effecteurs du 1er recours pour les situations préhospitalières (infirmiers, médecins généralistes, SMUR, etc.) ;
- Les services d'hospitalisation, dans le cas des patients déjà hospitalisés.

Le rôle du premier effecteur est de déterminer si le patient relève d'une filière d'urgence et, le cas échéant, d'évaluer ses besoins pour l'orienter vers un plateau technique adapté.

Pour chaque filière, en fonction de la catégorie d'établissement, la typologie des patients concernée est définie dans la fiche filière. Elle s'appuie sur la symptomatologie et/ou, lorsque cette dernière n'est pas suffisante, sur le diagnostic de certitude. Des exemples sont proposés en Annexe I.

L'orientation vers un établissement doit également tenir compte du bénéfice/risque pour le patient au regard de sa présentation clinique et des délais de prise en charge.

a. Au niveau du préhospitalier : SAMU-SAS et effecteurs de terrain

Dans un contexte préhospitalier, l'évaluation réalisée par le premier effecteur repose principalement sur un examen clinique. Selon les situations, trois cas de figure peuvent se présenter :

L'anamnèse et/ou l'examen clinique suffisent pour identifier la filière adaptée :

Lorsque l'anamnèse et/ou l'examen clinique permettent d'identifier la filière concernée, le patient est orienté directement vers l'établissement capable d'assurer la prise en charge, dans les délais recommandés, pour être intégré au sein de cette filière. Au sein de l'établissement receveur, il peut s'agir soit d'un service d'urgence soit d'un point d'accueil spécifique pour la filière. Pour ce faire, avant d'adresser le patient, le médecin avertira directement le service receveur ou le SAMU SAS.

Exemple : un patient s'étant sectionné plusieurs doigts avec une tronçonneuse est directement adressé (après accord préalable de la structure) au point d'accueil du centre « expert » de la filière « main », qui dispose des compétences pour réaliser une chirurgie réparatrice spécialisée.

L'anamnèse et/ou l'examen clinique débouchent sur une présomption diagnostique :

Lorsque l'anamnèse et/ou l'examen clinique ne permettent pas un diagnostic définitif mais suggèrent des symptômes relevant d'une filière d'urgence, le patient est dirigé vers un établissement de cette filière disposant d'un plateau technique permettant soit :

- De confirmer le diagnostic grâce à des examens complémentaires, et le cas échéant de l'intégrer à la filière (imagerie, biologie, etc.), afin de réaliser les actes thérapeutiques prioritaires dans les délais requis, en fonction de l'état du patient ;
- D'infirmer le diagnostic, auquel cas le patient n'intègre pas la filière.

Exemple : un patient de 40 ans présentant une hémiplégie complète brutale il y a 30 minutes, probablement due à un AVC sur un gros vaisseau, est orienté vers un centre expert équipé d'une unité neurovasculaire capable de confirmer le diagnostic et disposant d'une table de thrombectomie pour une intervention si nécessaire. À l'inverse, une personne ayant présenté un déficit transitoire (fugace) pourra être orientée vers un établissement de proximité, adapté à une évaluation initiale dans les mêmes délais (IRM en moins de 30 minutes) mais avec une prise en charge thérapeutique nécessitant probablement un plateau technique moindre (pas de thrombectomie initialement envisagée).

L'anamnèse et/ou l'examen clinique ne permettent pas d'identifier la filière concernée :

Si les premiers éléments de l'histoire clinique ne permettent pas de déterminer la filière adaptée, le patient est orienté vers le service d'urgences le plus proche où une évaluation plus approfondie pourra être réalisée.

Exemple : un patient présentant des douleurs abdominales sévères sans signes cliniques clairement évocateurs est envoyé au service d'urgences local pour une évaluation initiale et la réalisation d'un diagnostic rapide, générant une inclusion ou non dans une filière.

b. En hospitalier (SU ou services hospitaliers)

Lorsqu'un patient est pris en charge dans un service d'urgences ou est déjà hospitalisé dans un service de soins, le processus de qualification pour une filière d'urgence suit des étapes similaires à celles du préhospitalier :

Le plateau technique de l'établissement est suffisant :

Si les moyens disponibles au sein de l'établissement (diagnostiques et thérapeutiques) permettent de confirmer le diagnostic, le patient est orienté directement vers la filière adaptée sans transfert vers un autre établissement.

Exemple : un hôpital disposant d'une unité neurovasculaire peut directement confirmer un diagnostic d'AVC et initier une prise en charge appropriée sans passage par les urgences.

Le plateau technique de l'établissement est insuffisant :

Si l'établissement ne dispose pas des ressources nécessaires (absence d'imagerie en coupe ou de biologie spécialisée, etc.), le patient est transféré vers un établissement capable de réaliser les examens complémentaires requis pour poser un diagnostic et initier la prise en charge adaptée.

Exemple : un patient présentant une suspicion d'embolie pulmonaire nécessitant un angioscanner est transféré dans un établissement disposant du plateau technique requis.

À noter : dans le cas d'un transfert vers un autre établissement, le SAMU peut être sollicité pour coordonner l'orientation et organiser le transport, garantissant ainsi une continuité et une rapidité dans la prise en charge.

5.5. STRUCTURATION DU PARCOURS DE SOINS AU SEIN DE LA FILIÈRE : LES OUTILS INCONTOURNABLES

Dans un contexte où les capacités des établissements de santé sont souvent saturées, des flux supplémentaires de patients peuvent occasionner des surcharges d'activité, dépassant les ressources disponibles au sein des établissements, des territoires ou des régions. Ces situations peuvent être aggravées par des problèmes structurels, tels que des tensions sur les ressources humaines ou des contraintes logistiques, affectant ainsi la capacité globale de prise en charge.

Ces difficultés sont susceptibles d'entraîner des situations d'alerte ou de rupture de filière qui peuvent s'appliquer à un établissement de façon isolée, ou à l'ensemble des établissements de la filière sur un territoire et/ou une région (saturation de l'ensemble des réanimations lors de l'épidémie de COVID, etc.).

À noter : en mode dégradé, les principaux objectifs sont de garantir la sécurité de la prise en charge du patient d'une part, et, d'autre part, de prévoir le soutien des professionnels en contact avec ce dernier, qu'ils soient ou non en mesure d'offrir des soins dans leur propre établissement. Pour cela, les experts de continuité ou de permanence des soins de la filière, du territoire et/ou de la région, doivent être mobilisables pour apporter ce soutien même en situation de rupture sur leur établissement.

Ainsi, dans le cadre de la structuration des filières d'urgence, il est essentiel d'insister sur la nécessité de prévenir ces difficultés potentielles en définissant, de façon anticipée, les organisations à mettre en place (modes dégradés) si elles venaient à survenir.

C'est au CFU et/ou aux commissions filières, avec les établissements partenaires, qu'il revient de s'assurer de la structuration de la filière pour ces différents modes, en s'appuyant notamment sur les données disponibles au sein du ROR. Les organisations qui en découlent doivent être formalisées dans les logigrammes de prise en charge, procédures internes aux établissements et protocoles médicaux.

a. Le Répertoire national de l'Offre et des Ressources en santé et accompagnement médico-social (ROR)

Le ROR est le référentiel officiel de description pour l'offre de soins en France. Il est, à ce titre, un des principaux outils sur lesquels doivent s'appuyer la structuration des filières. Il s'appuie sur des référentiels nationaux permettant :

- L'identification des structures et ou des professionnels : via des codes FINESS et RPPS/ADELI ;
- La description des activités et ressources basée sur la Nomenclature des Objets de Santé (NOS), garantissant une normalisation et une interopérabilité entre systèmes d'information. Parmi ces informations, certaines sont essentielles pour la structuration et le suivi des filières d'urgence :
 - Identification d'un point d'accueil spécifique pour la filière ;
 - Capacitaire de la ou des unité(s) porteuse(s) de la filière ;
 - Horaires d'ouverture ;
 - Âge de la patientèle : adulte / pédiatrique / adulte et pédiatrique ;
 - Actes réalisés ;
 - Plateau technique ;
 - Spécialités ;
 - Services d'hospitalisation ;
 - Permanence des soins.

Le ROR présente de nombreux avantages pour la structuration des filières :

- La fiabilité des données : les informations sont saisies directement par les professionnels des établissements, offrant une précision proche du terrain ;
- La comparabilité des structures : les établissements peuvent être comparés facilement sur la base des ressources, spécialités, équipements, ou capacités spécifiques ;
- L'identification des critères discriminants : pour chaque filière, ces critères (spécialités, actes réalisables, télémédecine, etc.) sont essentiels pour identifier les établissements porteurs de la filière au travers d'une méthode reproductible entre les territoires et les catégoriser au sein de celle-ci.

b. Les fiches filières

Afin d'accompagner la structuration des filières d'urgence, cette méthodologie propose l'utilisation de fiches filières qui décrivent, pour chaque filière :

- Les informations générales de la filière : pilotes, SAMU référent, âge de la patientèle et objectifs opérationnels ;
- Pour chaque catégorie d'établissement (proximité, recours, expert et partenaires), les moyens requis en termes de plateaux techniques, spécialités, ressources humaines, capacités d'hospitalisation, permanence des soins, et communication ;
- La liste des établissements de la filière et leur catégorie (en mode nominal) ;
- Les critères d'identification des patients potentiels et éligibles de la filière ;
- Les logigrammes de prise en charge pour les modes nominaux et dégradés.

L'élaboration de ces fiches est à la main des commissions filières qui ont pour rôle d'adapter les modèles proposés à leurs territoires ou régions. Ces fiches pourront évoluer pour s'adapter aux avancées techniques ou aux ressources disponibles (acquisition d'un caisson hyperbare, etc.). À l'issue de ce travail, l'objet est d'obtenir, à partir du ROR, les informations permettant une cartographie des établissements de proximités, recours, experts et partenaires.

Des exemples de fiches filière sont présentés en Annexe I.



L'application filière identifiera l'ensemble des établissements porteurs, ainsi que les établissements partenaires du mode dégradé, grâce à la description qu'ils auront eux-mêmes faite dans le ROR. L'identification des informations discriminantes permettra, de plus, de catégoriser les établissements au sein d'une filière donnée.

c. Les logigrammes de prise en charge

Chaque filière doit disposer de son propre logigramme de prise en charge décrivant le parcours de soins du patient, en fonction de la pathologie diagnostiquée ou suspectée.

Chaque logigramme de prise en charge doit être structuré pour inclure au minimum :

- Les critères cliniques d'éligibilité définis en fonction des différentes catégories d'établissements ;
- Les déclinaisons des organisations pour les différents modes de prise en charge :
 - Le mode nominal qui décrit le fonctionnement standard de la filière ;
 - Les modes dégradés qui précisent les circuits d'information, l'organisation de la réorientation en cas de besoin et le rôle des acteurs porteurs de la filière en cas de rupture.

Leur élaboration doit également intégrer la notion suivante : s'agit-il d'une filière vitale ?

- Dans le cas d'une filière vitale, l'organisation décrite doit avoir pour objectif la rapidité d'accès aux plateaux techniques spécialisés ;
- Dans le cas d'une filières non vitale ou « fonctionnelle », le logigramme doit favoriser une organisation adaptée aux besoins des patients et aux capacités en lits disponibles localement.

À noter : en cas de rupture, la FEDORU propose que les procédures dégradées prévoient que le médecin spécialiste de l'ES assurant la PDSSES reste en appui des médecins urgentistes de l'établissement concerné, pour aider à la réorientation du patient et conseiller sur sa prise en charge diagnostique et thérapeutique. Son rôle, dans le cadre du mode dégradé, doit être explicite dans le logigramme. Des exemples de logigrammes sont disponibles en Annexe I.

d. Les protocoles et procédures

Les protocoles et procédures sont essentiels pour garantir une prise en charge homogène, sécurisée et conforme au sein des filières d'urgence.

Au-delà de la standardisation des pratiques, ils sont également utiles pour faciliter l'intégration des acteurs de la filière (formation et accompagnement dans l'utilisation des outils et la mise en œuvre des procédures).

L'élaboration des protocoles doit s'appuyer sur les recommandations des sociétés savantes, adaptées aux spécificités régionales ou territoriales. Ils doivent faire l'objet d'une validation par les commissions filières.

Les procédures visent à détailler les étapes intra-établissement pour assurer leur cohérence avec les logigrammes de prise en charge. Elles sont diffusées pour information par les établissements à la commission filière.

5.6. RÔLE DES PARTIES PRENANTES DANS LA STRUCTURATION DE LA FILIÈRE AU SEIN DE LA RÉGION ET DES TERRITOIRES

Les travaux de structuration des filières sont complexes et nécessitent un consensus territorial, régional voire supra régional. Tout en tenant compte des spécificités locales et des organisations existantes, les acteurs en charge de ces travaux doivent s'appuyer sur une méthodologie standardisée (objet du présent guide) au sein et entre les territoires, connue et comprise des acteurs de terrain.

Les parties prenantes doivent être identifiées dès le lancement du projet et disposer des ressources nécessaires pour assurer la structuration initiale de la filière, son déploiement opérationnel et le suivi de son opérationnalité dans le temps.

a. Les Agences Régionales de Santé (ARS)

Au sein des PRS, un certain nombre de filières de prise en charge est susceptible d'être formalisé, avec parfois des spécificités sur le volet prise en charge des soins urgents.

L'ARS est garante du fonctionnement du CFU.

Dans le cadre de la mise en place des filières inscrites au PRS, les ARS :

- S'assurent de la mise en place de filières d'urgence adaptées pour répondre aux besoins identifiés ;
- Mettent à disposition les moyens requis pour le déploiement des filières d'urgence sur le terrain, et en particulier des moyens relatifs à la Permanence Des Soins en Etablissements de Santé (PDSES) ;
- Vérifient l'adéquation entre les moyens à disposition et le fonctionnement des filières sur le terrain.

b. Les délégations départementales des ARS (DD-ARS)

Les DD-ARS ont pour mission de :

- Suivre et assurer le maintien des capacités opérationnelles des filières dans les territoires ;
- Soutenir le déploiement des filières et participer à leur supervision ;
- Contribuer aux commissions filières en fonction des besoins pour optimiser les processus et améliorer en continu la qualité des soins.

c. Les Observatoires Régionaux des Urgences (ORU) et Réseaux Territoriaux des Urgences (RTU)

Les ORU et RTU ont pour mission d'évaluer et d'améliorer la qualité de la prise en charge des soins urgents.

Dans ce cadre, les ORU sont membres du CFU. Ils participent à la collecte et à l'analyse des données pour optimiser le fonctionnement des filières. Selon les régions, les ORU intègrent ou non les RTU, cependant une collaboration entre ces différentes instances est indispensable afin de mettre en place les outils d'évaluation.

Les RTU, encadrés par le décret n° 2006-576, assurent la performance de la prise en charge des soins urgents par une meilleure identification des ressources sur le territoire et l'optimisation de l'orientation des patients.

Dans le cadre de la structuration des filières d'urgences, les ORU et RTU :

- Interviennent à chaque étape : élaboration, déploiement et suivi des filières ;
- Organisent les commissions pour les filières territoriales ou supra-territoriales voire régionales en partenariat avec l'ARS ;
- Identifient les besoins de nouvelles filières ou d'améliorations pour les filières existantes.

d. Les Fédérations

Indispensables à la définition de la méthodologie sur la construction et le suivi des filières, elles apportent leurs expertises ainsi que leurs connaissances des organisations territoriales, des plateaux techniques et des professionnels de santé.

À ce titre :

- Elles participent au CFU ;
- Elles contribuent à identifier les besoins en termes de structuration des filières d'urgence sur la région et apportent leur expertise sur les moyens à mettre en place pour en assurer l'opérationnalité ;
- Elles contribuent à la validation des fiches filières et des logigrammes de prise en charge proposées par les commissions filières.

e. Les établissements de santé

Les établissements de santé jouent un rôle essentiel dans l'organisation de la filière, notamment en élaborant les procédures internes pour les modes nominal et dégradé. Pour maintenir l'opérationnalité malgré une rupture de filière, ils organisent les modes dégradés en collaboration avec des établissements partenaires (voir paragraphes 3.2.c et 6.3.c). Ces partenariats peuvent être formalisés au travers de conventions inter-établissements.

Exemple : un établissement privé sans service d'urgences peut participer temporairement à la prise en charge de traumatismes non sévères si le diagnostic a été posé dans un établissement de la filière et que celui-ci déclare une situation de rupture.

f. Les pilotes de la filière

Il s'agit d'un binôme composé d'un médecin urgentiste et d'un médecin d'une autre spécialité (ou spécialiste) désignés par le CFU dans le cadre d'une filière régionale et par les RTU dans le cas des filières territoriales ou infrarégionales.

Ils sont chargés de :

- L'animation de la commission filière ;
- La coordination de l'élaboration des logigrammes de prise en charge ;
- La vérification de la disponibilité des procédures et protocoles au sein des ES ;
- La participation (si nécessaire) au CFU pour représenter leur commission filière.

g. Les référents médicaux de la filière et les urgentistes

Les référents spécialistes de la filière :

Ils sont proposés pour le niveau régional par le CFU, et par les établissements de santé pour le niveau territorial ou supra-territorial. Il convient de s'assurer que tous les types d'établissements (hospitaliers, ESPIC, privés) soient représentés.

