



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION N° DGOS/R2/2023/103 du 26 juin 2023 relative à la mise en place de plans d'actions territoriaux pour fluidifier les parcours d'aval des urgences en prévision de l'été

Le ministre de la santé et de la prévention

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SPRH2317253J (numéro interne : 2023/103)
Date de signature	26/06/2023
Emetteur	Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de l'offre de soins
Objet	Mise en place de plans d'action territoriaux pour fluidifier les parcours d'aval des urgences en prévision de l'été.
Commande	Piloter la mise en œuvre des mesures en termes de parcours des patients en aval des urgences aux différentes échelles (territoire-GHT, établissement, etc.)
Actions à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic territorial des difficultés et organisations déjà mises en œuvre ; - Concertation avec les acteurs ; - Définition d'un plan d'action, d'indicateurs et de circuits de remontée d'information ; - Mise en œuvre en prévision de l'été.
Echéance	1 ^{er} juillet 2023
Contact utile	Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau Premier recours (R2) Ornella GROS-FLANDRE Mél. : DGOS-R2@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexe	10 pages + 1 annexe (1 page) Annexe - Principaux axes du futur outil « indice de maturité » de la gestion de l'aval des urgences
Résumé	Piloter la mise en œuvre des mesures en termes de parcours des patients en aval des urgences aux différentes échelles (territoire-GHT, établissement, etc.)
Mention Outre-mer	Le texte s'applique en l'état dans l'ensemble des Outre-mer.
Mots-clés	Aval des urgences – Gestion des lits – Parcours.
Classement thématique	Etablissements de santé – Organisation

Textes de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Article R. 6123-21 et suivants du code de la santé publique ; - Circulaire n° DGOS/R2/2019/235 du 7 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non-programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements et groupements hospitaliers de territoire ; - Instruction n° DGOS/R3/2021/249 du 14 décembre 2021 relative à l'accompagnement financier pour la mise en place de dispositifs de gestion des lits (mesure 12 du Pacte de refondation des urgences « Fluidifier l'aval des urgences par l'engagement de tous en faveur de l'accueil des hospitalisations non programmées ») ; - Instruction n° DGOS/R4/2021/252 du 14 décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences visant à généraliser des organisations d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service hospitalier et à la réalisation d'un premier état des lieux au titre des années 2020 et 2021 ; - Instruction n° DGOS/R4/2023/43 du 19 avril 2023 relative à la poursuite de la mise en œuvre de parcours d'admissions directes non programmées pour les personnes âgées en service hospitalier afin de réduire les passages aux urgences évitables et à la réalisation d'un état des lieux au titre de l'année 2022.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Néant
Validée par le CNP le 23 juin 2023 - Visa CNP 2023-53	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Les professionnels sont confrontés très régulièrement à la difficulté d'identifier un lit d'hospitalisation pour les patients qui le nécessitent après leur passage aux urgences, ce qui génère nécessairement des problématiques de fonctionnement de la structure des urgences. L'allongement du temps passé par les patients aux urgences est susceptible d'entraîner des retards de prise en charge et donc de dégrader la qualité et la sécurité des soins, en particulier pour les patients fragiles, âgés ou poly-pathologiques.

La fluidification de l'hospitalisation des patients en aval des urgences renvoie dès lors à de multiples enjeux :

- Un enjeu de santé publique, en lien avec la qualité de prise en charge des patients accueillis aux urgences ;
- Un enjeu de pénibilité du travail pour les professionnels des urgences comme des autres services de l'établissement ensuite ;
- Un enjeu de performance de l'organisation des établissements ainsi que dans la gestion du capacitaire en lits ;
- Un enjeu de suivi et de prévention des tensions au niveau territorial pour les ARS.

