
Mission de pairs relative à la problématique du temps d'attente des pompiers dans les services d'urgence des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

17- 18 - 19 mars 2025

Membres de la mission :

Dr François BRAUN – Conseiller médical du directeur général du CHR de Metz – Thionville et ancien ministre de la Santé et de la Prévention

Pr Enrique CASALINO – Directeur médical, DMI INVICTUS, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

Dr Christian POIREL – Médecin chef, SDIS des Bouches du Rhône

Pr Stéphane TRAVERS – Médecin chef, Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris

Appui logistique et opérationnel à la mission :

ARS GE :

Frédéric CHARLES – Délégation départementale 67

Delphine MASSON – Direction de la Politique Médico-soignante

CONTEXTE

La mission de pairs relative au temps d'attente des sapeurs-pompiers dans les services d'urgence des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) a eu lieu les 17, 18 et 19 mars 2025.

Celle-ci a été demandée et choisie face à une saturation chronique de la capacité d'accueil des urgences qui impacte fortement la fluidité des parcours de prises en soin des patients dès leur arrivée, avec pour conséquence une attente très importante des services de secours et des ambulances avant même le triage, l'accès aux secteurs de soins et le processus de recherche de lits pour une admission des patients dans l'hôpital ; cette situation obère les capacités des différents effecteurs (transporteurs sanitaires et SIS 67) à répondre à leur mission. Mais elle impacte aussi la qualité et la sécurité des soins de l'ensemble des patients arrivant aux SAU des HUS par leurs propres moyens.

L'objectif étant d'appréhender l'origine des difficultés et d'identifier des leviers qui n'auraient pas encore été mobilisés sous trois spectres : en amont des urgences, au sein du service et en aval du service c'est à dire dans l'organisation et la gestion des lits de l'hôpital.

La mission a pu rencontrer et visiter lors de ces trois jours l'ensemble des acteurs : équipes médicales et paramédicales des urgences des deux sites (Nouvel Hôpital Civil (NHC) et Hautepierre (HTP)), équipe de direction et Président de CME des HUS, des cliniques privées disposant d'une autorisation d'urgences (cliniques Sainte Anne et Rhéna), l'équipe du SAMU 67 et des libéraux participant au SAS 67, les transporteurs sanitaires et son représentant, le contrôleur général et les équipes du SDIS 67 ainsi que la directrice de cabinet du Préfet de Région et de Département, et les remercie pour l'accueil et les échanges de qualité qui permettent à la mission d'établir les recommandations suivantes.

LES RECOMMANDATIONS PRINCIPALES DE LA MISSION

En préambule, les acteurs de la mission souhaitent rappeler les éléments suivants :

- L'attente dans un service d'urgence, a fortiori avant même la prise en charge par un(e) IOA, a une incidence forte sur la qualité et la sécurité des soins et, comme le montre la littérature unanime, sur la morbi-mortalité des patients, surtout les plus âgés ;
- Les recommandations professionnelles (SFMU) demandent qu'un patient soit pris en charge dans les plus brefs délais par l'IOA, dès son arrivée. Des services à activité similaire (nombre de passages) témoignent d'un délai moyen de moins de 10 minutes ;
- La situation constatée ne relève pas que des services d'urgence, ni même que des HUS mais témoigne de dysfonctionnements globaux impliquant tous les acteurs de santé du territoire, tant en amont des urgences qu'en aval des hospitalisations ;
- La responsabilité de l'établissement est engagée dès lors qu'un patient, adressé par le Samu/s@s, est présent dans l'enceinte des établissements des HUS, même en attente dans une ambulance ou un VSAV. Il en est de même pour tout patient adressé dans une autre structure des urgences, publique ou privée ;

Sur le volet de l'identification des difficultés structurelles et/ou conjoncturelles contribuant au temps d'attente des différents acteurs notamment des VSAV, en analysant les éléments relevant des trois phases du circuit :

- 1 Préhospitalière (déclenchement, régulation, orientation, ...),
- 2 SAU (gestion des flux et organisation des SAU),
- 3 Hospitalière (organisation de l'aval des urgences et des sorties d'hospitalisation).