Les référents urgentistes :

Ils sont proposés pour le niveau régional par le CFU, et par les établissements de santé pour le niveau territorial ou supra-territorial. Au sein de ces référents, il convient de s'assurer que les établissements de proximité, de recours, les établissements experts, ainsi que du SAMU soient représentés.

h. Référents ROR

Référent(s) ROR de l'établissement :

Ils ont pour rôle de :

- Décrire l'offre de soins dans le ROR, y compris les équipements, actes et patientèles ;
- Vérifier que les informations sont exhaustives et à jour.

Référent régionaux ROR et qualité de la donnée :

Ils ont pour rôle de :

- Garantir la qualité et l'exhaustivité des données dans le ROR ;
- Veiller à l'adéquation des champs requis dans le ROR, avec les critères discriminants définis dans les fiches filières ;
- Travailler avec l'ANS pour adapter la nomenclature si nécessaire.

Référent ROR national : Agence du Numérique en Santé (ANS) :

L'ANS est en charge de l'adaptation de la Nomenclature des Objets de Santé (NOS) aux besoins des filières d'urgence. Elle organise un club utilisateur dédié aux filières d'urgence afin d'évaluer les différents impacts des évolutions à venir et de garantir leur adéquation avec les besoins du terrain.

i. Représentants des établissements partenaires

Les établissements partenaires peuvent soutenir les filières en mode dégradé grâce à leurs ressources :

- Ils apparaissent dans les logigrammes en mode dégradé ;
- Ils participent au CFU et/ou aux commissions filières d'urgence en cas de besoin ;
- Ils veillent à la mise à jour de leurs données dans le ROR et à la complétude de l'ensemble des champs requis dans le cadre de la structuration des filières d'urgence ;
- Ils formalisent leur rôle dans des conventions inter-établissements.

06. DÉPLOIEMENT DE LA FILIÈRE D'URGENCE

Le déploiement de la filière sur le terrain consiste en la mise en place des organisations nécessaires dans les établissements de santé et dans les structures préhospitalières (SAMU-SAS), conformément à la structuration de la filière (catégorisation et partenariats). Dans ce chapitre, le déploiement de la filière d'urgence est abordé au travers des rôles et missions des différentes parties prenantes.

6.1. COMITÉ "FILIÈRE D'URGENCE"

Le CFU (ou DSR/autre entité assimilée) soutient les commissions filières en charge de la mise en œuvre opérationnelle des filières d'urgence. Il accompagne l'ARS sur les volets administratif, financier et juridique des projets, en particulier pour ceux nécessitant des ressources spécifiques (la PDSES, etc.).

6.2. COMMISSIONS "FILIÈRE D'URGENCE"

Les commissions sont responsables de la mise en œuvre opérationnelle des filières sur le terrain. Elles veillent à la disponibilité et à la diffusion des moyens et ressources nécessaires au sein des établissements, ainsi qu'à l'information et à la formation des professionnels de santé.

Dans le cadre des filières territoriales ou supra-territoriales, elles prennent en charge l'accompagnement administratif du déploiement de la filière d'urgence avec les ORU et les RTU. Pour les commissions régionales, le portage est réalisé par l'ORU en partenariat avec l'ARS (en cas de besoin).

6.3. PILOTES DE LA FILIÈRE

a. Pilotes spécialistes de la filière

Les médecins spécialistes pilotes assurent la coordination entre les référents spécialistes des établissements impliqués. Leurs missions incluent :

- L'animation des commissions filières ;
- La gestion des risques, suivi des formations, recueil de données et évaluation de l'opérationnalité ;
- La diffusion et mise à jour des logigrammes, protocoles et procédures ;
- La mise en œuvre des modes dégradés en cas d'alerte ou de rupture ;
- La supervision de l'exhaustivité des données renseignées dans le ROR ;
- La promotion des formations et du suivi des outils d'information et de traçabilité ;
- La gestion des fiches d'événements indésirables (FEI) ;
- La participation aux registres et recueils de données spécifiques ;
- Le signalement des ruptures prévisionnelles prolongées.

b. Pilotes urgentistes de la filière

Leur rôle sur le déploiement des filières au sein des établissements est le même que celui du pilote spécialiste. Il(s) forme(nt) un binôme avec le ou les pilotes spécialistes et co-animent les commissions filière.

À noter : un médecin urgentiste peut être le pilote de plusieurs filières au sein d'un même territoire, localement ou régionalement.

6.4. ARS ET DÉLÉGATIONS DÉPARTEMENTALES (DD-ARS)

Au travers, d'un ou plusieurs représentants, l'ARS ou ses délégations départementales peuvent être partie prenante dans le pilotage d'une filière en fonction des priorités des PRS. Leur rôle consiste en :

- La vérification de l'implantation des outils nécessaires à l'opérationnalité des filières (TéléAVC, application filière, etc.) ;
- L'accompagnement des pilotes et référents pour les filières territoriales, supra-territoriales et régionales ;
- La supervision de l'adéquation entre l'offre de soins et les prérequis des filières ;
- L'organisation de la répartition des moyens techniques et des ressources humaines ;
- Le suivi du bon fonctionnement des filières et la mise en place de dispositifs d'accompagnement si nécessaire auprès des établissements de santé.

6.5. RÔLE DES ACTEURS DE L'ÉTABLISSEMENT

a. Référents urgentistes filière de l'établissement de santé

Les urgentistes référents :

- Diffusent les informations sur les logigrammes, protocoles et procédures ;
- Valident les logigrammes et protocoles avec les pilotes ;
- Formalisent les modes dégradés en cas d'alerte ou de rupture (procédure interne) ;
- Suivent l'opérationnalité des outils de communication au sein de leur établissement ;
- Organisent le recueil des données et participent à la gestion des FEI ;
- Vérifient la description de l'offre de soins de l'établissement dans le ROR en relation avec la filière, en appui du référent ROR de leur établissement.

Ils travaillent en collaboration avec le ou les référents spécialistes de la filière de leur établissement et/ou d'un autre établissement si la filière implique une spécialité extérieure à l'établissement, et participent à la commission filière.

b. Référents spécialistes filière de l'établissement de santé

Il s'agit de médecins spécialistes référents pour chaque établissement de santé impliqué dans la filière. Ils sont désignés au sein de leur établissement et participent à la commission filière.

Leurs rôles sont les mêmes que ceux des référents urgentistes. Ils travaillent en collaboration avec ces derniers pour la filière de leur établissement et des autres établissements de la filière.

c. Référents plateaux techniques

Il s'agit du responsable médical ou paramédical du plateau technique de la filière, représenté par le médecin ou le cadre de santé du service, si celui-ci est différent du spécialiste porteur de la filière au sein de l'établissement. Ils sont désignés par leur établissement pour participer à la commission filière.

Leurs rôles sont les mêmes que ceux des référents urgentistes et spécialistes. Ils travaillent en collaboration avec le ou les autres référents de la filière de leur établissement et des autres établissements de la filière

d. Référent(s) SAMU-SAS

Il travaille sous la responsabilité du directeur du SAMU et assure les mêmes missions que les référents urgentistes en intégrant les spécificités propres au SAMU, c'est-à-dire :

- L'adaptation et la diffusion des informations auprès des Assistants de Régulation Médicale (ARM) et des médecins régulateurs ;
- La mise à jour des procédures et protocoles et l'organisation logistique pour l'acheminement des patients ;
- La remontée des dysfonctionnements au directeur de SAMU et aux pilotes de la filière ;
- En tant que de besoin, la participation à la commission filière.

Les référents SAMU-SAS peuvent être les référents d'une ou plusieurs filières

À noter : les SAMU-SAS, par leur position centrale dans la prise en charge des patients vers les établissements de santé, ont également une mission de veille. Ainsi, les référents SAMU-SAS doivent remonter de façon anticipée aux pilotes des filières les dysfonctionnements susceptibles d'entraîner un risque de rupture prolongée et les inadéquations entre les procédures et les difficultés d'application sur le terrain.

e. Gestionnaires de lits territoriaux

Les gestionnaires de lits territoriaux jouent un rôle stratégique dans le bon fonctionnement des filières d'urgence. Le référent territorial pour la gestion des lits apporte une vision globale qui lui permet d'agir comme un pivot pour la continuité des soins.

Sa contribution peut être décomposée en plusieurs missions :

La coordination et la cohérence des parcours :

Le gestionnaire de lits territorial est un facilitateur du parcours patient, qui garantit une prise en charge rapide et sécurisée grâce à la consolidation des réseaux de communication, en assurant le lien entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge des patients, depuis les services d'urgence jusqu'aux unités spécialisées.

En temps réel, il veille à ce que les données sur les capacités disponibles soient accessibles aux équipes décisionnelles (urgentistes, régulateurs du SAMU, spécialistes, gestionnaires de lits des établissements, etc.).

Sa connaissance des infrastructures, équipements et capacités humaines des établissements lui procure une vision globale des ressources qui lui permet de proposer, pour la réalisation des logigrammes, des orientations vers les structures les plus adaptées.

Élaboration de partenariats territoriaux :

Les gestionnaires de lits territoriaux jouent également un rôle clé dans la construction de partenariats entre les acteurs de santé, notamment entre les établissements porteurs de la filière et les établissements partenaires.

Leur mission, dans ce cadre, inclut :

- La création d'un écosystème de soins intégré : en facilitant la collaboration entre les hôpitaux, cliniques, structures de soins de proximité et autres prestataires, ils participent à bâtir un réseau harmonisé ;
- Le renforcement des liens inter-établissements : leur action favorise une meilleure interopérabilité entre les structures, permettant une mobilisation collective des ressources face aux défis communs, comme les tensions capacitaires. Dans ce cadre, ils jouent un rôle structurant pour l'intégration des établissements partenaires aux logigrammes.

Optimisation du capacitaire :

La vision du capacitaire est une dimension cruciale de leur mission. Ils agissent à plusieurs niveaux pour prévenir et résoudre les problématiques liées à la disponibilité en lits. Pour cela, ils sont chargés de :

- Détecter et d'anticiper des ruptures de filières en surveillant les indicateurs habituels de suivi du capacitaire (taux d'occupation des lits, flux entrants et sortants) : ils identifient les risques de saturation avant qu'ils ne surviennent. Leur capacité à anticiper à l'échelle territoriale leur permet d'alerter en cas de tensions sur un établissement ou de rupture sur une filière ;

- Optimiser des ressources : ils mettent en lien les gestionnaires de lits des établissements pour leur permettre d'identifier des solutions inter-établissements, favorisant le transfert de patients vers des structures moins saturées ou le réaménagement temporaire des unités de soins par l'activation par les directions des ES des plans de mobilisation internes de ceux-ci si nécessaire. En mode dégradé, ils intègrent, si nécessaire, les établissements partenaires, disposant de capacités techniques et d'infrastructures adaptées pour une prise en charge programmée. Ils sont systématiquement informés, au même titre que les établissements porteurs de la filière, de l'état de saturation potentielle de celle-ci, afin, le cas échéant, de favoriser leur implication dans le mode dégradé ;
- Fournir un appui en cas de rupture de filière : en mode dégradé, ils s'assurent que tous les établissements appartenant à la filière et les ES partenaires soient informés du degré de fluidité de celle-ci afin que la redistribution des patients vers des alternatives viables, qu'ils s'agissent d'hôpitaux partenaires ou d'autres filières, puisse s'opérer. Ils veillent ainsi à préserver la continuité des soins malgré les dysfonctionnements.

Les gestionnaires de lits territoriaux sont des acteurs transversaux qui agissent à l'interface des établissements, des régulateurs et des décideurs. Leur rôle va au-delà de la simple gestion des lits, ils participent à la mise en place d'une stratégie globale et durable pour les filières d'urgence, garantissant une prise en charge équitable, rapide et efficiente des patients dans toutes les conditions.

f. Directions d'établissements

Ils mettent à disposition des référents de la filière et des acteurs du terrain les outils administratifs (conventions) et financiers pour qu'ils puissent remplir leurs objectifs afin de garantir l'efficacité de la filière. Ils peuvent intégrer dans les contrats de pôle un certain nombre d'objectifs en relation avec la filière. Leurs missions incluent :

- La supervision de la qualité des données dans le ROR (données exhaustives et à jour) ;
- La gestion des ressources humaines liées à l'activité des filières ;
- La mise en place de conventions inter-établissements pour anticiper les ruptures de filières ;
- La supervision des procédures dégradées et des EIAS intra-établissement ;
- La gestion des outils supports nécessaires aux filières.

Il est proposé qu'ils soient représentés par les directeurs référents des pôles impliqués dans la filière, avec l'appui des différents pôles administratifs selon les missions. En fonction des besoins, ils peuvent être invités aux commissions filières. Ils participent au RTU.

6.6. LES ACTEURS DE TERRAIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Les acteurs de terrain (ARM, IDE, urgentistes, spécialistes, etc.) assurent la mise en œuvre quotidienne des filières.

Leurs responsabilités impliquent :

- La connaissance et l'application des logigrammes de prise en charge, des procédures et protocoles ;
- L'utilisation des outils d'information et de traçabilité ;
- La déclaration des dysfonctionnements ;
- La participation à la formation et au recueil des données ;
- Le maintien de la continuité des soins en cas d'alerte ou de rupture, grâce à l'application des fonctionnements définis pour les modes dégradés.

6.7. AUTRES ACTEURS DE TERRAIN N'EXERÇANT PAS DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Selon les besoins des filières, d'autres acteurs peuvent être impliqués, notamment : infirmiers, Infirmiers en Pratique Avancée (IPA), référents SDIS, transporteurs sanitaires, correspondants SAMU, etc. Ces acteurs jouent un rôle clé dans l'adaptation des procédures à l'échelle territoriale ou régionale.

Il est indispensable de connaître et de valider avec ces interlocuteurs leur capacité à s'intégrer aux logigrammes et protocoles proposés à l'échelle du territoire ou de la région.

Ils peuvent être invités, en cas de besoin, à la commission filière. Ils auront, dans ce cas, les mêmes missions que les acteurs de terrain des établissements de santé.

07. FONCTIONNEMENT D'UNE FILIÈRE D'URGENCE

Le fonctionnement des filières d'urgence repose sur une organisation rigoureuse en mode nominal et dégradé, l'utilisation d'outils adaptés pour assurer un suivi opérationnel efficace et une coordination étroite entre les différents acteurs des filières d'urgence.

7.1. FONCTIONNEMENT EN MODE NOMINAL

Dans ce mode, les établissements :

- S'approprient et appliquent les logigrammes, protocoles et procédures spécifiques à la filière ;
- Assurent l'information sur les modalités d'entrée dans la filière ;
- Maintiennent les compétences nécessaires par le biais de formations régulières ;
- Connaissent les critères précis déclenchant une alerte ou une rupture au sein de leur structure.

7.2. FONCTIONNEMENT EN MODE DÉGRADÉ

a. Déclaration

L'ensemble des acteurs et responsables institutionnels doivent maîtriser les définitions et modalités de déclaration des alertes et ruptures via les outils dédiés. Cela implique pour tous :

- D'être en capacité d'identifier les situations susceptibles d'entraîner une alerte ou une rupture de filière au sein d'un établissement (voire sur l'ensemble de la filière inter-établissements) ;
- De connaître l'ensemble des actions à mettre en œuvre lors de ces situations.

b. Actions

Chaque déclaration doit entraîner des actions concrètes :

- La diffusion de l'information : une communication immédiate, à l'attention de l'ensemble des acteurs concernés via l'application filière, sur le changement de catégorie (proximité, recours, expert) ou sur une incapacité totale, tout en garantissant la disponibilité d'un avis médical ;
- L'adaptation : c'est-à-dire la mise en œuvre des fonctionnements en mode dégradé présentés dans les logigrammes de prise en charge, comprenant également l'activation des procédures internes en mode dégradé et la vérification de leur bonne mise en œuvre.

7.3. OUTILS NÉCESSAIRES AU SUIVI OPÉRATIONNEL DES FILIÈRES D'URGENCE

a. Le ROR

Le ROR (voir paragraphe 6.5.1) est un outil fondamental pour offrir une vision statique de l'offre de soins en mode nominal. Il permet de :

- Fournir une vision globale de l'offre de soins au sein de la filière ;
- Identifier les portes d'entrée de la filière et leurs modalités de contact ;
- À terme, via son interface avec les outils de *bed management*, intégrer une « vision dynamique » des capacités en lits liés à la filière. Cette vision sera accessible aux professionnels autorisés selon leur niveau de droit.

b. Application filière

L'application filière, alimentée par les données du ROR, est pensée pour offrir une vision dynamique de l'opérationnalité des filières en « temps réel ». Ses objectifs incluent :

- Le suivi des modes dégradés prévisibles (fermeture de lits, maintenance) ou imprévus (pénurie de personnel, afflux massif de patients) via les déclarations d'alerte et de rupture ;
- Une aide à l'orientation des patients en fonction des moyens opérationnels disponibles à l'instant T.