Pour traiter cette problématique de saturation des urgences, il est indispensable que tous les acteurs, au sein de l'établissement de santé et dans les structures sanitaires et médico-sociales du territoire, se mobilisent fortement. En amont de la période estivale, qui peut accroître les tensions sur les capacités de prise en charge en aval des urgences, les acteurs du territoire doivent adopter une stratégie d'anticipation de l'organisation territoriale de l'offre de soins pour répondre aux besoins d'hospitalisation, sous l'égide de l'ARS. Cette stratégie inclut la mise en visibilité des organisations territoriales des parcours d'admissions directes pour les personnes âgées, comme demandé par l'instruction n° DGOS/R4/2023/43 du 19 avril 2023 visée en référence.

Comme en période de crise sanitaire, **une organisation à l'échelle territoriale est indispensable à la fluidification des parcours en aval** des structures des urgences. Le pilotage par l'Agence régionale de santé (ARS) au niveau de chaque territoire a vocation à mettre en réseau l'ensemble des acteurs (SAMU, établissements sanitaires et médico-sociaux publics et privés, URPS, etc.) afin de disposer d'une vision partagée des capacités d'hospitalisation du territoire (y compris en admissions directes en médecine-chirurgie et obstétrique (MCO) pour les personnes âgées) et de ses évolutions, de déployer une organisation du capacitaire adaptée aux variations de l'activité d'hospitalisation, en coordonnant l'ensemble des acteurs. **Il est notamment demandé qu'au 1^{er} juillet 2023, tous les territoires aient déployé une organisation de gestion des lits coordonnée, incluant les établissements publics comme privés. L'ARS désigne la structure coordinatrice de la gestion des lits. Par exemple, cette structure peut être l'établissement de santé pivot du groupement hospitalier de territoire (GHT), notamment pour les établissements publics, ou ce peut être une structure dédiée.** Enfin, il est recommandé que l'observatoire régional des urgences (ORU) ou le GRADeS organise avec l'ARS l'appui aux établissements de santé (ES) et Établissement ou service social ou médico-social (ESMS) pour fiabiliser le renseignement du répertoire national de l'offre et des ressources (ROR), y compris le ROR médico-social, la mise à disposition des données de synthèse du capacitaire en lits à destination des établissements et de l'ARS (accès en consultation directe des écrans sur le ROR ou via des applications connectées aux ROR, transmission de tableaux de suivi...).

Cette instruction fait état des actions prioritaires à mettre en place par les ARS, les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et l'ensemble des acteurs du système de soins impliqués (Hospitalisation à domicile, Dispositif d'appui à la coordination (DAC)) en anticipation des tensions sur l'aval de leurs structures en vue de la période estivale.

Mesures	Structures mettant en œuvre	Actions	Ressources humaines et matérielles à mobiliser
<p>(1) Organiser le pilotage de l'aval des urgences</p>	<p>Agence régionale de santé</p>	<p>Identifier les acteurs intervenant dans la prise en charge de la fluidification de l'aval des urgences à l'échelle régionale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier l'ensemble des parties prenantes au sein des ARS, notamment les référents urgences. - Une maille territoriale est à retenir. Il est demandé qu'au 1^{er} juillet 2023, tous les territoires aient déployé une organisation de gestion des lits coordonnée, incluant les établissements publics comme privés. L'ARS désigne la structure coordinatrice de la gestion des lits, qui peut notamment être l'établissement de santé pivot du groupement hospitalier du territoire (GHT) ou une structure dédiée. <p>Définir la stratégie à conduire pour chaque territoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier les ressources et capacités de chaque établissement (plateaux techniques mobilisables, offre de soins disponibles en période estivale). - Etablir les actions à conduire à l'échelle de chaque territoire sur la base prévisionnelle de l'activité estivale (voir 3). - Prioriser et coordonner les actions en mobilisant l'ensemble des acteurs (commissions des admissions et des soins non programmés, président de la commission médicale d'établissement - PCME...), y compris les actions d'organisation des solutions de transport pour les transferts inter-hospitaliers (TIH) urgents (en lien avec le SAMU). <p>Pour rappel, dans le cadre des dispositifs de gestion des lits « bed management » au niveau des GHT, des régions, et des établissements de santé publics et privés, au total entre 2020 et 2022 environ 100M€ ont été délégués au titre du Pacte de refondation des urgences sous forme de crédits AC non reconductibles, afin d'appuyer le développement des</p>	<p>ARS GHT, ES publics et privés (dont SAMU) et ESMS (notamment établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - EHPAD) Hospitalisation à domicile (HAD) Union régionale des professionnels de santé (URPS) (DAC) Transporteurs sanitaires</p>