1 : Phase préhospitalière :

- Favoriser le lien avec l'ensemble des acteurs de l'urgence préhospitalière (SDIS et Transporteurs privés) afin de garantir une meilleure orientation sur l'ensemble du territoire sans favoriser systématiquement les sites du NHC et de HTP (mise en place d'outils partagés).
- Optimiser les protocoles de régulation du SAMU et du SAS pour accroître la pertinence des adressages des véhicules et des transports vers une structure des urgences.
- Accroître les liens (CPTS, centres de soins non programmés, Maisons médicales de garde notamment) pour une meilleure prise en charge dans les structures d'exercice coordonnés.
- Recentrer les glissements des missions des VSAV sur leur mission principale.
- Organiser la répartition des patients relevant d'une urgence vers l'ensemble des structures des urgences (SU) publiques comme privées en rappelant qu'une SU ne peut réglementairement pas refuser un patient adressé par la régulation médicale, faute de voir son autorisation de fonctionnement remise en cause.

2 : Phase des SAU :

- Chacun des sites a des spécificités propres, mais les recommandations doivent être faites de façon globale afin de favoriser une dynamique d'équipe et si besoin le partage des équipes médicales et paramédicales. Une chefferie de service unique, comme cela est le cas, doit favoriser cette dynamique dès lors que le chef de service dispose du temps nécessaire à sa fonction, en dehors des activités cliniques directes.
- La mission tient à rappeler le rôle principal de l'IAO consistant à accueillir individuellement chaque patient se présentant aux urgences et à évaluer son niveau de priorité pour une prise en charge médicale, en fonction de son état qui doit être réalisé dans les 10 minutes de l'arrivée aux urgences.
- Sur les deux sites, le personnel médical et en deçà des recommandations, la promotion de formation d'IPA et leurs recrutements pourrait là aussi permettre de fluidifier les urgences pour permettre de redonner le temps médical nécessaire pour les activités.
- Un conventionnement entre le public et les cliniques privés doit être réalisés pour permettre de définir et mettre en œuvre une filière et un parcours de prise en charge des patients aux urgences visant à une orientation de logique de flux plus cohérente, efficiente et en confiance entre les acteurs.
- La mission a fait part du bon dimensionnement du service des urgences mais nécessite une réorganisation afin d'assurer une prise en charge correcte de chacun des patients et d'en optimiser son utilisation et fluidifier les flux.
- L'organisation actuelle met en évidence des défauts d'organisation et de gestion du flux des patients qui peuvent être améliorés très rapidement :
 - Utiliser à bon escient le réaménagement partiel du SAS des ambulances du service des urgences (NHC) : ce secteur permettra de créer une zone IAO avec des boxes permettant de garantir la confidentialité des patients, avec possibilités d'extension à d'autres secteurs (actuellement des bureaux).
 - Il est nécessaire de renforcer le secteur IAO, avec un renfort en personnel IDE chaque fois que les délais d'attente dépassent les 20 minutes (le logiciel affiche les délais avant IAO pour chaque patient)
 - L'installation en box dans les secteurs de soins directement après la prise en charge par l'IAO est une priorité. Actuellement, le mode de fonctionnement est de ne plus

accueillir ni de trier si l'IAO n'a pas où installer le patient. L'accueil et le triage permanent et continu des patients par l'IAO est une priorité, il est le garant d'une évaluation de la priorité du patient par un personnel de santé qualifié et formé à cette mission. La qualité et la sécurité des soins doit être une priorité partagée par tous les membres des équipes de soins.