En regard de ces objectifs, les principales fonctionnalités proposées au travers de cette application sont les suivantes :

- L'interfaçage avec le ROR pour intégrer les informations sur les plateaux techniques, les ressources disponibles, et les capacités d'accueil (lits) ;
- La déclaration de l'information par les acteurs porteurs de la filière, sur :
 - Les modalités de contact du professionnel de chaque établissement qui va assurer / suivre la prise en charge ;
 - L'opérationnalité de la filière au sein de chaque établissement, en temps réel ;
- L'accès à l'information pour les utilisateurs (professionnels de santé en charge de l'orientation du patient au sein de la filière) sur l'opérationnalité des établissements, via les déclarations d'alerte, de rupture partielle ou complète, et les propositions d'orientation alternatives.

Elle permet également la traçabilité pour suivre les décisions, les dysfonctionnements et leur analyse dans le cadre de l'évaluation des filières d'urgence.

L'ensemble des fonctionnalités de l'application est détaillé en Annexe V.

7.4. RÔLE DES ACTEURS (NOTAMMENT DES ÉTABLISSEMENTS PARTENAIRES)

Les acteurs de la filière, y compris les établissements partenaires, sont tenus de :

- Maîtriser les logigrammes de prise en charge, procédures, et protocoles de la filière, en modes nominaux et dégradés ;
- Utiliser les outils filières (ROR et application filière) dans le périmètre de leurs missions ;
- Mettre à jour, en temps réel, le capacitaire (lits disponibles) dans l'outil de bed management interfacé avec le ROR ;
- Déclarer rapidement les alertes et ruptures via l'application filière ;
- Tracer les prises en charge au sein de la filière, dans les différents recueils de données (RPU, RDR, RPIS, registres) selon les modalités validées par la commission filière ;
- Déclarer les EIAS et EIGS dans les délais impartis ;
- Participer aux audits, Comités de Retour d'EXpérience (CREX), et revues de morbidité-mortalité (RMM) lorsque nécessaire ;
- Pour les référents de chaque filière d'urgence au sein des ES : assurer la mise à jour des informations, diffuser les outils, et garantir l'acculturation des équipes aux procédures ;
- Pour les acteurs de terrain : appliquer les protocoles, signaler les dysfonctionnements et participer à la formation continue.



L'application Filière est un outil essentiel pour la coordination de la filière. Elle constitue la clé de voûte du suivi de leur opérationnalité. Elle offre à tous les acteurs de terrain une vision en temps réel des capacités d'accueil et de prise en charge des patients dans chaque établissement de la filière.

La fiabilité des données renseignées par les acteurs de la filière garantit aux professionnels utilisateurs un accès direct à des informations précises, permettant ainsi une orientation rapide et efficace vers le bon interlocuteur, et ainsi d'éliminer les désagréments liés au manque d'informations.

De plus, l'application offre une vision globale de la filière sur un territoire donné. En cas de dysfonctionnements, elle permet d'activer rapidement les différentes modalités prévues dans les logigrammes de prise en charge.

08. ÉVALUATION DE LA FILIÈRE

L'évaluation des filières d'urgence constitue un levier indispensable pour garantir leur efficacité dans le temps. Elle vise à mesurer les performances des filières, à identifier, qualifier et quantifier les dysfonctionnements et leur origine afin de trouver les solutions et, dès que nécessaire, d'adapter les organisations aux réalités du terrain. Cette évaluation doit s'appuyer sur des indicateurs quantitatifs et qualitatifs, des retours d'expérience (CREX, RMM) et des outils dédiés.

Les ORU doivent être structurés de manière à apporter leur expertise sur les outils d'analyse et de rétro-information, afin de les mettre à disposition de l'ensemble des acteurs des filières.

8.1. SOURCES DE DONNÉES (REGISTRE, RPU, ETC.)

L'évaluation repose sur plusieurs sources de données, permettant d'analyser le parcours des patients et le fonctionnement des filières.

Données préhospitalières disponibles au travers des concentrateurs régionaux et/ou du Hubsanté :

- SAMU (Résumé De Régulation – RDR) ;
- SMUR (Résumé Patient Intervention SMUR – RPIS).

À noter : à ce jour, ces données ne sont pas accessibles dans l'ensemble des territoires. Au sein d'une même région, des modalités de remontée et des formats de données hétérogènes peuvent exister, rendant leur analyse complexe voire impossible. Des travaux sont en cours au niveau national (remontée des données RPIS et à terme RDR, Hubsanté) pour uniformiser les formats et les circuits de remontées de données.

Données hospitalières disponibles au travers de concentrateurs régionaux ou de bases de données nationales :

- Résumés de Passage aux Urgences (base RPU) ;
- Séjours d'hospitalisation (PMSI) ;
- Capacitaire, plateaux techniques, actes réalisés (ROR) ;
- Données issues de l'application filière (déclarations d'alerte et de rupture, traçabilité des actions) ;
- Autres données du Système national des données de santé (SNDS) ou du Health Data Hub (HDH).

Données issues des registres :

Les registres permettent une analyse détaillée de la prise en charge spécifique d'une pathologie, en collectant des données précises non disponibles dans les flux quotidiens. Ils sont particulièrement utiles pour les filières nécessitant un suivi approfondi (AVC, syndrome coronarien aigue, trauma sévère, etc.). Lorsqu'ils existent à l'échelle nationale, ils peuvent être utilisés dans le cadre de l'évaluation des filières d'urgence, pour des analyses territoriales ou régionales.

À noter : la pérennité de ces registres dépend des ressources humaines et techniques disponibles, ainsi que de leur pertinence pour répondre aux problématiques identifiées.



Grâce à la mise en place de l'application filière, l'analyse des résultats de ces registres pourra être mise en perspective avec des données relatives aux périodes d'alerte et de rupture au sein des ES voire sur l'entièreté d'une filière, ainsi qu'aux contextes spécifiques en termes de ressources humaines, logistiques, afflux de patients, etc.

8.2. ÉVALUATION QUANTITATIVE DES FILIÈRES D'URGENCE

L'évaluation des filières d'urgence passe dans un premier temps par la description de leur activité. Cette analyse peut se faire à partir du chaînage des données enregistrées lors du parcours du patient (figure 4) : données de passages aux urgences (RPU), des séjours d'hospitalisation (PMSI) et, à terme, des données du préhospitalier (RDR et RPIS). La méthodologie d'analyse est définie par les commissions filières, en lien avec les partenaires (ORU, RTU, etc.) et le CFU.

Les objectifs de cette évaluation sont de déterminer l'activité globale de la filière, son opérationnalité et sa capacité à répondre au besoin de prise en charge, mais également d'évaluer la capacité de notre système de soins à qualifier les patients pour les faire intégrer la filière.

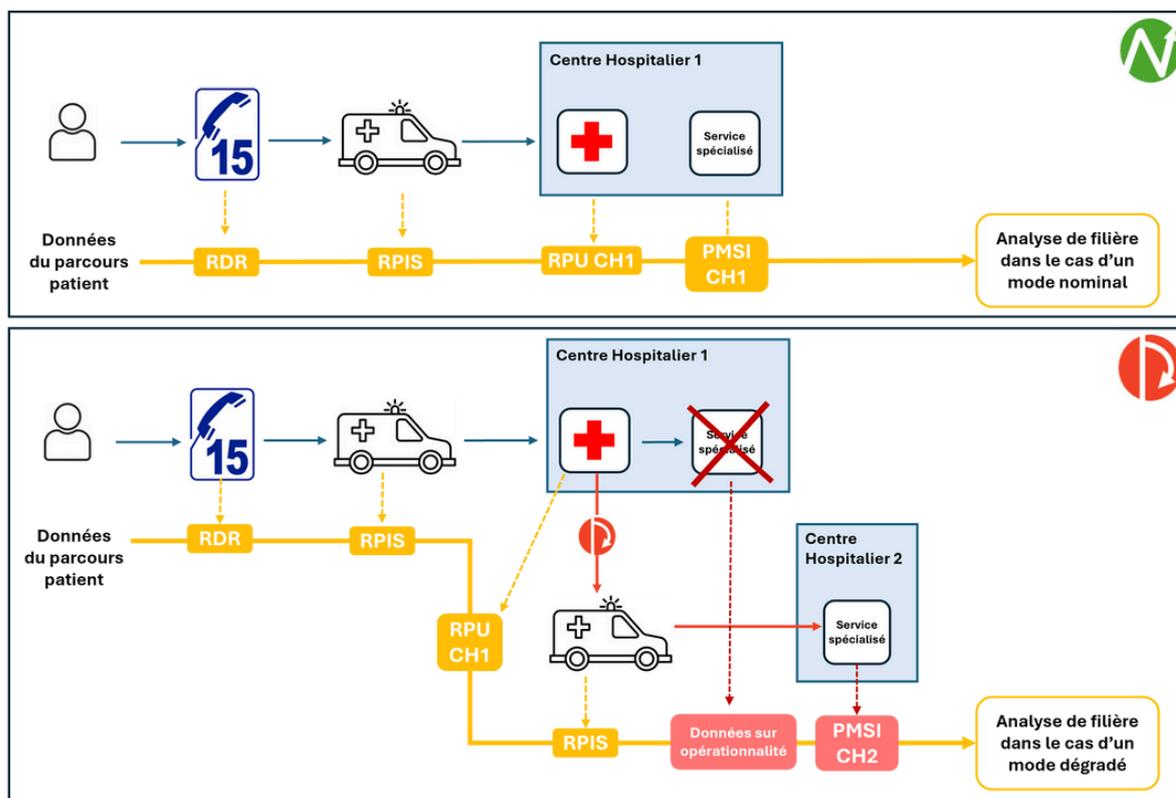


Figure 4 : Chainage des données nécessaires pour l'analyse de l'efficacité des filières en modes nominal et dégradé.

Il est proposé que ces analyses s'appuient en particulier sur :

- Les patients potentiels, identifiables à partir des motifs de recours ;
- Les patients éligibles, identifiables à partir des diagnostics médicaux ;
- Les patients réels, dont l'identification peut nécessiter le chainage des différentes données disponibles.

Définitions :

- Patient potentiel : il est celui qui présente des symptômes évocateurs (diagnostic de certitude non fait) d'une pathologie dont la prise en charge fait l'objet d'une filière d'urgence ;
- Patient éligible : il est celui pour lequel le diagnostic de certitude a été établi, et dont la prise en charge s'inscrit a priori dans le cadre d'une filière d'urgence ;
- Patient réel : il est celui pour lequel le diagnostic de certitude a été établi, et dont la prise en charge a été réalisée dans le cadre de la filière d'urgence adéquate ;
- Patient non retenu : il n'a pas fait l'objet d'une prise en charge en filière d'urgence.

Exemple : patient pris en charge dans un service d'urgence pour une suspicion d'AVC (patient potentiel) avec un diagnostic final de migraine (patient non retenu) versus un AVC (patient éligible), et qui a été pris en charge selon le logigramme de prise en charge de la filière (patient réel), versus qui été pris en charge en dehors des modalités de la filière (patient uniquement éligible).

a. Capacité à diagnostiquer les patients éligibles de la filière

L'opérationnalité de la filière doit être évaluée au travers de son fonctionnement intrinsèque d'une part mais, d'autre part, doit également tenir compte de la capacité des établissements à réaliser le diagnostic dans les délais et l'environnement qu'il nécessite, pour le volume de patients potentiels.

Dans le cas des patients potentiels, les indicateurs à analyser s'appuieront essentiellement sur les motifs de recours (à partir des données RPU, RDR et RPIS). Les commissions filière doivent déterminer, pour chaque filière, les principaux indicateurs à évaluer et leur fréquence. Pour cela, elles peuvent s'appuyer sur les ORU, la FEDORU et les registres. Un socle d'indicateurs commun est en cours de définition par la FEDORU, en lien avec les différents partenaires.

b. Activité de la filière

Les indicateurs à analyser doivent permettre de rendre compte de l'activité globale de la filière (nombres de patients réels, mobilisation des plateaux techniques, accès à l'expertise, lieux de prise en charge ES/services, etc.) et de la qualité de la prise en charge.

Les commissions filière doivent déterminer, pour chaque filière, les principaux indicateurs à évaluer et leur fréquence. Pour cela, elles peuvent s'appuyer sur les ORU, la FEDORU et les registres. Un socle d'indicateurs communs est en cours de définition par la FEDORU, en lien avec les différents partenaires.

c. Opérationnalité de la filière

Au-delà de l'activité des filières, l'évaluation doit également porter sur leur opérationnalité. Pour cela, les données disponibles proviennent essentiellement de l'application filière, avec laquelle il sera possible d'analyser les situations d'alerte et de rupture (nombre et causes).

Les indicateurs à analyser doivent donc porter a minima sur :

- Le nombre d'alertes et de ruptures (partielles ou totales) pour la filière et par établissement ;
- La durée des situations d'alerte ou de rupture ;
- Les motifs d'alertes et ruptures ;
- L'analyse des actions mises en œuvre pendant ces périodes.

Dans le cadre du suivi quotidien des filières, ces indicateurs, grâce à leur disponibilité en temps réel et, a posteriori, via l'application filière, pourront être restitués dans des tableaux de bord à destination des commissions filières et des autres acteurs en cas de besoins.

d. Adéquation du dimensionnement avec les besoins de prise en charge

Enfin, l'évaluation des filières d'urgence devra également porter sur leur dimensionnement en regard des besoins de prise en charge (patients éligibles) pour maintenir la qualité de prise en charge. En cas d'évolution des besoins, cette évaluation pourra mettre en évidence la nécessité d'ajuster les moyens et ressources.

Les indicateurs à analyser devront donc porter sur la volumétrie de patients éligibles et son évolution dans le temps, les délais de prises en charge, l'accès aux plateaux techniques, etc.

Les commissions filière doivent déterminer pour chaque filière, les principaux indicateurs à évaluer et leur fréquence. Pour cela, elles peuvent s'appuyer sur les ORU, la FEDORU et les registres. Un socle d'indicateurs communs est en cours de définition par la FEDORU, en lien avec les différents partenaires.

8.3. ÉVALUATION QUALITATIVE DES FILIÈRES D'URGENCE

L'évaluation qualitative des filières d'urgence passe par l'analyse des retours des professionnels de terrain (urgentistes, spécialistes, gestionnaires de lits des établissements) au travers de la remontée des évènements indésirables et des groupes de travail pour la revue et l'analyse des évènements indésirables (RMM, CREX et REMED).

L'analyse des évènements indésirables doit intégrer trois niveaux :

- Les évènements propres à un établissement, c'est-à-dire gérés selon la procédure interne de l'établissement ;
- Les évènements inter-établissements nécessitant une analyse portée par les pilotes de la filière, les commissions filières et les RTU ;
- Les évènements indésirables graves nécessitant une analyse globale par une instance supra-établissement pilotée par l'ARS.

Cette évaluation qualitative pourra également intégrer les observations issues des audits et les retours des patients ou de leurs familles sur la prise en charge.

8.4. RESTITUTION DES INDICATEURS (TABLEAUX DE BORD)

Idéalement, l'ensemble des indicateurs précités sont produits de façon automatisée à partir de l'ensemble des bases de données disponibles, et sont restitués dans des tableaux de bord permettant une visualisation synthétique et en temps réel de l'efficience des filières.

Ces tableaux de bord ont pour objectifs de fournir une vision claire des points forts et des difficultés et d'identifier les axes d'amélioration. Ils s'adressent à l'ensemble des acteurs porteurs de la filière (CFU, commissions filière, pilotes, référents filières, réseau des urgences, établissements de santé et acteurs de terrain, etc.) et aux institutionnels (ARS, DD-ARS).

8.5. ADAPTATION DES LOGIGRAMMES, PROCÉDURES ET PROTOCOLES

Les résultats des évaluations doivent être traduits en actions concrètes :

- Adaptation des logigrammes pour refléter les réalités opérationnelles ;
- Mise à jour des protocoles pour intégrer les nouvelles recommandations ;
- Modification des procédures pour répondre aux dysfonctionnements récurrents identifiés ;
- Communication aux acteurs de la filière et aux institutions des ajustements apportés.

09. CONCLUSION

Les filières d'urgence inter-établissements jouent un rôle central dans l'organisation des soins urgents en garantissant une prise en charge rapide, équitable et adaptée des patients.

Ce document met en évidence l'importance d'une structuration rigoureuse, articulée autour d'une catégorisation claire des établissements, de logigrammes de prise en charge harmonisés et de protocoles précis, permettant une réponse efficiente au besoin en soin des patients, tant en mode nominal que dégradé.

Les avancées technologiques, l'évolution des besoins de santé et les défis rencontrés par les professionnels exigent une organisation dynamique, capable de s'adapter aux contextes locaux et aux variations de ressources. La mise en œuvre d'outils existants tels que le ROR, mais aussi de nouveaux tels que l'application filière, ainsi que l'implication des différents acteurs (ARS, ORU, RTU, établissements, et professionnels de santé), sont essentielles pour garantir l'opérationnalité des filières et pour répondre aux attentes en matière de qualité, de sécurité et d'équité des soins.

Enfin, l'évaluation continue des filières, basée sur des indicateurs quantitatifs et qualitatifs, permettra d'identifier les points forts et les axes d'amélioration, assurant ainsi une optimisation progressive et pérenne des prises en charge. La collaboration entre les ORU, les professionnels de santé et la mobilisation collective resteront au cœur du succès de cette organisation, renforçant la résilience du système de santé face aux défis présents et futurs.