		organisations de gestion coordonnée des lits à l'échelle des territoires et des établissements ainsi que l'acquisition d'outils de bed management au niveau établissement ou territorial devant alimenter automatiquement le ROR ¹ . Pour l'exercice 2022, ces crédits comprenaient notamment l'appui prioritaire à la création de cellules territoriales et de cellules de gestion des lits dans les établissements sièges de service d'urgence non encore dotés.	
	Etablissement de santé et ESMS (notamment EHPAD) HAD URPS DAC	<p>Définir le pilotage au sein de chaque structure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etablir/Définir le dispositif pilotage de la gestion des lits au niveau de la direction dans chaque structure, dans une logique de parcours avec identification des filières les plus en tension. Il peut notamment être prévu des conventions avec les autres établissements du territoire. <p>Et plus précisément, au sein des établissement de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévoir le pilotage du dispositif de gestion des lits par un binôme administratif et médical. - Impliquer l'ensemble des services de l'établissement, notamment pour les activités différemment impactées par la saison estivale. 	Au sein des ES : DG de l'établissement PCME Tous les services de l'établissement Département d'information médicale (DIM) Cellule de gestion des lits Assistentes sociales
(2) Assurer le suivi et la remontée d'indicateurs	Agence régionale de santé / Etablissement de santé	<p>Structurer la remontée de données des établissement de santé à l'ARS à l'échelle territoriale :</p> <p>1/ Définir les indicateurs de suivi d'activités des établissements et notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de passages au SU - Durée de passage, si disponible - Nombre d'admissions directes des personnes âgées de plus de 75 ans - Durées moyennes de séjour (DMS), notamment en UHCD - Mesure de l'activité programmée tenant compte de la diminution d'activité organisée pour l'été et de déprogrammations estivales 	ARS – ORU DIM Cellules et outils de gestion des lits ROR Besoin journalier moyen en lits (BJML) RPU

¹ INSTRUCTION N° DGOS/R3/2021/249 du 14 décembre 2021 relative à l'accompagnement financier pour la mise en place de dispositifs de gestion des lits dans le cadre de la circulaire n° DGOS/R2/2019/235 du 7 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements publics et privés et groupements hospitaliers de territoire.

		<ul style="list-style-type: none"> - Besoin journalier moyen en lits (BJML) adapté à la période estivale – y compris le cas échéant pour les territoires touristiques - Taux d'occupation de l'UHCD - Disponibilité des lits de SMSR <p>2/ Préciser les modalités et la fréquence des remontées (notamment des résumés de passage aux urgences (RPU) et préciser les fréquences de mises à jour du capacitaire en lits dans le ROR (si saisie manuelle)².</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encourager au sein des établissements de santé, la mise à disposition d'outils partagés permettant la visualisation des lits disponibles. - Mettre en œuvre un outil de visualisation de la disponibilité en lits au niveau régional. Cet outil devra à terme impérativement s'appuyer sur les données « lits » du ROR national³. 	
	Etablissement de santé	Réaliser une veille quotidienne , le cas échéant, des données identifiées (ci-dessus) avec transmission des données à l'ARS.	DIM Cellule de gestion des lits ROR BJML RPU
(3) Mettre en œuvre les actions permettant de fluidifier l'aval des urgences	A l'échelle de chaque établissement de santé		
	Etablissement de santé	<p>Organiser une cellule de gestion des lits avec un logiciel et des ressources humaines dédiés dans tous les établissements de santé sièges de SU non encore dotés, avec pour objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'assurer le suivi et la remontée des indicateurs, et notamment de visualiser la disponibilité en lits, les possibilités de prise en charge en aval des urgences mais également en aval de l'hospitalisation MCO, soins médicaux et de réadaptation (SMR), HAD, EHPAD). - D'établir une organisation et des procédures de la gestion des lits prévisionnelle pour la période estivale. - Tenir compte, dans la programmation de l'activité, du nombre de lits ouverts et des éventuelles réorganisations intervenant pendant la période estivale, 	Cellules et outils de gestion des lits ROR BJML Via trajectoire

² Sur les secteurs de soins critiques, une actualisation *a minima* quotidienne est attendue hors période de tension et une actualisation biquotidienne en cas de tensions.

