

## PERTINENCE DES RECOURS A L'HÔPITAL

### Amélioration de la régulation des urgences et de la permanence des soins

**Objectifs :** Assurer une réponse claire et fiable à la demande de la population ; augmenter la proportion de demandes régulées dans la permanence des soins

**Modalités :**

Accès aux urgences et à la permanence des soins par un numéro d'appel unique (le 15), présence sur un même lieu du médecin régulateur du SAMU et du médecin régulateur de la PDS.

Réception de l'ensemble des appels par des permanenciers d'accueil et de régulation médicale (PARM), orientation selon la nature de la demande sur le médecin régulateur SAMU ou le médecin régulateur PDS.

Organisation de stages de formation à la régulation pour les médecins libéraux.

Adaptation du dispositif de régulation (niveau géographique, regroupement pendant la période nocturne) en fonction des densités de population et des particularités géographiques.

Evaluation de la « qualité » de la régulation : délai de réponse aux appels ; recensement des événements indésirables (délai d'intervention trop long, mauvaise appréciation du besoin, mauvaise orientation du patient ...). Le dispositif qualité devra être mis en place par les réseaux régionaux « urgences », sous le contrôle des ARS et l'HAS.

Information du public sur l'organisation des urgences et de la permanence des soins au sein de chaque territoire (rôle et mission de chaque intervenant, les bons réflexes à avoir...). Les actions d'information seront organisées sous le contrôle de l'ARS.

### Confier l'organisation des urgences et de la permanence des soins à une autorité unique

**Objectif :** organiser une « aide médicale permanente à la population » regroupant urgences hospitalières et permanence des soins de ville, en adéquation avec les besoins de chaque territoire et économe en moyens médicaux et financiers

**Modalités :**

Confier la responsabilité de l'ensemble du dispositif aux futures ARS qui devront avoir une grande autonomie dans la mise en place de solutions adaptées aux différents contextes. L'objectif qui leur sera assigné sera de mettre en cohérence l'organisation de la régulation, le maillage territorial en structures d'accueil des urgences, le positionnement des équipes de SMUR, la permanence ambulancière et la permanence médicale et pharmaceutique (organisation des tours de garde, maisons médicales de garde)

Globalisation des enveloppes financières de la permanence des soins et des urgences au niveau des futures ARS.

### Organisation de l'activité non programmée à l'hôpital

**Objectif :** Mieux gérer les flux de patients non programmés :

**Modalités :**

Pour éviter l'embouteillage des structures d'accueil des urgences, organisation de consultations non programmées de spécialités, en particulier pour un accueil direct de patients adressés par les médecins traitants ou pour un accueil après une orientation non médicalisée aux urgences.

Organisation de la gestion interne des flux de patients : dispositif de gestion des hospitalisations non programmées (professionnalisation de la gestion des flux – implication des responsables médicaux dans cette gestion) ; création dans les établissements importants d'unités « sas » d'hospitalisation temporaire (maximum 48 heures) pour aiguiller ensuite les patients vers l'unité d'hospitalisation la mieux adaptée.

Hospitalisation directe dans les établissements et services adéquats, sans passage par les unités d'accueil des urgences des patients pris en charge par une unité mobile.

Signature avec les organisations d'usagers de conventions pour améliorer les conditions d'accueil à l'hôpital.

Inscription de ces différentes modalités dans le guide de certification de l'HAS

## **Renforcer les liens ville-hôpital**

**Objectif :** assurer la continuité des soins entre la ville et l'hôpital

**Modalités :**

Renforcement des relations entre médecins hospitaliers et médecins de ville : permanences téléphoniques dans des services ; accueil direct dans les services hospitaliers sans passage par les urgences ; systématisation des transmissions électroniques entre praticiens de ville et services hospitaliers.

Professionnalisation au sein de l'hôpital de la gestion des flux de patients, de l'accueil et de la communication avec les patients (délais de rendez-vous, attente aux consultations, ...).

Structuration des services de communication des hôpitaux pour qu'ils aient la responsabilité de la mise en contact téléphonique de l'extérieur vers les unités de soins : relations entre professionnels, mais aussi entre patients et professionnels.

Identification pour chaque malade hospitalisé d'un médecin référent en charge des contacts avec la famille et le médecin traitant.

Définition à l'hôpital, pour les malades chroniques, de projets thérapeutiques en lien avec les médecins traitants et les professionnels paramédicaux de ville (en particulier infirmiers). Identification d'un responsable de la coordination du projet thérapeutique formé à cette fonction et rémunéré pour celle-ci.

Fixation d'objectifs dans les contrats de pôles : délais de rendez-vous et d'envoi des comptes-rendus d'hospitalisation, réunions entre professionnels ...

Mise en place d'outils d'échange d'informations entre la ville et l'hôpital. Déploiement des messageries sécurisées selon cahiers des charges garantissant les échanges entre les acteurs.

Développement d'une politique d'évaluation de la satisfaction des usagers et des médecins de ville quant à la mise en place de ces dispositifs.

Inscription dans le référentiel de certification des établissements de santé et dans les EPP des médecins hospitaliers des objectifs en termes de relations entre la ville et l'hôpital.