ANNEXE 1 – Exemples de fiches filière (dont catégorisation des établissements et logigramme de prise en charge) p.59

Ces fiches ont été réalisées à titre indicatif. La FEDORU recommande de suivre la structuration proposée. En revanche, l'ensemble des éléments renseignés dans chaque partie peut faire l'objet de réflexion dans le cadre des différentes instances (commissions filières, CFU, etc.) et être complété, en cohérence avec les recommandations nationales.

ANNEXE 1 bis – Modèle pour l'élaboration des logigrammes de prise en charge p.66

ANNEXE 2 – Fiches synthèse « Comité filières d'urgence (CFU) » p.67

ANNEXE 3 – Fiches synthèse « Commission filières d'urgence » p.68

ANNEXE 4 – Fiches synthèse « Acteurs des filières d'urgence » p.69

1. Agence régionale de santé et délégations départementales
2. ORU et RTU
3. Fédérations hospitalières
4. Pilotes de filière
5. Référents établissement
6. Référents gestion des lits
7. Référents ROR
8. Acteurs de la prise en charge (soignants et paramédicaux)
9. Acteurs du SAMU

ANNEXE 5 – Présentation de l'application filière p.78

ANNEXE 6 – Démarche d'analyse et identification des sources de données p.89

ANNEXE 1 - Exemples de fiches filière (dont catégorisation des établissements et logigramme de prise en charge)

FICHE
FILIERE

PRISE EN CHARGE DES AVC

INFORMATIONS GÉNÉRALES

PILOTES DE LA FILIERE :... Pr/Dr NOM prénom (spé. – CH) - Pr/Dr NOM prénom (Méd. urgentiste – CH).....

SAMU RÉFÉRENT :

FILIERE : ADULTE PÉDIATRIQUE ADULTE ET PÉDIATRIQUE

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS :

.....

.....

.....

CATÉGORISATION DES ÉTABLISSEMENTS

LIEU D'ACCUEIL	Proximité		Recours		Expert		Partenaire	
		N° Tél		N° Tél		N° Tél		
Urgences	X		X		X			
Accueil spécialisé (prise en charge directe SMUR)			X		X			
PLATEAUX TECHNIQUES								
Bloc opératoire neurochir. H 24					X			
IRM H24	X		X		X		X	
TDM de perfusion H24	X		X		X		X	
Laboratoire de biologie H24	X		X		X		X	
UNITES SPECIALISEES								
Réanimation Neurochir.					X			
Réanimation polyvalente			X		X			
Unité Neurovasculaire			X		X			
Unité de SC polyvalente	X		X		X		X	
SPECIALISTES								
	Jour	PDSES	Jour	PDSES	Jour	PDSES	Jour	PDSES
Neurologue			X	G O U A	X	G	X	X
Neurovasculaire					X	G		
Neurochirurgie					X	G		
Neuroradiologue					X	G		
etc.								
UNITES MCO								
Médecine polyvalente			X		X			
Neurologie					X			
Cardiologie					X			
MOYEN DE COMMUNICATION								
Télé médecine	X		X		X			
FORMATION								
Enseignement					X			

PDSES : permanence des soins en établissement de santé ; G : garde ; A : Astreinte

ANNEXE 1 - Exemples de fiches filière (dont catégorisation des établissements et logigramme de prise en charge)

ÉTABLISSEMENTS DE LA FILIÈRE ET CATÉGORIES

Établissement	Catégorie	Contact filière (N° téléphone)
CH DE FLE....	Proximité	
CH AN....	Proximité	
CH DE VAE....	Recours	
CHU	Expert A	
CH DU GI....	Partenaire	
CH D'ALB....	Expert B	
CH PA....	Recours	
CH DU HA....	Recours	
POLYCLINIQUE LY...	Proximité	
HOPITAUX DU LE....	Proximité	
CH DE MON....	Recours	
CH D'ALBER....	Recours	
CH DE BRI....	Proximité	
CH PAUL ARD....	Expert A	
CLINIQUE DU PAR....	Expert A	
CH JACQ....	Partenaire	
CHMS AI ...	Recours	

MOTIFS DE RECOURS ET DFU POUR L'IDENTIFICATION DES PATIENTS

MOTIF DE RECOURS IDENTIFIÉ DANS LES LOGICIELS SAMU ET URGENCES :

- Altération de la conscience/coma,
- Déficit moteur, sensitif, sensoriel ou du langage,
- Confusion/désorientation temporo spatiale,
- Céphalée,
- Vertiges/trouble de l'équilibre

DFU (THESAURUS SFMU / FEDORU AVEC CODES CIM10):

G45, G45.0 à G45.9,

IDENTIFICATION DES PATIENTS POTENTIELS OU ÉLIGIBLES

PATIENT POTENTIEL :symptômes neurologiques d'apparition brutale ayant moins de 24H

.....

.....

.....

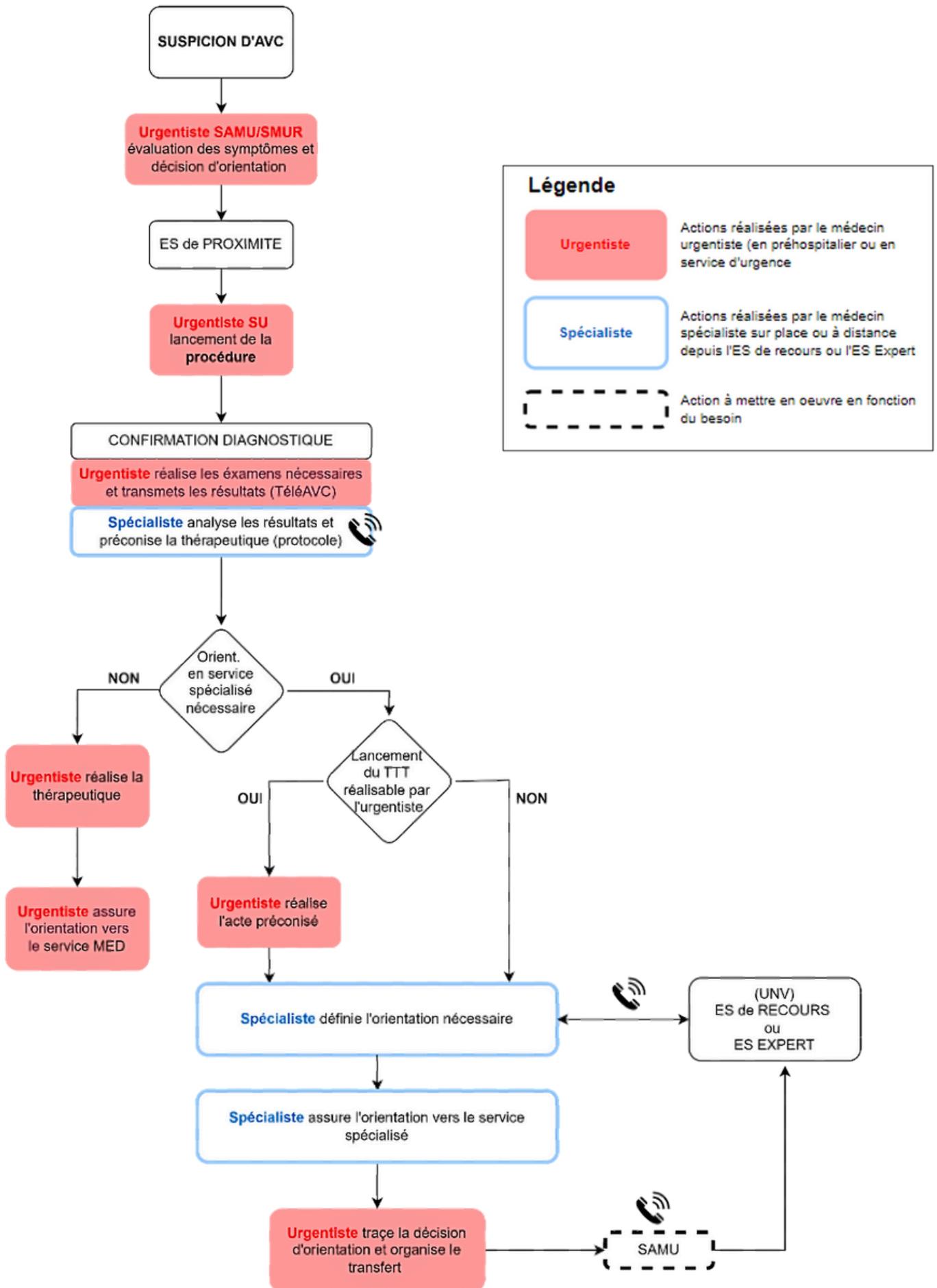
.....

.....

.....

PATIENT ÉLIGIBLE :patient présentant des signes d'AVC à l'imagerie en coupe

ANNEXE 1 - Exemples de fiches filière (dont catégorisation des établissements et logigramme de prise en charge)



ANNEXE 1 – Exemples de fiches filière (dont catégorisation des établissements et logigramme de prise en charge)

FICHE
FILIERE

PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISÉS SÉVÈRES

INFORMATIONS GÉNÉRALES

PILOTES DE LA FILIERE : ... Pr/Dr NOM prénom (spé. – CH) - Pr/Dr NOM prénom (Méd. urgentiste – CH).....

SAMU RÉFÉRENT :

FILIERE : ADULTE PÉDIATRIQUE ADULTE ET PÉDIATRIQUE

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS :

.....
.....

CATÉGORISATION DES ÉTABLISSEMENTS

LIEU D'ACCUEIL	Proximité		Recours		Expert B		Expert A		Partenaire	
		N° Tél								
Urgences	X		X		X		X			
Accueil spécialisé (prise en charge directe SMUR)			X		X		X			
PLATEAUX TECHNIQUES										
Bloc opératoire H 24		X		X		X		X		
IRM H24		X		X		X		X		X
TDM de perfusion H24		X		X		X		X		X
Laboratoire de biologie H24		X		X		X		X		X
Radiologie interventionnelle								X		
Damage control								X		
Transfusion massive								X		
UNITES SPECIALISEES										
Réanimation Neurochir.								X		
Réanimation polyvalente				X		X		X		
Unité de SC polyvalente		X		X		X		X		X
SPECIALISTES										
	<i>Jour</i>	<i>PDSSES</i>								
Réanimateur			X	X	X	G	X	G	X	X
Anesthésiste					X	G	X	G		
Neurochirurgien					X	A	X	G ou A		
Chir viscéral					X	G	X	G		
Chir ortho					X	G	X	G		
Chir cardiaque					X	A		A		
Chir thoracique					X	A	X	G		
Chir. vasculaire					X	A	X	G		
Chir. Maxillo-facial					X	A	X	G ou A		
Ophthlmo					X	A	X	G ou A		
Urologue					X	A	X	G ou A		
Gynéco obstétricien					X	G	X	G		
etc.										
UNITES MCO										
Chirurgie ortho				X		X		X		
Chirurgie viscéral				X		X		X		
Cardiologie				X		X		X		
MOYEN DE COMMUNICATION										
Télé médecine		X		X		X		X		
FORMATION										
Enseignement						X		X		

PDSSES : permanence des soins en établissement de santé ; G : garde ; A : Astreinte

ANNEXE 1 - Exemples de fiches filière (dont catégorisation des établissements et logigramme de prise en charge)

ÉTABLISSEMENTS DE LA FILIÈRE ET CATÉGORIES

Établissement	Catégorie	Contact filière (N° téléphone)
CH DE FLE....	Proximité	
CH AN....	Proximité	
CH DE VAE....	Recours	
CHU	Expert A	
CH DU GI....	Partenaire	
CH D'ALB....	Expert B	
CH PA....	Recours	
CH DU HA....	Recours	
POLYCLINIQUE LY....	Proximité	
HOPITAUX DU LE....	Proximité	
CH DE MON....	Recours	
CH D'ALBER....	Recours	
CH DE BRI....	Proximité	
CH PAUL ARD....	Expert A	
CLINIQUE DU PAR....	Expert A	
CH JACQ....	Partenaire	
CHMS AI	Recours	

IDENTIFICATION DES PATIENTS POTENTIELS OU ÉLIGIBLES (MOTIFS DE RECOURS ET DFU)

PATIENT	POTENTIEL :
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
PATIENT	ÉLIGIBLE :
.....	

LOGIGRAMMES DE PRISE EN CHARGE (À INTÉGRER PAR LA COMMISSION FILIÈRE)

ANNEXE 1 - Exemples de fiches filière (dont catégorisation des établissements et logigramme de prise en charge)

FICHE
FILIERE

HÉMORRAGIE DIGESTIVE HAUTE

INFORMATIONS GÉNÉRALES

PILOTES DE LA FILIERE : ... Pr/Dr NOM prénom (spé. – CH) - Pr/Dr NOM prénom (Méd. urgentiste – CH).....

SAMU

RÉFÉRENT :

FILIERE : ADULTE

PÉDIATRIQUE

ADULTE ET PÉDIATRIQUE

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS :

CATÉGORISATION DES ÉTABLISSEMENTS

LIEU D'ACCUEIL	Proximité		Recours B		Recours A		Expert		Partenaire	
		N° Tél		N° Tél		N° Tél		N° Tél		
Urgences	X		X		X		X			
Point d'accueil spé (prise en charge directe SMUR)			X		X		X			
PLATEAUX TECHNIQUES										
Bloc opératoire H 24	X		X		X		X			X
Bloc endoscopie H 24	X		X		X		X			X
TDM H24	X		X		X		X			X
Laboratoire de biologie H24	X		X		X		X			X
Radiologie interventionnelle							X			
Damage control							X			
Transfusion massive							X			
UNITES SPECIALISES										
Réanimation digestive.							X			
Réanimation polyvalente			X		X		X			
Unité de SC polyvalente			X		X		X			X
SPECIALISTES										
	Jour	PDSES	Jour	PDSES	Jour	PDSES	Jour	PDSES	Jour	PDSES
Réanimateur			X	X	X	G	X	G		
Anesthésiste					X	G	X	G	X	
Gastro entérologue					X	A	X	G ou A	X	
Chir viscéral					X	G	X	G	X	
Radiologue interventionnel					X	A	X	A		
.....										
UNITES MCO										
Médecine polyvalente	X		X		X		X			
Gastro entérologie			X		X		X			
Chirurgie viscéral			X		X		X			
MOYEN DE COMMUNICATION										
Télé médecine										
FORMATION										
Enseignement							X			

PDSES : permanence des soins en établissement de santé ; G : garde ; A : Astreinte

ANNEXE 1 - Exemples de fiches filière (dont catégorisation des établissements et logigramme de prise en charge)

ÉTABLISSEMENTS DE LA FILIÈRE ET CATÉGORIES

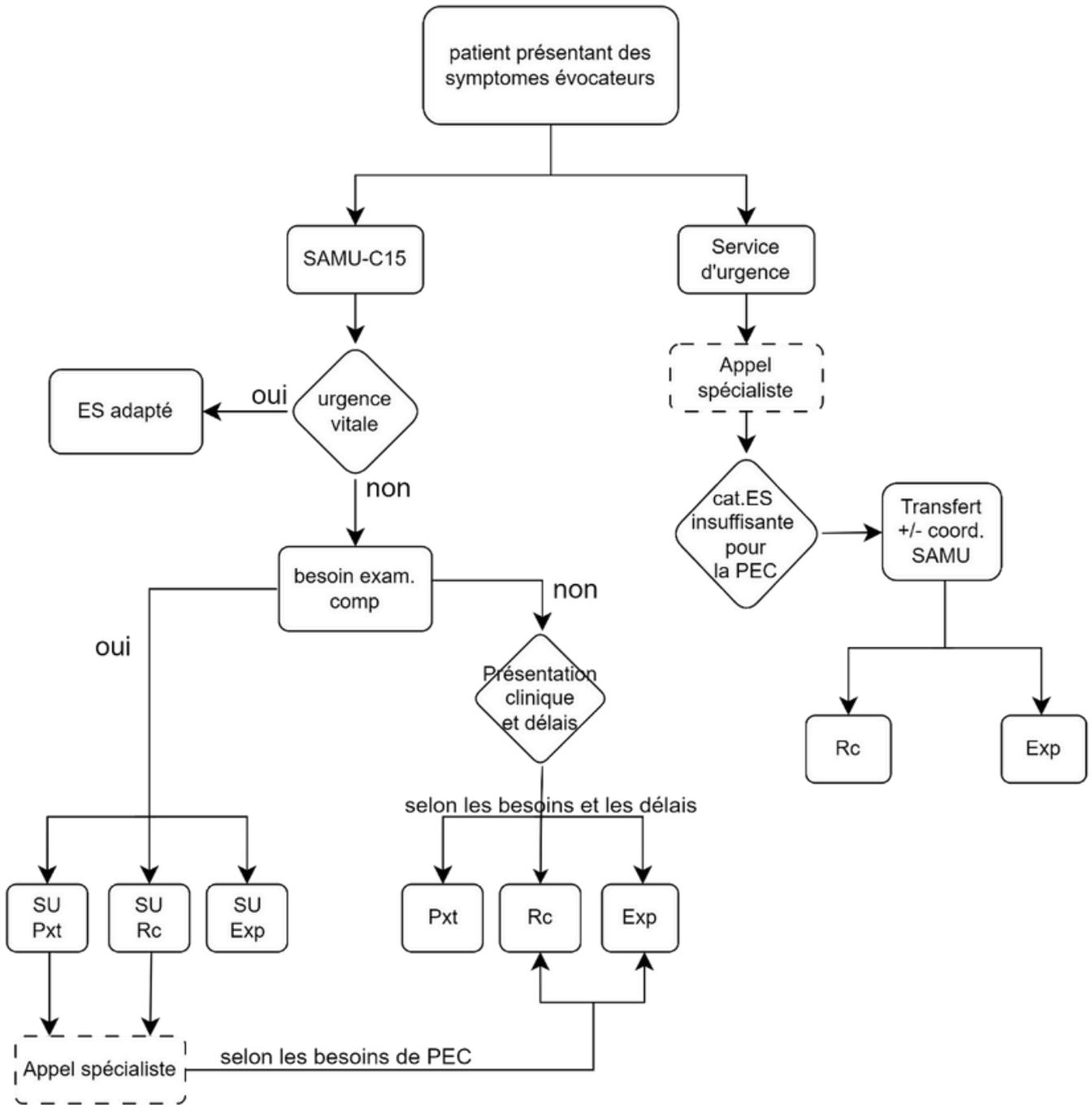
Établissement	Catégorie	Contact filière (N° téléphone)
CH DE FLE....	Proximité	
CH AN....	Proximité	
CH DE VAE....	Recours	
CHU	Expert A	
CH DU GI....	Partenaire	
CH D'ALB....	Expert B	
CH PA....	Recours	
CH DU HA....	Recours	
POLYCLINIQUE LY....	Proximité	
HOPITAUX DU LE....	Proximité	
CH DE MON....	Recours	
CH D'ALBER....	Recours	
CH DE BRI....	Proximité	
CH PAUL ARD....	Expert A	
CLINIQUE DU PAR....	Expert A	
CH JACQ....	Partenaire	
CHMS AI	Recours	

IDENTIFICATION DES PATIENTS POTENTIELS OU ÉLIGIBLES (MOTIFS DE RECOURS ET DFU)

PATIENT	POTENTIEL :
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
PATIENT	ÉLIGIBLE :
.....	