- Sur le site NHC, fermer l'Unité Sanitaire Mobile (USM) : L'USM est une réponse inadaptée à une situation qui doit accélérer le flux des patients arrivants, et non pas le ralentir. L'USM ne permet pas de garantir la qualité et la sécurité des soins des patients mis dans cette unité. Une prise en charge rapide par l'IAO dans l'aménagement du sas ambulance (actuellement fermé) permettra la fermeture rapide de l'USM et permettra d'assurer la qualité et la sécurité des soins de l'ensemble des patients (pré-régulés et arrivants par leurs propres moyens au SAU).
- L'IAO peut également réorienter le patient selon son état dans le cadre des structures coordonnées (Maison médicale de garde et/ou Centre de Soins non-programmés). Un projet qualité doit être rédigé par le SAU et validé par les instances. Un suivi de cette activité avec des indicateurs d'activité (nombre de patients, horaires, % d'accueil dans les centres d'orientation, délais) et qualité (satisfaction des patients, taux de retour, événements indésirables) doit être assuré.
- Le temps de séjour des patients dans les boxes de consultation des différents secteurs des SAU doit être raccourci. Pour cela :
 - ✓ Le patient doit être immédiatement installé en boxe après l'IAO
 - ✓ Le patient doit être pris en charge dans les délais les plus brefs par le médecin du secteur de soins (les délais d'attente médecin pour chacun des niveaux de triage doivent être considérés comme un délai maximal, et la prise en charge médicale doit être systématiquement la plus rapide possible. Pour cela les équipes doivent donner la priorité à la prise en charge des patients arrivants).
 - ✓ Dès la fin de la prise en charge médicale et infirmier si des actes IDE ont été prescrits, le patient doit quitter la boxe (sauf si indication au scope ou une surveillance qui doit être prescrite dans le dossier) et être installé dans un « secteur d'attente assis » (les patients doivent être levés et gardés assis chaque fois que possible (>60% des patients)) ou un « secteur d'attente couché ».
 - ✓ Ceci permet de libérer des boxes et garantit la capacité d'accueil des patients après triage IAO. Le nombre de boxes dans les différents secteurs des deux sites est suffisant pour garantir ce flux continu de patients.
 - ✓ Il existe des zones attentes couchés mais il n'y a pas de zone attente assis. Ces zones doivent être créées et équipées.
 - ✓ Mettre en place/renforcer les crosscheck avec la participation de toutes les équipes médicales et paramédicales. Ceci permettra de renforcer la dynamique de travail en équipe et de définir des stratégies d'accélération des flux de patients et de réduction des délais intermédiaires (délai installation, délai PEC médicale et IDE, délai de décision, décision de sortie, sortie effective du patient).
 - ✓ Mettre en place des stratégies de juste prescription (rédaction de procédures avec les disciplines ou services concernés) et contrôle du respect des procédures lors des crosschecks :
 - Réduction des poses de perfusions/garde veines non justifiées
 - Réduction des examens complémentaires de biologie et de radiologie non urgents et sans impact sur la décision finale d'orientation au SAU

- Réduction des demandes d'avis d'autres spécialistes non justifiées en favorisant les réorientations en ambulatoire
 - ✓ Le principal aval des SAU est le domicile des patients, 80% des patients sont non admis. La priorité des personnels doit être d'accélérer la sortie des patients non admis.
 - ✓ Mettre en place/renforcer le suivi des indicateurs de pilotage du SAU, avec des discussions en équipe d'encadrement.
 - Secteurs Unité d'Hospitalisation de Courte Durée : Ces structures sont actuellement ouvertes à 50% de leur capacité. Elles doivent être réouvertes à 100% de leur capacité. Les missions et le fonctionnement du secteur d'Hospitalisation de Courte Durée des SAU doivent être revues afin de garantir aux patients dont l'état nécessite une période d'observation avant leur admission définitive en salle d'hospitalisation, la qualité et la sécurité des soins que leur état nécessite.
- La mission propose de favoriser une gouvernance Médicale et Paramédicale forte avec
- Un binôme Chef de Service - Cadre Supérieur de Santé
 - La création d'une équipe d'encadrement avec
 - le binôme CdS/CSS,
 - les responsables des UF des sites,
 - les Cadres de proximité,
 - les médecins investis dans la gestion des SAU.
 - Des réunions hebdomadaires de discussion, échange, suivi des indicateurs de pilotage et de prise de décisions stratégiques et opérationnelles
 - Contractualiser le temps non clinique avec les acteurs de cette gouvernance
 - La rédaction d'un Projet de service partagé avec l'ensemble des équipes PM et PNM en réunion de service
- La Mission propose
- Acculturer de façon positive la prise en charge aux urgences qui ne nécessitent pas pour l'ensemble des patients d'être pris en charge de façon « couchée »
 - Accompagner le chef de service dans l'organisation managériale afin de pouvoir mettre en œuvre le projet de service et lui permettre de consacrer du temps à la chefferie.
 - Revoir l'organisation avec l'UHCD pour fluidifier l'aval