³ Les modalités de consommation des données « lits » depuis le ROR national ont été spécifiées en 2022 et le webservice national standardisé sera opérationnel en septembre 2023. Pour toute question sur le sujet, les GRADES peuvent répondre aux questions et il est aussi possible de les adresser à : ans-ror@esante.gouv.fr; DGOS-PF5@sante.gouv.fr

		du BJML, des durées prévisionnelles de séjour, de l'activité non programmée et des admissions directes. - S'assurer pour les établissements du territoire de la mise en œuvre ou de la bonne prise en compte des différents leviers indiqués en annexe de l'instruction.	
	Etablissement de santé Direction de l'ES Président de la CME Cellule de gestion des lits Responsable de la structure des urgences	Actualiser/rappeler les règles de gestion de l'aval des urgences et de gestion des lits : - Mettre en œuvre des règles de gestion permettant de fluidifier l'aval des urgences (salons de sorties, organisation des interventions des ASH, prévision des sorties à J-1 a minima). - Rappeler ou établir le cas échéant les règles de gestion interne de l'hébergement. - Impliquer dans cette gestion les organisations d'admissions directes non programmées (hospitalisations complètes ou de jour) pour les personnes âgées en service de médecine ou de chirurgie ⁴ .	Cellules et outils de gestion des lits
	Etablissement de santé	Mettre en œuvre une commission des admissions dont le périmètre est le soin programmé et non-programmé.	Direction de l'établissement CME Cellules et outils de gestion des lits
	Personnels de la structure des urgences Services informatiques	Anticiper les demandes d'hospitalisation dès l'entrée aux urgences afin de réduire le délai entre l'arrivée du patient et la demande de lit le cas échéant.	- Cellule de gestion des lits - Dispositif de gestion des lits
	Etablissement de santé Médecins de l'établissement de santé	Déterminer l'éventuelle pertinence de la mise en œuvre d'une unité polyvalente de médecine , permettant d'augmenter les capacités de prise en charge en aval de la structure des urgences correspondant aux besoins particuliers (augmentation potentielle de l'activité non programmée, en particulier pour les ES en zone touristique) et aux réorganisations capacitaires prévues (diminution de l'activité programmée et éventuelle	Etablissement de santé Médecins de l'établissement de santé

⁴ Instruction n° DGOS/R4/2021/252 du 14 décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences visant à généraliser des organisations d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service hospitalier et à la réalisation d'un premier état des lieux au titre des années 2020 et 2021 et instruction n° DGOS/R4/2023/43 du 19 avril 2023 relative à la poursuite de la mise en œuvre de parcours d'admissions directes non programmées pour les personnes âgées en service hospitalier afin de réduire les passages aux urgences évitables et à la réalisation d'un état des lieux au titre de l'année 2022.