LOGIGRAMMES DE PRISE EN CHARGE (À INTÉGRER PAR LA COMMISSION FILIÈRE)

ANNEXE 1 bis – Modèle pour l'élaboration des logigrammes de prise en charge



ANNEXE 2 – Fiches synthèse « Comité filières d'urgence (CFU) »

COMITÉ FILIÈRE D'URGENCES (CFU) sous l'égide de l'ARS

(ou le cas échéant DSR ou autre entité assimilée)

COMPOSITION

Institutionnels (ARS et/ou DD-ARS, fédérations, ORU ou réseau des urgences), médecins urgentistes (dont pilotes de filière et représentants SAMU), médecins spécialistes (dont pilotes de filière et représentants des collégiales) et selon les besoins, Grades, gestionnaires de lit, ambulancier, SDIS, partenaires privés...

OBJECTIFS

Le CFU est l'instance régionale garante de la stratégie de formalisation des filières sur la région. Pour les filières régionales, il fixe le cadre général. Il veille à l'adéquation entre les besoins des territoires et les ressources disponibles. Il soutient les commissions filière dans la mise en œuvre des filières sur le terrain.

MISSIONS ET ACTIONS

Structuration des filières : proposition d'un cadre régional

- Identifier les filières prioritaires à structurer en fonction des besoins régionaux
- Valider si nécessaire les fiches filière (pour les filières régionales uniquement)
- Fournir un cadre pour la description des moyens et ressources dans le ROR
- Superviser la mise en place des commissions filières pour les filières régionales
- Identifier les pilotes de filières et valider les logigrammes, protocoles et outils proposés par les commissions (pour les filières régionales uniquement)
- Veiller à l'intégration des modalités de gestion des modes dégradés dans les logigrammes

Portage institutionnel des filières d'urgences

- Accompagner l'ARS sur les volets administratif, financier et juridique des projets
- Financer les projets nécessaires à l'opérationnalité des filières, en propre, ou au travers de l'accompagnement des ES.

Coordination et accompagnement des acteurs des filières d'urgences

- Garantir une comitologie filière d'urgence adaptée et représentative au sein de sa région
- Superviser les commissions filières pour la mise en œuvre des filières sur le terrain et garantir leur opérationnalité
- Garantir l'accès à l'expertise pour les différentes filières d'urgences
- Veiller à la communication de l'ensemble des informations/outils nécessaires pour l'opérationnalité des filières entre les parties prenantes (notamment sensibilisation/formation des acteurs de terrain...).

Organisation et adaptation des moyens

- Vérifier l'adéquation des projets avec les ressources humaines et techniques des territoires
- Organiser la permanence des soins (PDSES)
- Proposer des adaptations des ressources et moyens.

Suivi et évaluation :

- Proposition d'un cadre méthodologique pour le suivi et l'évaluation des filières
- Assurer un suivi des performances et une amélioration continue
- Contribuer avec les commissions filières, les ORU et RTU à la définition de la méthodologie d'évaluation des filières

OUTILS

Logigrammes de prise en charge / Protocoles et procédures validés / Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) / Applications spécifiques aux filières (suivi des alertes, ruptures, etc.)

ANNEXE 3 – Fiches synthèse « Commission filières d'urgence »

COMMISSIONS FILIÈRE D'URGENCES

COMPOSITION

Pilotes : binôme médecins urgentiste + spécialiste

ORU et/ou RTU, DD-ARS, direction des ES, experts médicaux et paramédicaux spécialistes de la thématique, représentant du SAMU-SAS, représentants locaux en cas de besoin : gestionnaires de lits, représentant du 1^{er} recours, SDIS, transporteurs, référent ROR...

OBJECTIFS

Elles sont responsables de la mise en œuvre opérationnelle des filières d'urgence sur le terrain notamment au travers de l'accompagnement des établissements et des professionnels de santé. Elles sont structurées à l'échelle territoriale, supra-territoriale ou régionale, en regard du niveau opérationnel des filières.

MISSIONS ET ACTIONS

Structuration de la filière

- Adaptation de la fiche filière : objectifs opérationnels, critères pour la catégorisation des ES...
- Identification des ES porteurs pour chaque catégorie et des référents filières
- Identification des établissements partenaires et élaboration des conventions
- Élaboration des parcours patient et intégration dans les logigrammes de PEC

Déploiement de la filière sur le terrain

- Mise à disposition des logigrammes dans tous les établissements impliqués
- Vérification de l'existence des protocoles et procédures adéquates en conformité avec les recommandations des sociétés savantes et de la commission / du CFU
- Circularisation de l'ensemble des informations nécessaires au bon fonctionnement et vérification de la mise à disposition de l'ensemble des outils (ROR, application filière, outil déclaratif FEI...)
- Formation des équipes locales pour garantir l'adhésion et l'appropriation des outils

Coordination de l'ensemble des acteurs

- Organisation des partenariats pour assurer la continuité des soins, notamment en cas de mode dégradé.
- Collaboration avec les référents médicaux et paramédicaux pour maintenir une qualité de soins optimale.
- Communication active avec le CFU pour aligner les actions locales avec la stratégie régionale.

Anticipation et gestion des modes dégradés

- Identification des dysfonctionnements potentiels, analyse des risques, cartographie des ressources alternatives.
- Intégration des modes dégradés dans les logigrammes
- Coordination inter établissements, avec les acteurs impliqués (urgences, SAMU, établissements partenaires)
- Formation et sensibilisation des personnels de santé
- Suivi et évaluation des déclenchements

Suivi et évaluation

- Définition des modalités de traçage des PEC dans les différents recueils / registres
- Définition de la méthodologie d'analyse
- Organisation de la production, de l'analyse et de la restitution des indicateurs
- Analyses des FEI
- Organisation de réunions régulières pour évaluer et partager les retours d'expérience (CREX, RMM)

OUTILS

Logigrammes de prise en charge / Protocoles et procédures validés / Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) / Applications spécifiques aux filières (suivi des alertes, ruptures, etc.)

ANNEXE 4 – Fiches synthèse « Acteurs des filières d'urgence »

1. Agence Régionale de Santé et délégations départementales

QUI ?

Représentant des ARS gérant l'offre de soins, la PDSES, les outils informatiques, la gestion des crises sanitaires, le financement des organisations MCO, la prévention

COMPÉTENCES REQUISES

Vision transversale sur les différents secteurs de responsabilité des ARS et les orientations nationales et régionales dans une stratégie cohérente, dans le champ de la médecine d'urgence

OBJECTIFS

Planification stratégique garantissant une structuration homogène et équitable des filières d'urgence à l'échelle régionale, en intégrant les filières du PRS en réponse aux besoins identifiés. Organisation des ressources, suivi continu...

MISSIONS ET ACTIONS

Structuration et déploiement des filières

Pour l'ARS :

- Superviser, coordonner et piloter le CFU
- Contribuer à l'identification des besoins en filières d'urgences pour la région
- Vérification de l'adéquation entre les moyens à disposition et le fonctionnement des filières sur le terrain
- Mise à disposition des moyens requis pour le déploiement des filières d'urgences sur le terrain, et en particulier organisation de la PDSES.

Pour les DD-ARS :

- Contribuer à l'identification des besoins en filières d'urgences territoriales ou supra-territoriales
- Soutien des commissions pour le déploiement des filières sur le terrain (coordination, secrétariat...)
- Contribuer aux commissions filières pour les filières territoriales ou supra-territoriales.

Accompagnement des acteurs de terrain pour l'opérationnalité des filières

- Promouvoir l'utilisation des outils nécessaires à la structuration et à l'opérationnalité des filières d'urgences (ROR, application filière)
- Assurer le maintien des capacités opérationnelles des filières
- Contribuer à développer des solutions pour garantir la continuité des soins en mode dégradé

Suivi et évaluation de la performance (opérationnalité ?) des filières

- Suivre l'opérationnalité des filières et participer à la gestion des modes dégradés
- Prendre connaissance des résultats de l'évaluation des filières
- Être dans une démarche d'amélioration continue

OUTILS

Logigrammes de prise en charge / Protocoles médicaux et procédures internes aux ES validés
Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) / Applications spécifiques aux filières
Législations nationales et PRS pour encadrer les actions régionales

ATTENDUS SPÉCIFIQUES

- Superviser le déploiement des filières d'urgence,
- Allouer et ajuster les ressources,
- Coordonner les acteurs locaux et régionaux pour assurer une prise en charge homogène et adaptée,
- Surveiller les indicateurs de performance pour anticiper les tensions et proposer des ajustements organisationnels,
- Faciliter la mise en œuvre des modes dégradés en mobilisant les établissements partenaires,
- Organiser des retours d'expérience pour améliorer les outils et processus liés aux filières d'urgence.

ANNEXE 4 – Fiches synthèse « Acteurs des filières d'urgence »

2. ORU et RTU

QUI ?

Coordonnateur médical des Observatoire régionaux des Urgences
Coordonnateur médical du réseau territorial des Urgences

COMPÉTENCES REQUISES

Analyse de données, expertise en organisation de soins, capacité d'innovation, coordination et communication

OBJECTIFS

Pour les ORU : collecter et analyser les données régionales pour analyser les besoins et dysfonctionnements, assurer le suivi de la performance des filières

Pour les RTU : coordonner les soins urgents au niveau territorial et ou supra territorial en lien avec les ES, faciliter la collaboration inter établissement

MISSIONS ET ACTIONS

ORU

- Collecte et analyse des données RPU, RPIS, RDR, PMLSI, ROR, Application filière pour identifier les flux de patients et les besoins en ressources
- Soutien à la structuration des filières (identification, formalisation de logigramme)
- Suivi et évaluation

RTU

- Coordination territoriale, faciliter la communication entre les établissements et les SAMU SAS
- Assurer la mise en œuvre des logigrammes, procédures et protocoles
- Aider les établissements à gérer les tensions et à anticiper les modes dégradés
- Identifier les établissements partenaires
- Organiser les actions de formation pour les acteurs locaux sur les outils et les processus des filières

OUTILS

Logigrammes de prise en charge / Protocoles médicaux et procédures internes aux ES validés
Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) / Applications spécifiques aux filières
Données d'activité, rapports et tableaux de bord, guides, tutoriels

ATTENDUS SPÉCIFIQUES

Pour les ORU : Collecter et analyser régulièrement les données pour identifier les besoins régionaux, Produire des rapports stratégiques pour guider les décisions des ARS et des commissions filières, Assurer un suivi des performances des filières pour ajuster les stratégies.

Pour les RTU : Coordonner les flux de patients au niveau territorial pour garantir la continuité des soins, Activer et gérer les modes dégradés en lien avec les établissements partenaires, Organiser des échanges et des formations pour harmoniser les pratiques locales.

ANNEXE 4 – Fiches synthèse « Acteurs des filières d'urgence »

3. Fédérations hospitalières

QUI ?

Les représentants des différentes fédérations

COMPÉTENCES REQUISES

Une expertise institutionnelle, une capacité de coordination (facilitateur de la coordination entre les établissements de santé), des compétences analytiques, une maîtrise de la communication

OBJECTIFS

Contribuer à la structuration des filières en garantissant une équité d'accès, promouvoir la coopération inter-établissements, représenter les intérêts de leurs membres

MISSIONS ET ACTIONS

Structuration et déploiement des filières

- Participation au CFU dans le cadre des filières régionales
- Participation à l'identification des besoins en termes de filières d'urgences sur la région
- Apport de leur expertise sur les moyens à mettre en place pour en assurer l'opérationnalité ;
- Contribuent à la validation des fiches filières et des logigrammes de prise en charge proposées par les commissions filières.

Accompagnement des acteurs de terrain

- Encourager la mutualisation des moyens et des expertises inter établissements
- Faciliter les partenariats entre établissements porteurs et partenaires

Suivi et évaluation de la performance des filières

- Peuvent être destinataire des résultats relatifs à l'évaluation de l'opérationnalité des filières
- Contribue à l'amélioration continue au travers de propositions adressées aux commissions filières ou dans le cadre du CFU

Formation et Information

- Proposer des actions de sensibilisation et des supports pédagogiques pour les ES

OUTILS

Réseaux de communication des fédérations / Logigrammes de prise en charge / Protocoles médicaux et procédures internes aux ES validés / Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) / Applications spécifiques aux filières.

ATTENDUS SPÉCIFIQUES

- Participer activement aux réunions (CFU, commissions filière, réunion du RTU...)
- Promouvoir la mutualisation des moyens et des compétences entre les établissements membres
- Appuyer les établissements dans leur intégration dans les filières
- Analyser les retours des établissements membres pour formuler des propositions d'amélioration aux autorités de santé
- Collaborer avec les acteurs institutionnels pour garantir des moyens adéquats à la permanence des soins (PDSES) et au bon fonctionnement des filières

ANNEXE 4 – Fiches synthèse « Acteurs des filières d'urgence »

4. Pilotes de filière

QUI ?

Binôme médecin urgentiste + médecin spécialiste de la filière
(proposé par le CFU au niveau de la région et par le RTU au niveau territorial et supra-territorial)

COMPÉTENCES REQUISES

Expertise dans la spécialité porteuse de la filière / Expérience en médecine d'urgence ou dans un domaine pertinent / Capacité de coordination et de gestion d'équipes pluridisciplinaires / Compétence en analyse de données et évaluation des performances

OBJECTIFS

Les pilotes de la filière d'urgence sont les référents principaux pour la structuration, la mise en œuvre, le suivi et l'amélioration continue de la filière. Ils animent les commissions filières, assurent la coordination des acteurs et garantissent l'efficacité des parcours de soins au sein de la filière

MISSIONS ET ACTIONS

Structuration et déploiement des filières

- Analyse des besoins locaux
- Animation de la commission filière
- Adaptation des outils (fiches filières, logigrammes, protocoles)
- Identification des établissements (proximité, recours, expert, partenaires)
- Définition du parcours

Accompagnement des acteurs de terrain

- Formation et sensibilisation sur les outils (logigrammes, ROR, appli. Filière), notamment au travers de guides et documents pratiques.
- Supervision de l'exhaustivité des données renseignées dans le ROR
- Permettre une bonne communication entre les différents acteurs.

Anticipation et gestion des modes dégradés

- Identifier et analyser les dysfonctionnements potentiels,
- Intégrer les solutions des modes dégradés dans les logigrammes et protocoles.
- Anticiper le recours aux ES partenaires (notamment conventions inter-établissements).

Suivi et évaluation de la performance des filières

- Organiser la traçabilité des prises en charge et la gestion des FEI inter-établissements
- Définir la méthodologie et les indicateurs (quantitatifs et qualitatifs) pour le suivi et l'évaluation
- Définir les modalités d'analyse et de restitution des résultats (fréquence, supports, destinataires)
- Assurer l'amélioration continue via des recommandations et ajuster les organisations en fonction.
- Participer aux registres et recueils de données spécifiques

OUTILS

Logigrammes de prise en charge / Protocoles médicaux et procédures internes aux ES validés
Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) / Applications spécifiques aux filières

ATTENDUS SPÉCIFIQUES

Réaliser un diagnostic régulier des besoins et des ressources de la filière / Organiser des réunions périodiques pour harmoniser les pratiques et partager les retours d'expérience / Coordonner les ajustements des logigrammes et protocoles en cas de dysfonctionnement / Promouvoir les outils numériques pour faciliter le suivi et la coordination.