4 : Phase hospitalière :

- Concernant l'organisation de l'hôpital, les échanges et les éléments partagés montrent la nécessité de :
- Mettre en place une cellule de gestion des flux de patients (bed management)
 - Cette cellule doit être rattachée directement à la Direction Générale des HUS et à la présidence de la CME
 - Le PCME, ou son représentant désigné, doit être le référent médical et accompagner le personnel de la cellule de gestion des flux.
 - Un Directeur Référent doit être en charge de la cellule afin de faire de la gestion prévisionnelle des lits et places, mettre en place des indicateurs de

performance dans la gestion des services et une politique d'optimisation des DMS dans les services d'hospitalisation et pôles, avec comme objectif de garantir la qualité et la sécurité des soins des patients admis et de répondre aux besoins de lits de l'établissement à partir des filières non programmées (dont les SAU) et des filières programmées.

La cellule de gestion des flux est en contact avec un interlocuteur désigné dans chaque établissement de santé du territoire afin de coordonner la prise en charge de patients suivis dans d'autres établissements.

La cellule est en lien avec les établissements de santé, médico-sociaux et les EHPAD du territoire afin de faciliter « l'aval de l'aval » à savoir la sortie d'hospitalisation des patients des différents services des HUS.

La cellule doit dicter les règles de priorisation des admissions (patients présents au SAU/UHCD sur un lit vacant, patient programmé avec pré admission faite sur un patient au SAU/UHCD, ...). Cette cellule doit travailler et être responsable de la gestion des séjours longs et des bed-bloqueurs.

Cette cellule doit avoir un « bed manager » dans chacun des deux sites HCN et HTP, du lundi au vendredi, et les week-ends en période de tension.

Son travail doit être coordonné entre les deux sites pour augmenter la possibilité de trouver des solutions d'hospitalisation dans les différents sites des HUS et dans les établissements partenaires.

L'objectif est :

- ✓ De proposer « la meilleure adéquation entre le contexte clinique du patient et son service final d'orientation »,
- ✓ De développer des alternatives à l'hospitalisation comme des orientations en hôpital de jour, en consultation sur les sites HUS et dans des établissements partenaires,
- ✓ Proposer le « meilleur lit possible » au patient en attente d'une hospitalisation, à partir d'une vision globale, à court et à moyen terme, de l'activité de l'hôpital, en tenant compte de l'orientation médicale définie depuis le service des urgences ou depuis l'un des services d'hospitalisation de l'hôpital et en respectant les contraintes de chacun et les règles d'hébergements définies au sein de l'établissement.

- Mettre en place un dispositif de « Gestion des lits en situation de tension » (Plan Hôpital en tension, partie intégrante du Plan Blanc de l'établissement)
- Mise en place d'un dispositif d'évaluation et de suivi des impacts sur le temps d'attente des actions (gouvernance, outils, indicateurs,...)

Propositions urgentes

- La mission considère que l'ensemble des recommandations peut être mis en place sous un court délai
 - Dans les deux semaines, fermeture de l'USM sur le site du NHC, installation de l'IOA « brancards » au niveau de la salle aménagée dans le sas et mise en place d'une salle d'attente « couchés » dans cette même salle en attente d'installation en box.