		fermeture de lits) dans le contexte estival, et rappeler l'efficacité de son pilotage par un médecin non-urgentiste.	
	SAMU Services d'hospitalisation (notamment gériatrie) EHPAD, SSIAD, Médecins généralistes	<p>Développer et rendre visibles les parcours d'admissions directes non programmées directement dans les services d'hospitalisation MCO en médecine et chirurgie, sans passer par la structure des urgences, lorsque cela est indiqué et prioritairement pour les patients âgés fragiles.</p> <p>Utiliser le dispositif des admissions directes non programmées (ADNP) afin de limiter des passages non nécessaires au SU.</p> <p>Pour la période estivale : prioriser les situations urgentes pour les entrées directes en EHPAD, notamment celles adressées par les CH.</p> <p>Pour rappel, une enveloppe de financement d'aide à la contractualisation (AC) a été déléguée progressivement à partir de 2019. Elle se compose d'une première enveloppe de 110 M€ en 2021 permettant d'accompagner les établissements et GHT dans le développement de ces organisations territoriales, ainsi que depuis 2022 d'une seconde enveloppe de 65 M€ afin de poursuivre le déploiement des organisations, en lien notamment avec les projets pilotes de service d'accès aux soins.</p> <p>À partir de 2023, cette enveloppe de 65 M€ sera progressivement allouée d'ici 2025 en fonction d'indicateurs au titre de l'incitation financière mise en place pour favoriser ces parcours d'admissions directes.</p> <p>Ainsi, 175 M€ ont été délégués chaque année pour la mise en oeuvre de parcours d'admissions directes non programmées pour les personnes âgées en service hospitalier afin de réduire les passages aux urgences évitables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Filières gériatriques (Appuis gériatriques territoriaux/Hotlines gériatriques) - Articulation avec le SAS pour l'organisation régionale - DAC Dispositif de gestion des lits
	Personnels de l'HAD Personnels de la structure des urgences	<p>Mobilisation de l'HAD en sortie des urgences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une procédure de mobilisation de l'HAD. - Evaluation précoce HAD pour les patients d'EHPAD. - Favoriser la présence d'une IDE de liaison au SU. 	

A l'échelle du territoire		
ARS SMR	Organiser l'articulation du MCO avec les Soins de Suite médicaux et de Réadaptation en lien avec les données remontées à l'ARS : - Modalités de priorisation des demandes pilotée par l'ARS pour libérer les lits de court séjour. - Mise en place des procédures d'admission accélérées avec les établissements demandeurs. Pour la période estivale : prioriser les situations urgentes pour les entrées directes en SMR, notamment celles adressées par les centres hospitaliers (CH).	
ARS Personnels de la structure des urgences et du SAMU EHPAD, médecins généralistes	Organisation de la prise en charge des personnes âgées en hébergement temporaire en EHPAD avant un retour à domicile dans le cadre du dispositif hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HTSH⁵)	Médecins coordonnateurs des EHPAD, médecins généralistes Appui des DAC
ARS EHPAD SAMU	Organisation de la continuité des soins la nuit en EHPAD	Médecins coordonnateurs et IDE des EHPAD SAMU
ARS Personnels de la structure des urgences notamment les assistants sociaux Personnels des DAC	Parcours spécifiques patients complexes, précaires et usagers fréquents des urgences ; identifier les patients nécessitant une prise en charge sanitaire et sociale pour éviter un second passage aux urgences (notamment PA isolées à l'approche de la saison estivale...)	Appui des DAC Appui des communes notamment pour l'identification des PA isolées.

L'aval des urgences est un sujet d'amélioration globale du parcours du patient dans l'établissement, mais aussi un sujet d'organisation sanitaire et médico-sociale à l'échelle d'un territoire, pour lequel une coordination importante des acteurs est à mener sous l'égide de l'ARS, comme l'illustrent la diversité et l'ampleur des mesures proposées dans cette instruction.

La période estivale est propice à majorer ces tensions. Les variations populationnelles liées à l'activité touristique, la disponibilité des professionnels de villes comme hospitaliers, la réduction de l'activité programmée tendent à complexifier l'exercice de programmation de l'activité estivale. Les mesures rappelées ci-dessus applicables dès cet été ou engageant des travaux à plus long terme visent toutes à organiser l'adaptation de nos établissements et de nos organisations aux besoins identifiés pendant la période d'été. La gestion de ces situations de tension estivale en établissement peut s'appuyer également sur les deux niveaux de gradation prévus en situations sanitaires exceptionnelles qui permettent de disposer d'une feuille de route partagée entre les acteurs (cf. guide de gestion des SSE).

⁵ Dispositif hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HTSH) de droit commun tel que prévu par l'instruction interministérielle n° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2022/108 du 12 avril 2022 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2022. Le financement du dispositif étant reconduit en 2023.