ANNEXE 4 – Fiches synthèse « Acteurs des filières d'urgence »

5. Référents établissement

QUI ?

- Urgentistes pour la prise en charge initiale.
- Spécialistes selon la filière concernée (cardiologie, neurologie, chirurgie, etc.).
- Référents techniques pour les plateaux spécifiques (radiologie, blocs opératoires).

COMPÉTENCES REQUISES

Expertise médicale / Compétences organisationnelles / Aptitudes relationnelles / Maîtrise des outils numériques

OBJECTIFS

Proposition de simplification : Au sein de leur établissement, ils supervisent l'organisation et le fonctionnement de la filière afin de garantir une prise en charge conforme et homogène des patients qui en relèvent. En particulier au travers de la coordination, l'anticipation des dysfonctionnements potentiels et la mise en œuvre des solutions en cas de situation d'alerte ou de rupture.

Assurer la qualité des soins Garantir une prise en charge adaptée, rapide et homogène pour les patients relevant de la filière, faciliter l'intégration des parcours de soins spécifiques à la filière.

Renforcer la coordination intra-établissement : Harmoniser les pratiques entre les différents services impliqués (urgences, unités spécialisées, plateaux techniques).

Contribuer à la résilience de la filière : Anticiper les dysfonctionnements potentiels et mettre en œuvre des solutions en cas de saturation ou de rupture.

MISSIONS ET ACTIONS

Coordination de la mise en œuvre de la filière au sein de l'ES

- Diffuser les logigrammes, protocoles et procédures validés pour la filière et superviser leur application.
- Intégrer les fonctionnements en mode dégradé dans les procédures internes à l'ES
- Garantir la conformité des prises en charge aux recommandations des sociétés savantes.
- En lien avec le référent ROR, vérifier la description de l'offre de soins de l'ES dans le ROR

Formation et sensibilisation

- Former les professionnels de santé aux outils et processus de la filière.
- Sensibiliser les équipes aux objectifs et enjeux spécifiques de la filière.

Support clinique

- Fournir un appui aux équipes médicales en cas de situations complexes ou critiques.
- Participer à l'évaluation des patients pour leur inclusion dans la filière.

Suivi et évaluation

- Assurer la traçabilité des prises en charge et collecter les données d'activité pour analyser la performance/opérationnalité de la filière.
- Identifier les besoins d'adaptation des pratiques et des protocoles.

OUTILS

Logigrammes de prise en charge / Protocoles médicaux et procédures internes aux ES validés
Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) / Applications spécifiques aux filières

ATTENDUS SPÉCIFIQUES

Assurer la mise en œuvre des logigrammes et protocoles dans les services concernés.

Former et sensibiliser les équipes aux objectifs de la filière et aux outils disponibles.

Superviser l'intégration des patients dans les parcours spécifiques de la filière.

Identifier et signaler les dysfonctionnements liés à l'organisation ou aux ressources.

Collaborer avec les pilotes de la filière pour ajuster les pratiques en fonction des besoins locaux.

Participer aux réunions et échanges avec les commissions filières pour partager les retours d'expérience.

ANNEXE 4 – Fiches synthèse « Acteurs des filières d'urgence »

6. Référents gestion des lits

QUI ?

Bed Manager, gestionnaire de lits ou la personne assurant cette mission dans l'établissement

COMPÉTENCES REQUISES

Vision globale de l'écosystème de soins sur le territoire / connaissance des infrastructures, équipements et capacités humaines des établissements / capacité à créer et entretenir un réseau de partenaire / capacité à intervenir rapidement pour adapter nos organisations (alerte, activations des modes dégradés)

OBJECTIFS

Garantir la fluidité des admissions et des sorties, optimiser les capacités d'hospitalisation, réduire les blocages dans les services critiques et en aval des services MCO, assurer une coordination entre les urgences et les partenaires externes.

MISSIONS ET ACTIONS

La coordination et la cohérence des parcours

- En lien avec le référent ROR de l'établissement, il veille à ce que les données sur la description de l'offre de soins de l'établissement et les capacités disponibles soient accessibles aux équipes décisionnelles
- Il peut contribuer à l'élaboration des logigrammes de prise en charge en proposant les stratégies d'orientation les plus adaptées

Élaboration de partenariats territoriaux

- Il est un moteur de la collaboration entre les différentes structures (hôpitaux, cliniques, structures de soins de proximité...) pour assurer la prise en charge coordonnée
- Il contribue à l'organisation des partenariats entre les ES porteurs de la filière et les établissements partenaires.
- Il contribue à l'élaboration des conventions inter-établissements
- Il veille au respect de l'application des modalités de transfert vers les établissements partenaires

Anticipation, information et gestion des modes dégradés

- Il détecte et anticipe les ruptures et alerte en cas de tensions sur un établissement ou de rupture sur une filière.
- Il contribue à la gestion des modes dégradés en proposant des solutions inter-établissements.
- Si nécessaire, il intègre les établissements partenaires disposant de capacités techniques et d'infrastructures adaptées pour une prise en charge programmée.

Suivi et reporting

- Fournir les données de l'occupation des lits aux directions et commissions filières.
- Participer aux évaluations de performance des filières d'urgence.

OUTILS

Logiciel de gestion hospitalière / Logigrammes de prise en charge / Protocoles médicaux et procédures internes aux ES validés / Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) / Applications spécifiques aux filières

ATTENDUS SPÉCIFIQUES

- Assurer une mise à jour constante des disponibilités en lits
- Collaborer avec les urgences et les services hospitaliers pour prioriser les patients relevant des filières d'urgence
- Activer les plans de gestion des modes dégradés en cas de saturation et coordonner les transferts vers des établissements partenaires
- Analyser les flux d'hospitalisation pour anticiper les besoins futurs et prévenir les tensions,
- Fournir des rapports réguliers aux directions et aux commissions filières pour évaluer les performances.

ANNEXE 4 – Fiches synthèse « Acteurs des filières d'urgence »

7. Référents ROR

QUI ?

Référent établissement ROR au niveau de l'établissement
Référent régional ROR et qualité de la donnée (ORU, GRADeS)
Référent national ROR : représentant ANS

COMPÉTENCES REQUISES

Expertise technique / compétences en gestion des données / savoir vulgariser les problématiques techniques / gérer les mises à jour régulières et les actions de suivi

OBJECTIFS

Organisation opérationnelle et fluide pour assurer la disponibilité de l'ensemble des données requises en termes de description de l'offre de soins dans le ROR, pour la structuration et le fonctionnement des filières d'urgences.

MISSIONS ET ACTIONS

Référent ROR de l'établissement

- Décrire l'offre de soins dans le ROR pour leur ES, y compris les équipements, actes et patientèles
- Vérifier que les informations sont à jour
- Remonter aux référents ROR régionaux les inadéquations entre les réalités de terrain et la structuration des données ROR

Référent régional ROR et qualité de la donnée

- En tant que de besoin, participation aux commissions filières
- Sensibiliser les référents ROR des établissements aux bonnes pratiques de saisie
- Assurer la cohérence des données au sein de la région
- Veiller à l'adéquation des champs requis dans le ROR, avec les critères discriminants définis dans les fiches filières
- Analyser les données régionales pour anticiper les tensions et informer les décideurs (ARS, Pilotes filières)
- Travailler avec l'ANS pour adapter la nomenclature si nécessaire et en tant que de besoin, participe au club utilisateur filière d'urgence organisé par l'ANS

Agence du Numérique en Santé (ANS)

- Prévoit l'adaptation de la Nomenclature des Objets de Santé (NOS) aux besoins des filières d'urgence.
- Organise un club utilisateur dédié aux filières d'urgence afin d'évaluer les différents impacts des évolutions à venir et de garantir leur adéquation avec les besoins du terrain
- Assure la maintenance et le développement technique du ROR

OUTILS

NOS Nomenclature des objets de santé / Logigrammes de prise en charge / Protocoles médicaux et procédures internes aux ES validés Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) / Applications spécifiques aux filières

ATTENDUS SPÉCIFIQUES

Pour l'ANS : Maintenir et mettre à jour les standards techniques du ROR, Assurer la disponibilité et la fiabilité du système à l'échelle nationale.

Pour le Référent ROR Régional : Organiser des sessions de formation pour les référents des établissements, Superviser les mises à jour des données régionales pour garantir leur fiabilité, Collaborer avec l'ARS et les commissions filières pour anticiper les besoins.

Pour le Référent ROR Établissement : Mettre à jour régulièrement les données du ROR (capacités, équipements, disponibilités), Communiquer avec les services internes pour collecter des informations précises.

ANNEXE 4 – Fiches synthèse « Acteurs des filières d'urgence »

8. Acteurs de la prise en charge (soignants et paramédicaux)

QUI ?

Médecins urgentistes, spécialistes médicaux et chirurgicaux, infirmiers, ambulanciers, sapeurs-pompiers, agents d'accueil, manipulateurs radio, biologistes...

COMPÉTENCES REQUISES

Expertise clinique et technique, réactivité en situation de crise, maîtrise des outils filières

OBJECTIFS

Assurer la sécurité et la qualité des soins conforme aux procédures et protocoles, faciliter la coordination des parcours patients, contribuer à la résilience des filières

MISSIONS ET ACTIONS

Prise en charge des patients

- Identifier rapidement les besoins des patients et les intégrer dans les filières d'urgence appropriées.
- Réaliser les premiers soins et diagnostics selon les recommandations validées.

Application des logigrammes et protocoles :

- Suivre les parcours définis pour les filières, en mode nominal ou dégradé.
- Adopter une approche standardisée pour garantir une prise en charge homogène.

Collaboration interprofessionnelle :

- Travailler en coordination avec les urgentistes, spécialistes, gestionnaires de lits et référents SAMU.
- Faciliter les échanges d'informations pour assurer une orientation fluide et efficace.

Traçabilité de la prise en charge :

- Documenter la prise en charge du patient pour refléter la réalité clinique et organisationnelle.
- Contribuer à l'analyse de la filière en retraçant l'ensemble des étapes du parcours patient.
- Tracer l'opérationnalité de la filière pour identifier les éventuels points de friction ou dysfonctionnements.

Participation à l'amélioration continue :

- Remonter les problématiques et suggestions aux commissions filières via les référents.
- Participer aux évaluations et retours d'expérience pour adapter les pratiques.

OUTILS

Logigrammes de prise en charge / Protocoles médicaux et procédures internes aux ES validés
Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) / Applications spécifiques aux filières
Modules pédagogiques pour comprendre et appliquer les outils filières

ATTENDUS SPÉCIFIQUES

Application rigoureuse des protocoles et logigrammes pour assurer une prise en charge rapide et efficace ; Collaboration active avec les autres acteurs des filières (SAMU, spécialistes, gestionnaires) ; Documentation de la prise en charge pour alimenter les analyses des filières et optimiser les parcours patient ; Signalement des dysfonctionnements ou tensions (manque de ressources, saturation) pour activer les solutions dégradées ; Participation à la formation continue ; Contribution aux retours d'expérience ; Adoption d'une communication claire avec les patients et leurs familles pour expliquer les parcours de soins.

ANNEXE 4 – Fiches synthèse « Acteurs des filières d'urgence »

9. Acteurs du SAMU

QUI ?

Médecins urgentistes, Assistants de régulation, Superviseurs...

COMPÉTENCES REQUISES

Expertise clinique et technique, coordination opérationnelle, réactivité en situation de crise, maîtrise des outils filières

OBJECTIFS

Assurer une régulation rapide et adaptée, Faciliter l'intégration des patients dans les filières, Minimiser les délais et les ruptures dans le parcours de soins, Gérer les situations critiques et activer les modes dégradés en cas de saturation.

MISSIONS ET ACTIONS

Régulation médicale :

- Évaluer les appels d'urgence pour définir le degré de priorité et les ressources nécessaires.
- Organiser les interventions préhospitalières en mobilisant les équipes SMUR, les ambulanciers ou SP.

Orientation des patients :

- Utiliser le ROR et l'application filière pour identifier l'opérationnalité des établissements porteurs de la filière et les capacités disponibles de ceux-ci pour orienter les patients en conséquence.
- Prioriser l'intégration des patients dans les filières adaptées en fonction de leur état clinique.

Traçabilité de la prise en charge :

- Documenter les décisions de régulation et les parcours des patients pour garantir une analyse précise des flux.
- Tracer les interventions et orientations pour évaluer l'opérationnalité des filières.

Coordination interprofessionnelle :

- Collaborer avec les gestionnaires de lits, les référents médicaux et les acteurs du terrain pour garantir une prise en charge fluide.

Participation à l'amélioration continue :

- Contribuer aux retours d'expérience pour ajuster les logigrammes et les circuits de soins.
- Remonter les difficultés rencontrées pour affiner les stratégies de gestion des modes dégradés.

OUTILS

Logiciel de régulation médicale

Logigrammes de prise en charge / Protocoles médicaux et procédures internes aux ES validés

Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) / Applications spécifiques aux filières

Modules pédagogiques pour comprendre et appliquer les outils filières

ATTENDUS SPÉCIFIQUES

Le SAMU joue un rôle essentiel en évaluant efficacement les situations d'urgence dès le premier contact avec le patient ou l'appelant, en mobilisant les ressources appropriées telles que le SMUR ou les ambulances et en organisant les transferts vers les structures adaptées. Chaque décision de régulation est documentée avec précision pour garantir la traçabilité du parcours patient, tout en collaborant activement avec les établissements afin d'optimiser l'utilisation des ressources et de fluidifier les parcours de soins. En cas de tensions ou de saturation, le SAMU participe à la gestion des modes dégradés en réorientant les patients vers des solutions alternatives. Il contribue également aux retours d'expérience et aux analyses des filières pour améliorer continuellement les outils et pratiques, tout en formant les équipes sur les évolutions des protocoles et l'utilisation des outils numériques.

ANNEXE 5 – Présentation de l'application filière

La gestion des filières médicales constitue un enjeu majeur pour assurer une prise en charge coordonnée et efficace des patients. L'application filière se positionne comme un outil stratégique, permettant une vision en temps réel de l'opérationnalité des filières tout en facilitant les échanges entre les acteurs concernés.

Cette annexe détaille les objectifs, les fonctionnalités, les rôles des utilisateurs, ainsi que les perspectives d'évolution de cet outil innovant. Les fonctionnalités proposées sont organisées en fonction de leur faisabilité à moyen terme.

Objectifs de l'application :

L'application filière a pour ambition de fournir une vue d'ensemble et des outils opérationnels, aux différents acteurs impliqués dans les filières d'urgences. Elle répond à plusieurs objectifs clés :

- Une vision globale et structurée : une interface claire permettant aux utilisateurs d'avoir une vue d'ensemble des filières par spécialité ou thématique, en incluant les moyens, les ressources et les objectifs opérationnels associés ;
- Un accès simplifié aux informations essentielles : l'application centralise les modalités de contact, les logigrammes, les protocoles et les procédures nécessaires à l'opérationnalité des filières ;
- Une anticipation des situations critiques : elle offre la possibilité d'identifier rapidement les risques de mode dégradé et propose des solutions adaptées pour maintenir la continuité des services ;
- La production de données analytiques : les informations collectées permettent un suivi en temps réel ou rétrospectif pour évaluer l'opérationnalité des filières et guider les décisions stratégiques.

Profils utilisateurs et rôles associés :

L'application est conçue pour répondre aux besoins spécifiques de plusieurs types d'utilisateurs, définis par leur rôle dans la gestion et l'opérationnalité des filières. Les profils suivants ont été définis : « consultation », « contributeur – acteur de la filière », « contributeur – administrateur pour l'établissement » et « pilote de filière ».

A. Profil Consultation

Accès en lecture seule pour les professionnels de terrain, permettant de :

- Rechercher des orientations par diagnostic, spécialité ou type de filière ;
- Identifier les établissements porteurs et partenaires, ainsi que leurs caractéristiques (plateaux techniques, spécialistes disponibles, modalités de contact, etc.) ;
- Consulter les documents relatifs aux filières, notamment les logigrammes et les protocoles de prise en charge ;
- Vérifier en temps réel la disponibilité des capacités critiques des établissements de la filière ;
- Accéder aux propositions de solutions alternatives en cas de mode dégradé.