- Dans le mois, organisation par l'ARS DT67 d'une réunion avec les représentants de tous les SU du territoire et validation d'une convention précisant les types de patients accueillis dans chaque structure.
- Dans le mois, réorganiser les flux de patients (HP) afin de garantir une prise en charge rapide par l'IOA. En ce sens et vues les contraintes architecturales actuelles, une réflexion sur la prise en charge du déchocage chirurgical (HP) en dehors du SU (SSPI ?) afin de libérer de l'espace sous utilisé au sein des urgences doit être engagée.
- Dans les deux mois, utiliser les indicateurs du SDIS pour confirmer que les temps d'attentes VSAV sont systématiquement inférieurs à 15 minutes.
- Dans les 3 mois : l'amélioration de la capacité de réponse des HUS doit être mise en place pour répondre aux tensions prévisibles en période estivale (fermetures estivales des lits) et pour lesquelles l'organisation structurelle des HUS peut être faite immédiatement en considération des éléments fournis par l'établissement
- Dans les 6 mois : pour répondre aux tensions prévisibles en période hivernale et période des infections respiratoires saisonnières
- Priorisation des actions dans une feuille de route au vu de l'importance des éléments contributifs de l'attente des VSAV
- Sur l'ensemble du processus de la prise en charge, il est nécessaire de mettre en place une mission d'accompagnement très rapidement sur les trois phases de ces propositions, qui doit comprendre un accompagnement managérial, organisationnel, la rédaction d'outils transversaux et la mise en place des indicateurs de suivi.
- Recommandations générales :
 - Travail articulé avec la Direction Générale des HUS et la Présidence de la CME
 - Production et suivi d'outils de pilotage, adapter les logiciels aux besoins concrets de terrain
 - Communication de ces données en CME et à l'ARS

CONCLUSION

La mission tient à rappeler que dès lors qu'un établissement bénéficie d'une autorisation d'activité de médecine d'urgence, il s'engage à contribuer à la prise en charge des patients conformément au schéma régional de santé (SRS) qui définit le maillage territorial au sein duquel une offre de soins est déclinée de manière à satisfaire les besoins de la population tant au niveau proximité qu'au niveau du recours. Elle rappelle également qu'à tout moment le directeur général de l'ARS peut décider de vérifier qu'une activité est réalisée conformément aux dispositions réglementaires.

L'organisation avec l'ensemble des structures via les dialogues au sein du GHT nécessite un travail plus profond sur les parcours et les filières et doit être particulièrement suivi.

Assurer la qualité et la sécurité des soins des patients des filières de soins non programmées est le sens et l'objectif principal de cette mission et de ses propositions de réorganisation et de gestion des flux. C'est dans cet objectif que le temps d'attente des patients en VSAV ou en

ambulance doit être réduit au minimum, permettant aussi à ces autres acteurs de l'urgence de répondre à leurs autres missions.

Nous sommes convaincus, que l'atteinte de ces objectifs permettra également de renforcer une dynamique de travail en équipe et dans des secteurs concernés et dans l'ensemble de l'institution et du territoire.

Strasbourg, Nancy, le 3 février 2025

A l'attention de Messieurs

le Dr. François BRAUN, conseiller médical du directeur général du CHR de Metz – Thionville et ancien ministre de la Santé et de la Prévention

le Pr. Enrique CASALINO, directeur médical, DMU INVICTUS, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

le Pr. Stéphane TRAVERS, médecin chef, Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris

Le Dr Christian POIREL, médecin chef, SDIS des Bouches du Rhône

Objet : Lettre de mission de pairs relative au temps d'attente des sapeurs-pompiers dans les services d'urgence des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS)

Monsieur le Ministre, Messieurs les professeurs,

Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) sont un établissement « *multisites* » de 2044 lits en « *médecine, chirurgie, obstétrique* » disposant de 2 structures d'urgences (SU) sur le site du Nouvel Hôpital Civil (NHC) situé au centre-ville de Strasbourg et celui de HautePierre en périphérie.

Ces deux SU sont confrontés, comme un certain nombre de structures sur le territoire national, à une saturation chronique de leurs capacités d'accueil. De façon régulière, cette saturation impacte fortement la fluidité des parcours de prises en soin des patients dès leur arrivée, avec pour conséquence une attente très importante des services de secours et des ambulances avant même l'admission des patients dans les structures. Cette situation obère les capacités des différents effecteurs (transporteurs sanitaires et SIS 67) à répondre à leur mission.

La situation a pris une acuité supplémentaire en décembre 2024 avec, dans le contexte épidémiologique de l'époque, un accroissement des délais d'attente des véhicules pouvant aller jusqu'à 7 heures.