Un chantier pourra également être conduit à partir de l'été 2023 avec l'appui de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements sanitaires et médico-sociaux (ANAP) et de la Fédération des observatoires régionaux des urgences (FEDORU), pour diffuser et assurer l'appropriation de nouveaux outils organisationnels, par exemple de diagnostic et d'évaluation des mesures de fluidification des parcours d'aval déjà mises en œuvre. Vous trouverez en annexe, à titre d'information, les principaux axes du futur outil « indice de maturité » de la gestion de l'aval des urgences, qui permettra le diagnostic et l'évaluation des organisations de fluidification des parcours d'aval mises en œuvre (sources : ANAP et FEDORU).

Enfin, comme c'est le cas depuis 2020, des crédits vous seront délégués en AC pour améliorer la gestion des lits (100 M€ entre 2020 et 2022 et 35 M€ à déléguer en 2023). Il est vraiment essentiel que ces crédits soient utilisés à cette fin, comme ceux fléchés sur le dispositif « admission directe non programmée » (175 M€ dont 110 M€ en base).

Je sais pouvoir compter sur votre mobilisation sur ce sujet majeur qui requiert l'implication de tous.

Le ministre de la santé et de la prévention,

A stylized signature in black ink, appearing to read 'signé', is placed within a white rectangular box.

François BRAUN

Annexe

Principaux axes du futur outil « indice de maturité » de la gestion de l'aval des urgences
(sources : ANAP et FEDORU)

Bed Manager	+++	Existence de la fonction de Bed Manager pour l'activité non programmée dans l'établissement
	++	Participation du BM aux réunions opérationnelles de coordinations territoriales
	++	Présence de la fonction BM
	++	Connaissance par le BM des entrées programmées du lendemain (0 ou 4)
	++	Existence de la fonction de Bed Manager au niveau du territoire
	+++	Existence d'une commission des admissions non programmées (ou équivalent)
	++	Commission prenant en compte l'activité programmée (0 ou 4)
Pilotage	+++	Prévision du besoin d'hospitalisation post-urgences à partir du BJML ou équivalent
	++	Utilisation d'outil de visualisation de la disponibilité en lits du territoire
	++	Organisation de la gestion des lits à partir de la durée prévisionnelle de séjour (0 ou 4)
	+	Existence d'une cellule de veille en charge du suivi quotidien des indicateurs de tension
Outils	+	Utilisation de la base statistique de suivi des flux de Via Trajectoire
	+++	Outil de visualisation de la disponibilité en lits dans l'établissement
	++	Fréquence d'actualisation de l'outil de visualisation de la disponibilité des lits
Leviers Internes	++	Utilisation de l'outil par les médecins
	++	Mobilisation de l'assistante sociale dès l'admission si nécessaire
	+	Existence d'une unité d'hospitalisation post-urgences (non UHCD)
	+	Existence d'un salon de sortie
	+	Créneau de sorties d'hospitalisation
	+	Anticipation des sorties d'hospitalisation
Leviers Parcours	+	Organisation du ménage
	+	Existence d'un annuaire des spécialistes accessible directement par la médecine de ville
	+	Existence de plages de consultations non programmées de spécialité (dans les 48h)
	+	Possibilité d'admission directe dans certaines spécialités
	+	Existence de plages de consultations post-urgences de spécialité (dans les 10j)
	+	Mobilisation des dispositifs d'appui à la coordination (DAC, MAIA...) lorsque nécessaire
Procédures	+	Existence de conventions avec les SMR (ex SSR)
	++	Existence d'une procédure de règles d'hébergement
	++	Existence d'une procédure Plan Hôpital en Tension (Plan de Mobilisation Interne)
	+	Existence d'un listing des actions à mettre en place en cas de tension
	+	Formalisation du circuit de l'information et de communication
	+	Existence d'une procédure de passage EMG aux urgences (Equipe Mobile de Gériatrie)
	+	Existence d'une procédure d'accès réservés aux plateaux techniques pour les urgences
	+	Existence d'une procédure de mobilisation de l'HAD aux urgences et en UHCD
+	Existence d'une procédure de gestion des bed blockers	
+	Existence d'une convention de gestion des transports sanitaires	