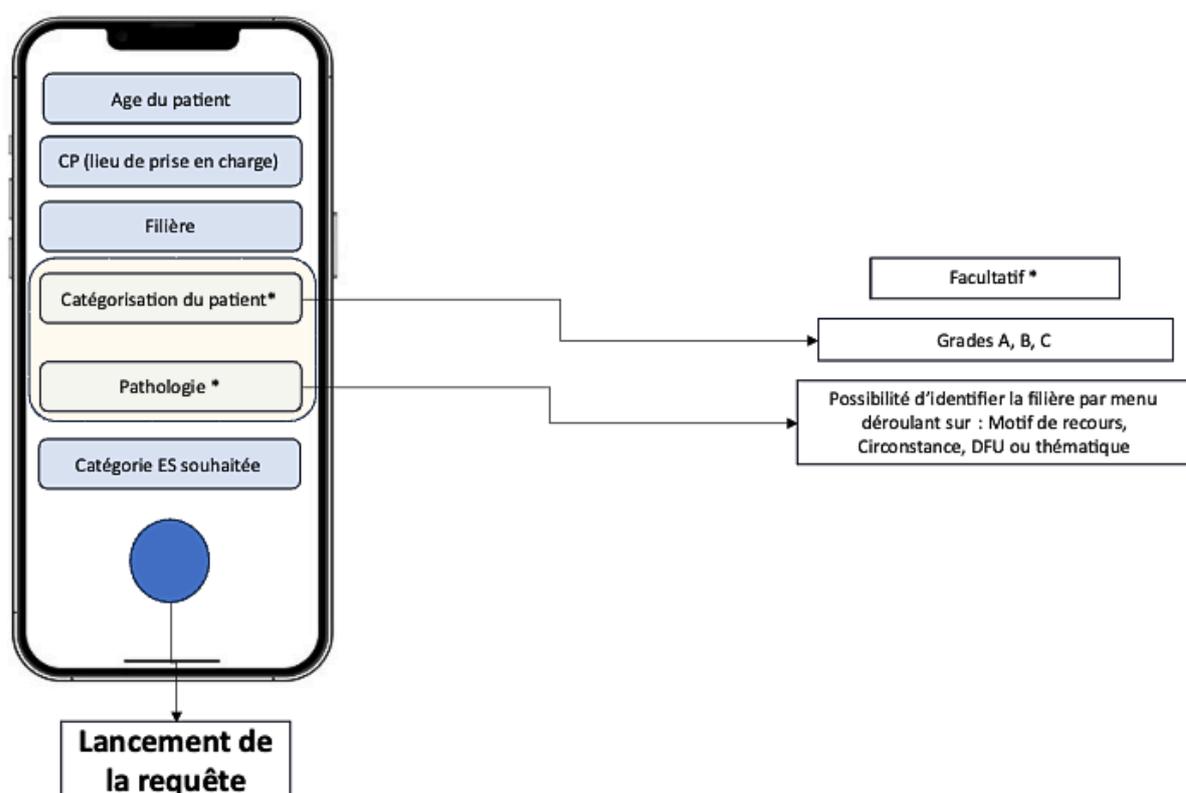


Figure 1 : Visualisation de l'application filière au niveau du module de requête pour le profil consultation

Pour effectuer la requête, les champs à renseigner sont l'âge du patient, le code postal du lieu actuel de prise en charge, la filière identifiée et la catégorie d'établissement souhaitée.

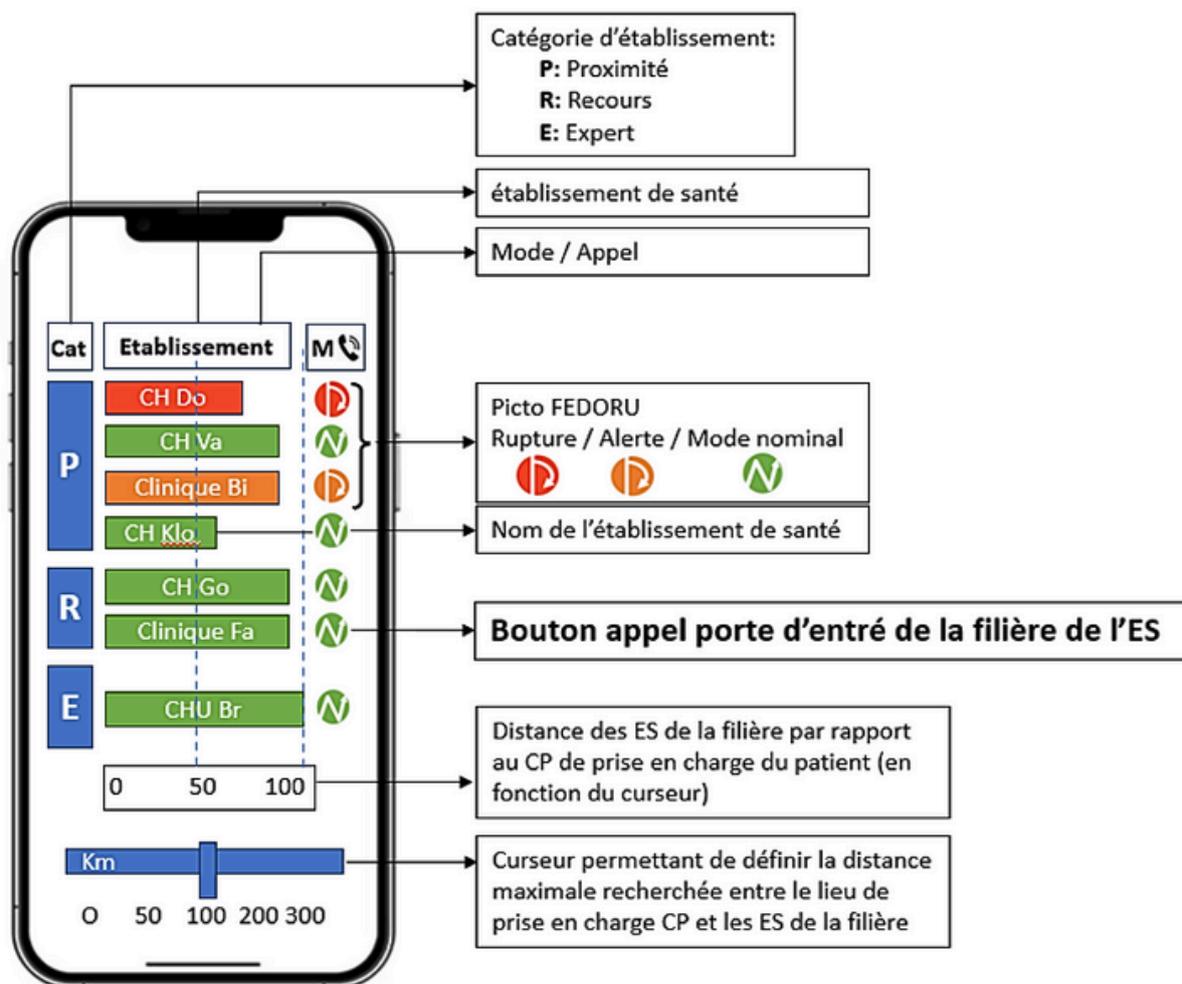


Figure 2 : Visualisation de la réponse à la requête proposée par l'application filière pour le profil consultation

Suite à la requête, l'application fournit la liste des établissements correspondants par catégorie et précise, pour chacun d'eux, la distance par rapport au lieu de prise en charge, le mode de la filière (nominal, alerte ou rupture). Pour chaque établissement, un bouton d'appel vers le point de contact identifié pour la filière est également disponible.

B. Profil Contributeur – Acteur de la Filière

Ce profil concerne les professionnels en charge du suivi quotidien de la filière. Il permet de :

- Vérifier et mettre à jour les plages horaires des professionnels de garde ;
- Déclarer les modes dégradés en signalant les dysfonctionnements ou ruptures de la filière ;
- Notifier les retours à la normale après une alerte ou une rupture ;
- Renseigner les informations nécessaires à l'opérationnalité de la filière, comme l'identité et les coordonnées des professionnels de garde.

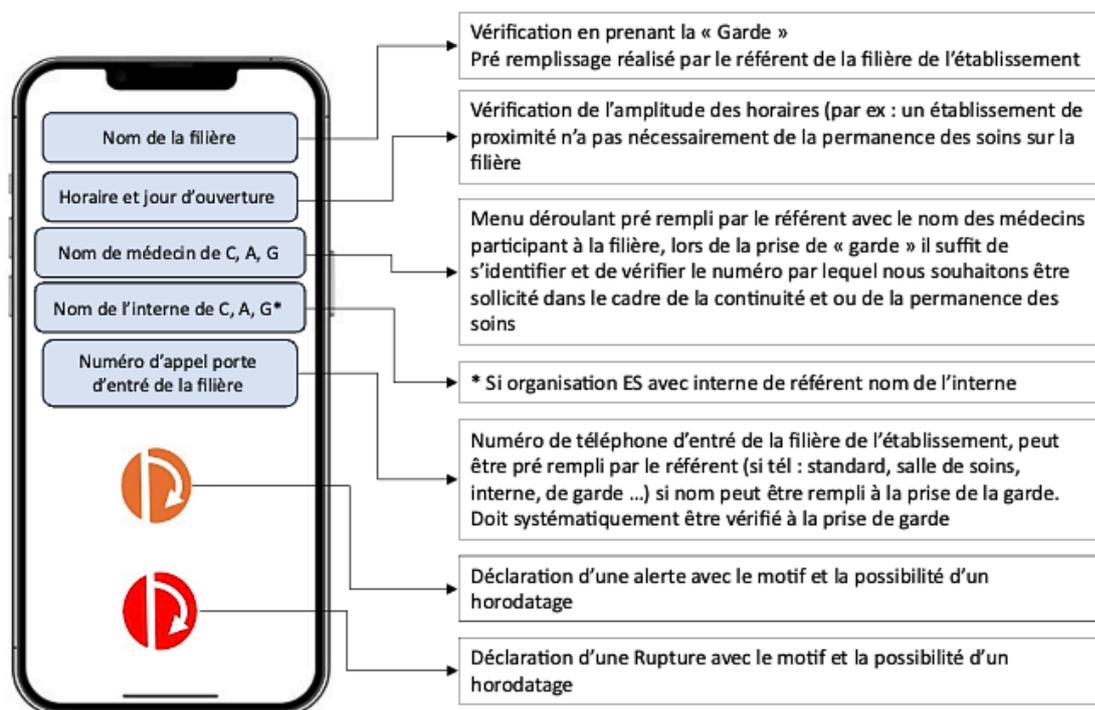


Figure 3 : Visualisation de l'application filière au niveau du module pour la mise à jour quotidienne des informations relatives à la filière – profil contributeur et acteur de filière

Cette fonctionnalité de l'application permet la mise à jour quotidienne dans l'application des informations nécessaires pour l'opérationnalité de la filière au niveau de l'établissement. Elle permet notamment de renseigner les professionnels de santé, via leur nom, prénom et leur statut (en continuité de soins « C », en astreinte « A » ou en garde « G »), et de déclarer des alertes ou rupture de filière.

C. Profil Contributeur – Administrateur pour l'Établissement

Les administrateurs d'établissement assurent la gestion et la mise à jour des informations relatives à la qualification et au fonctionnement de la filière. Ils peuvent :

- Vérifier et compléter les informations manquantes dans l'application (contacts, capacitaires, etc.) ;
- Mettre à jour les documents de la filière (protocoles, conventions, logigrammes) ;
- Gérer les droits d'accès des utilisateurs de l'établissement ;
- Extraire des données à des fins d'évaluation et de reporting.

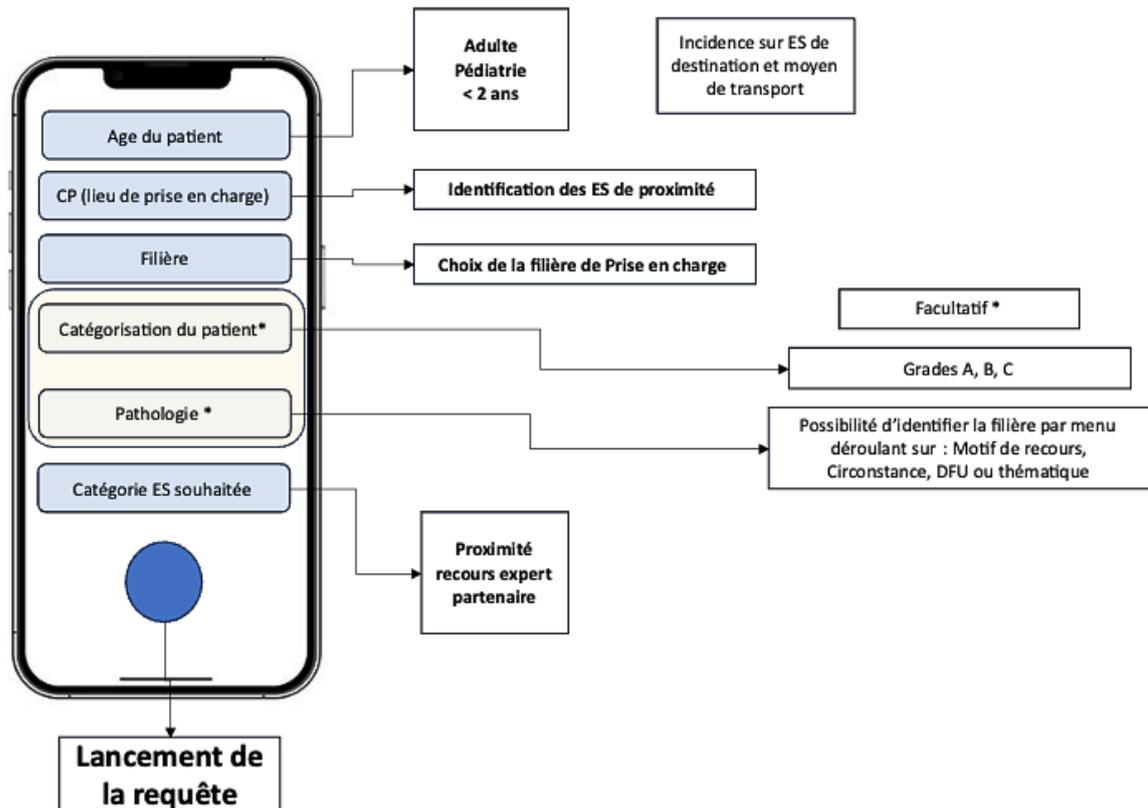


Figure 4 : Visualisation de l'application filière – module « modification des informations relatives à la qualification et au fonctionnement de la filière » – profils contributeur et administrateur pour l'établissement

D. Profil Pilote

Ce profil, destiné aux superviseurs régionaux ou nationaux (pilotes de filières notamment ou autres personnes identifiées par les commissions filières), inclut les fonctionnalités des autres profils avec des capacités avancées :

- Modification de la structure de l'application (ex. : ajout de variables pour décrire les établissements) ;
- Intervention sur les filières au niveau territorial ou national ;
- Gestion des référentiels associés aux filières, incluant les règles et les variables opérationnelles.

Fonctionnalités de l'application filière :

1. Vision régionale ou territoriale des filières d'urgence

L'application permet une visualisation détaillée des filières à différents niveaux géographiques (territoire, région, ou national). Cette fonctionnalité inclut :

- Une classification par diagnostic, spécialité ou thématique ;
- Une consultation des fiches filière, regroupant les objectifs opérationnels des filières, les critères discriminants par catégorie d'établissement et les moyens associés, etc. ;
- Une représentation tabulaire et cartographique des établissements porteurs et partenaires ;
- Une vision extrarégionale pour identifier les établissements équivalents en dehors du territoire ou de la région initiale, en cas de mode dégradé.

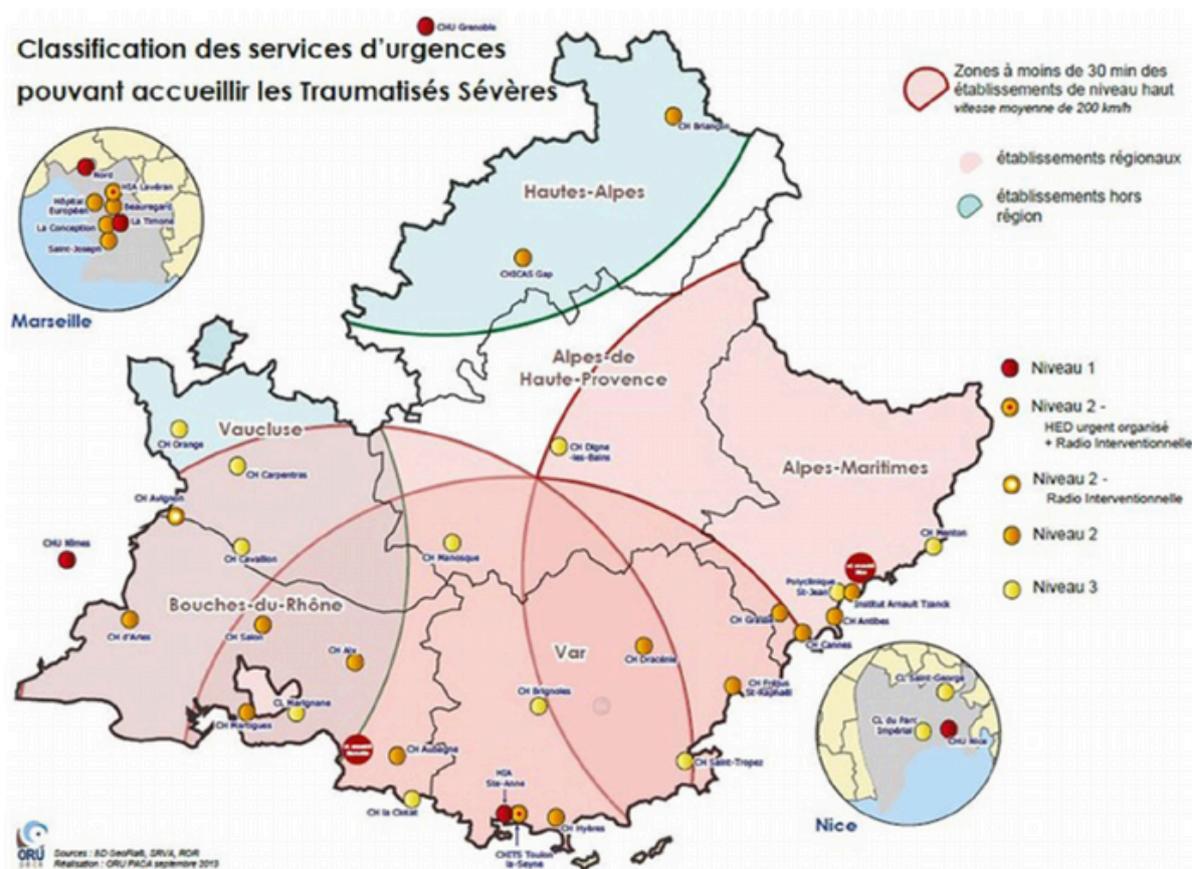


Figure 5 : Exemple de représentation cartographique des établissements d'une filière d'urgence – exemple pour la filière traumatisés sévères (source : ORU PACA)

2. Description et gestion des filières

L'application permet de disposer pour chaque filière :

- De la fiche filière incluant notamment les objectifs opérationnels et les définitions des patients concernés, la liste des établissements, etc. ;
- D'un système d'identification des établissements partenaires automatisé grâce aux critères discriminants.