Cette situation n'est cependant pas nouvelle, c'est pourquoi pendant toute l'année 2024, l'ARS a financé une Unité Sanitaire Mobile (USM) à l'entrée des urgences du NHC, afin de permettre une dépose rapide et sécurisée des patients en attendant leur prise en charge. Cette USM a été maintenue à date et son financement prévu encore sur le premier trimestre 2025. L'ARS accompagne de façon plus générale les HUS depuis de nombreuses années notamment à travers la feuille de route Urgences. De nombreuses mesures concrètes (mise en place d'un salon de sortie, d'une maison médicale de garde, USM, etc.) ont déjà été mises en œuvre dans ce cadre.

Cependant, la persistance des tensions récurrentes avec des temps d'attente toujours très élevés (notamment des VSAV) génère un très fort mécontentement du SIS 67 dont les personnels ont manifesté le 23 janvier dernier devant les locaux du SAMU 67. Il convient d'appréhender l'origine des difficultés et d'identifier des leviers qui n'auraient pas encore été mobilisés (en amont des urgences,



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



au sein du service et en aval de celui-ci). Si les temps d'attente se sont un peu améliorés en 2024, en comparaison à 2023, sur le site du NHC, ils se sont en revanche dégradés sur le site de HautePierre. Dans la mesure où il était prévu de désarmer l'USM au deuxième trimestre 2025, nous sollicitons votre expertise au moyen d'une mission d'appui de pairs « flash » au profit de l'établissement. Cette mission aura pour objectif d'identifier les difficultés du parcours patients à l'origine de ces temps d'attente et de déterminer les leviers et/ou actions prioritaires à mobiliser pour résoudre cette situation, tout particulièrement au profit du SIS 67 qui doit pouvoir conserver sa capacité opérationnelle de secours (outre le fait que ces temps d'attente sont de nature à poser des difficultés majeures en termes de fidélisation des sapeurs-pompiers volontaires et d'acceptation de mise à disposition par leurs employeurs).

Vous nous adresserez un rapport de mission ainsi que vos recommandations notamment concernant les points suivants :

- Identification des difficultés structurelles et/ou conjoncturelles contribuant au temps d'attente des différents acteurs notamment des VSAV, en analysant les éléments relevant de la phase préhospitalière (déclenchement, régulation, orientation, ...) et ceux de la phase hospitalière (organisation des urgences et de l'aval des urgences) ;
- Priorisation des actions dans une feuille de route au vu de l'importance des éléments contributifs de l'attente des VSAV ;
- Mise en place d'un dispositif d'évaluation et de suivi des impacts sur le temps d'attente des actions (gouvernance, outils, indicateurs,...).

Vous pourrez vous appuyer sur le guide des bonnes pratiques visant à proposer des mesures pour réduire les délais d'attente des sapeurs-pompiers aux urgences, afin de limiter les temps d'immobilisation des véhicules de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) et de leur équipage dans les établissements de santé, sans préjudice de la prise en compte première de l'état des patients/victimes, annexe de l'instruction ministérielle du 30 juillet 2021 relative à l'articulation entre secours d'urgence à personne et aide médicale urgente.

Afin de conduire votre mission, le Directeur de la Délégation Départementale de l'ARS, M. Frédéric Charles (frederic.charles2@ars.sante.fr) sera votre interlocuteur privilégié. Un appui logistique et administratif vous sera fourni par les services de l'ARS Grand-Est, afin que vous puissiez mener à bien votre mission.

Une restitution de vos travaux sera effectuée lors d'une réunion associant les différents partenaires (Préfecture du Bas-Rhin, Agence Régionale de Santé, Hospices Universitaires de Strasbourg, SIS 67).

Le début de la mission est souhaité dès que possible. Votre rapport définitif nous sera adressé au plus tard le **21 mars 2025**.

Très cordialement

M. le préfet du Bas-Rhin, préfet de la région
Grand-Est
Jacques WITKOWSKI

Mme la directrice générale
de l'ARS Grand-Est

Dr Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL

Christelle
RATIGNIER
CARBONNEIL ID

Signature numérique
de Christelle RATIGNIER
CARBONNEIL ID
Date : 2025.02.03
19:34:41 +01'00'