3. Opérationnalité en temps réel

L'application offre :

- Une mise à jour dynamique des moyens techniques et capacitaires ;
- Une déclaration des modes dégradés, avec signalement des ruptures et des alertes à tous les utilisateurs concernés ;
- Des outils pour consulter et mettre à jour les informations sur les professionnels de garde, incluant leurs coordonnées actualisées.

4. Anticipation et gestion des modes dégradés

- Les établissements peuvent déclarer les dysfonctionnements anticipés ou en cours, incluant les motifs spécifiques et les périodes d'activation ;
- L'application propose des logigrammes prédéfinis pour guider les décisions et accéder rapidement aux solutions alternatives, comme la liste des établissements partenaires activés en mode dégradé ;
- Un système de notification assure la diffusion immédiate des informations critiques.

5. Messagerie instantanée sécurisée

Cette fonctionnalité permettra :

- Des échanges fluides et confidentiels entre les professionnels impliqués ;
- Une traçabilité des communications importantes pour une meilleure coordination.

6. Suivi et évaluation des filières

- L'historisation des déclarations de rupture ou d'alerte, avec leurs motifs et périodes associées ;
- L'extraction des données pour un suivi analytique des performances et des besoins des filières.

Calendrier de Développement de l'Application Filière :

L'évolution de l'application filière se déroulera en plusieurs étapes, permettant une montée en puissance progressive des fonctionnalités. L'objectif est de répondre aux besoins immédiats des utilisateurs tout en anticipant les évolutions nécessaires à moyen terme.

Étape 1 : Transition de la plateforme PC vers une application mobile

Actuellement, une région dispose déjà d'un outil informatique permettant de déclarer les alertes et ruptures des filières, avec une identification des filières conforme aux recommandations. Cependant, une limite importante de cet outil réside dans son absence de mobilité, obligeant les utilisateurs à se connecter depuis un ordinateur pour saisir les informations.

Pour remédier à cette contrainte, la première étape consistera à :

- Adapter l'application aux supports mobiles (téléphones et tablettes), permettant ainsi aux utilisateurs d'effectuer des déclarations en toute mobilité et en temps réel ;
- Intégrer dès la mise en service mobile :
 - La déclaration des alertes et des ruptures avec diffusion des informations critiques à l'ensemble des acteurs concernés ;
 - Une cartographie dynamique des filières et des établissements, identifiant clairement les points de contact à partir des données du ROR ;
 - L'accès aux numéros de contact des établissements et des services pertinents pour une prise en charge rapide.

Étape 2 : Identification des médecins de continuité de soin, de garde ou d'astreinte

Dans un second temps, l'application évoluera pour inclure des fonctionnalités essentielles au suivi opérationnel quotidien :

- Mise à jour en temps réel des coordonnées des médecins de garde ou d'astreinte, avec la possibilité pour ces derniers de renseigner eux-mêmes le numéro sur lequel ils souhaitent être contactés ;
- Affichage dynamique des informations permettant aux utilisateurs de consulter rapidement :
 - L'identité des professionnels disponibles ;
 - Leurs horaires ;
 - Les modalités de communication adaptées à chaque filière ou établissement.

Étape 3 : Intégration des documents et référentiels de fonctionnement

Une fois les bases fonctionnelles établies, l'application sera enrichie par l'intégration des documents et outils nécessaires au bon fonctionnement des filières :

- Logigrammes de prise en charge (mode nominal et mode dégradé) ;
- Protocoles médicaux et procédures standardisées, garantissant une homogénéité dans la prise en charge des patients ;
- Conventions avec les établissements partenaires, définissant les conditions et modalités de recours en cas de mode dégradé.

Étape 4 : Suivi des capacitaires des soins critiques

Pour renforcer la capacité d'anticipation et de gestion des situations critiques, l'application sera interfacée avec le ROR afin de :

- Visualiser en temps réel la disponibilité des capacitaires en soins critiques au sein des établissements porteurs ou partenaires ;
- Alerter en cas de dépassement ou de saturation des ressources disponibles, en lien avec les déclarations d'alerte ou de rupture.

Étape 5 : Déclaration des évènements indésirables associés aux soins (EIAS)

À moyen terme, un module spécifique sera intégré pour permettre la déclaration et le suivi des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) liés aux filières. Ce module offrira :

- Un suivi structuré des événements critiques, avec traçabilité des données pour une analyse rétrospective ;
- Une centralisation des EIAS, facilitant leur prise en compte dans l'évaluation et l'amélioration des filières.

Étape 6 : Mise en place de la messagerie instantanée sécurisée

Pour améliorer la coordination et fluidifier les échanges, un système de tchat sécurisé sera ajouté. Cette messagerie permettra :

- Une communication en temps réel entre les acteurs d'une même filière ou d'établissements partenaires ;
- Une traçabilité des discussions importantes pour une meilleure gestion des situations critiques.

Étape 7 : Ajout des outils de rétro-information et d'évaluation

Enfin, un module d'analyse et de rétro-information sera développé pour permettre :

- L'accès à des données agrégées sur l'opérationnalité des filières ;
- Une évaluation de l'efficacité des filières, notamment en termes de réactivité, de coordination et de gestion des ressources ;
- La génération de rapports basés sur les données collectées (alertes, ruptures, FEI, etc.), offrant des indicateurs clés pour guider les décisions stratégiques.

Synthèse des Phases et Priorités :

Étapes	Objectifs clés	Délais estimés
Étape 1 : Développement d'une application mobile	Déclaration d'alerte et de rupture + cartographie dynamique + numéros des contacts via le ROR	Court terme
Étape 2 : Identification des médecins	Mise à jour des coordonnées et des horaires de garde	Court-moyen terme
Étape 3 : Documents et référentiels	Intégration des logigrammes, protocoles et conventions partenaires	Moyen terme
Étape 4 : Capacitaires critiques	Interface avec le ROR pour suivre les moyens disponibles	Moyen terme
Étape 5 : Déclaration des EIAS	Centralisation et suivi structuré des faits événementiels	Moyen terme
Étape 6 : Tchat sécurisé	Messagerie instantanée pour la coordination en temps réel	Moyen-long terme
Étape 7 : Rétro-information	Suivi et évaluation des performances des filières	Long terme

Profil Pilote

Profil Utilisateur

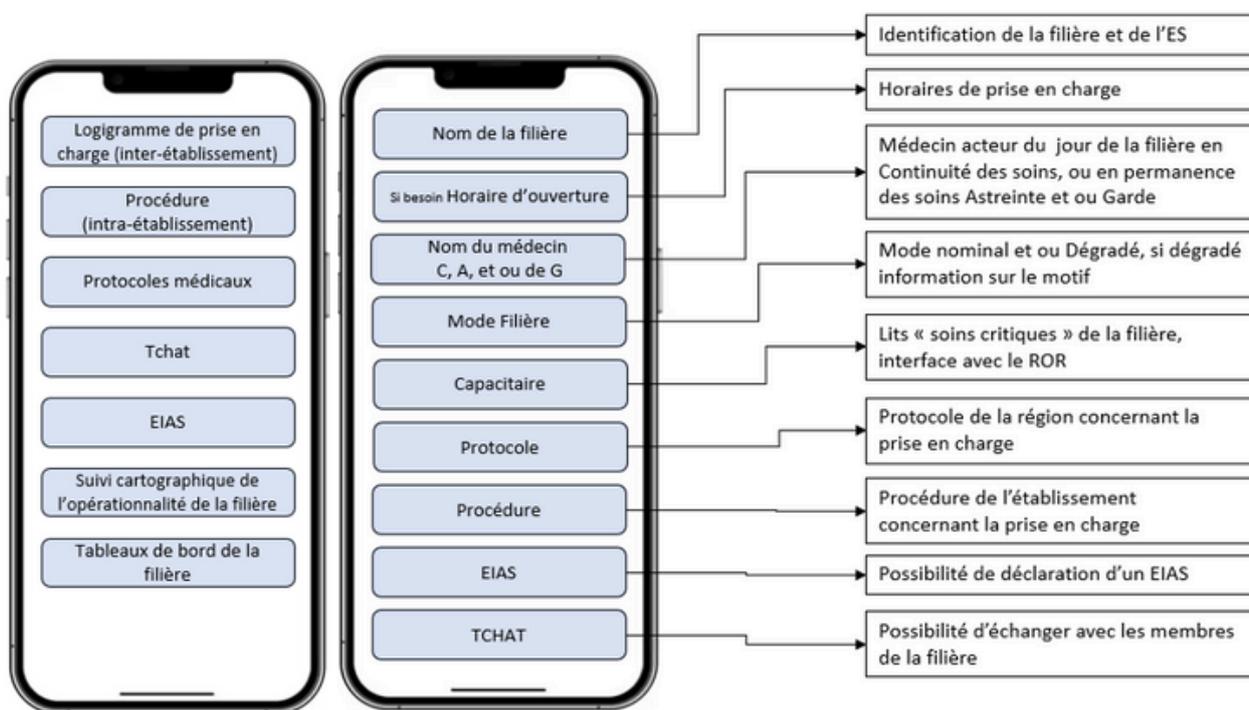


Figure 6 : Perspectives d'évolution des modules de l'application filière pour les profils pilotes et utilisateurs

Avantages de l'Application :

- Réduction des délais : l'accès direct aux informations essentielles diminue les intermédiaires ;
- Traçabilité accrue : un suivi rigoureux des actions garantit une meilleure gestion ;
- Flexibilité et adaptabilité : une gestion en temps réel des alertes et ruptures.

L'application filière se présente comme un outil indispensable pour la gestion des filières médicales. Elle favorise une prise en charge optimisée et coordonnée des patients, tout en soutenant les professionnels dans un contexte en constante évolution. Son développement futur renforcera encore son efficacité et sa portée.

ANNEXE 6 – Démarche d’analyse et identification des sources de données

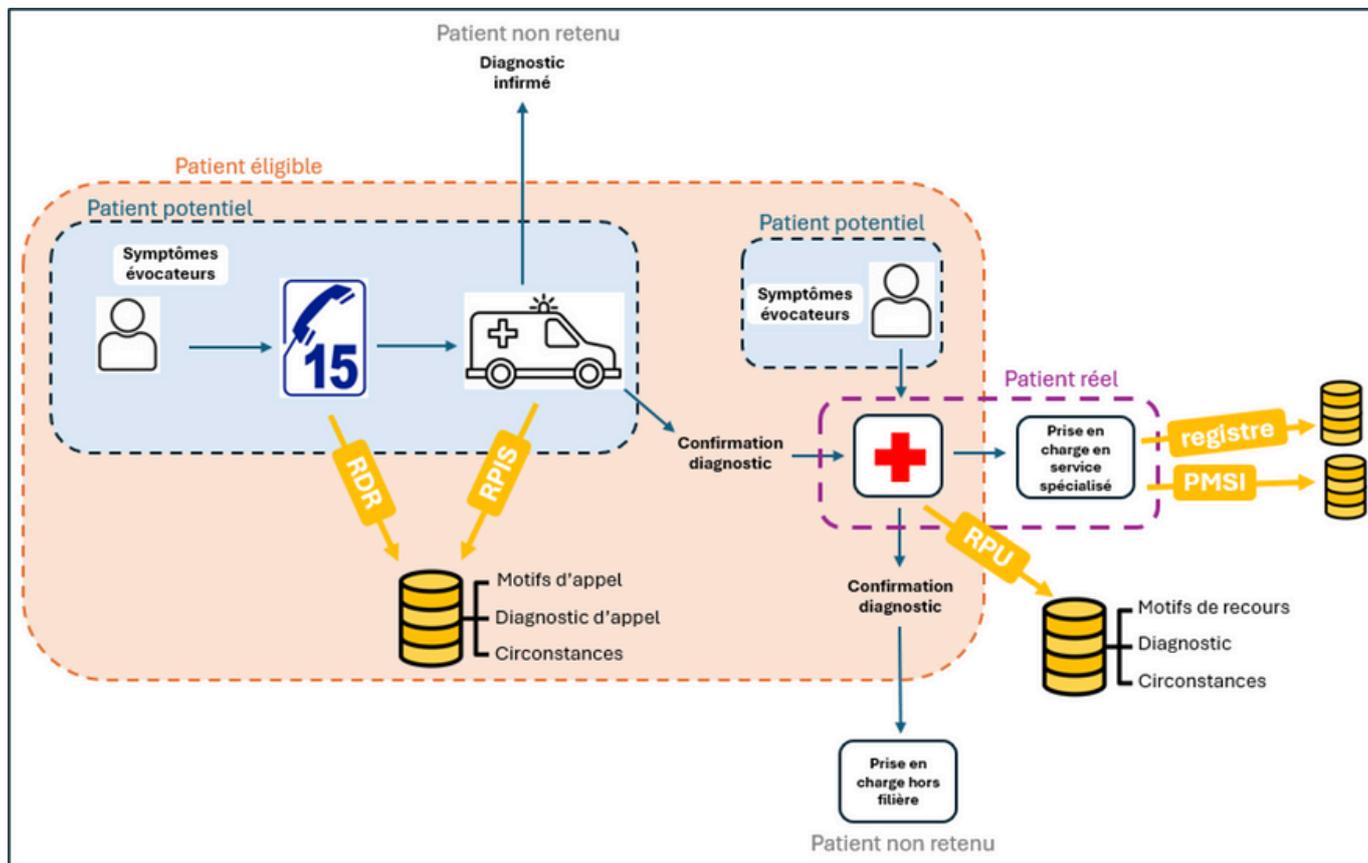


Figure 7 : Démarche de qualification des patients potentiels, éligibles et réels, et sources de données correspondantes pour l'analyse des filières d'urgences

GLOSSAIRE

- ADNP** : Admissions Directes Non Programmées
- ANS** : Agence du Numérique en Santé
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- AVC** : Accident Vasculaire Cérébral
- CARDIO** : Cardiologie
- CCARU** : Comité régional Consultatif des Allocations des Ressources d'Urgence
- CFU** : Comité Filières d'Urgence
- DFU** : Diagnostic Filière d'Urgence
- DSR** : Dispositif Spécifique Régional
- DD-ARS** : Délégation Départementale de l'Agence Régionale de Santé
- ECMO** : ExtraCorporeal Membrane Oxygenation (Oxygénation par membrane extracorporelle)
- ES** : Établissements de Santé
- ESPIC** : Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
- FEI** : Fiche d'Événement Indésirable
- FEDORU** : FÉdération Des Observatoires Régionaux des Urgences
- FINESS** : Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux
- HEMATO** : Hématologie
- HTIC** : HyperTension IntraCrânienne
- IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique
- NEURO** : Neurologie
- NOS** : Nomenclature des Objets de Santé
- ORU** : Observatoire Régional des Urgences
- PDSES** : Permanence Des Soins en Établissements de Santé
- PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
- PRS** : Projet Régional de Santé
- RDR** : Résumé De Régulation
- ROR** : Répertoire national de l'Offre et des Ressources en santé et accompagnement social et médico-social
- RPU** : Résumé de Passages aux Urgences
- RPIS** : Résumé Patient Intervention SMUR
- RTU** : Réseau Territorial des Urgences
- SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente
- SAS** : Service d'Accès aux Soins
- SDIS** : Service Départemental d'Incendie et de Secours
- SMUR** : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
- SU** : Service d'Urgences
- TDM** : TomoDensitoMétrie (Scanner)
- USINV** : Unité de Soins Intensifs NeuroVasculaires



FEDORU

Directeur de publication :
Laurent Maillard

Coordinatrice éditoriale :
Cécile Forgeot

Conception graphique :
Elise Paquet

Comité de rédaction et relecture :

Nicolas Bounaud
Vincent Brulin
Victoria Carré
Françoise Cellier
Julie Contenti
Elise Cruchon
Cécile Forgeot
Pilar Garcia Munoz
Mohamed Hachelaf
Laurent Maillard
Marc Noizet
Abdesslam Redjaline
Patrice Serre

Imprimé en France par Escourbiac
Route de Lavaur, Graulhet
Juillet 2025

Fédération des observatoires régionaux
des urgences (FEDORU)
Association loi 1901
23 avenue d'Italie
75013 PARIS
contact@fedoru.fr
fedoru.fr