

Organisation des urgences vitales intra-hospitalières : position du SNPHARE – juin 2026

Le Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs, élargi aux autres spécialités, a pris connaissance de la mission HAS concernant l'organisation des urgences vitales intra-hospitalières (UVIH). Le SNPHARE représente l'ensemble des anesthésistes-réanimateurs hospitaliers, mais aussi des médecins intensivistes-réanimateurs et des médecins urgentistes.

À la suite de **nombreuses** sollicitations de ses adhérents depuis plusieurs mois / années, le SNPHARE a mené une réflexion et élaboré des propositions. En effet, certains médecins, notamment anesthésistes-réanimateurs mais également exerçant d'autres spécialités, se retrouvent en grande difficulté sur ce sujet : ils se retrouvent au sein **d'injonctions contradictoires concernant la sécurité vitale immédiate de plusieurs patients**, dans le cadre, parfois même, d'organisations formalisées et sans prendre en compte cette difficulté ni même les intégrer à cette réflexion.

La saisine des sociétés savantes SFAR, SRLF et SFMU et l'implication du CNP ARMPO – dont le SNPHARE est une composante active – nous paraît très pertinente pour l'élaboration de recommandations.

Nous vous adressons ce document qui comporte deux parties

- La position du SNPHARE sur la mise en œuvre de l'organisation des UVIH
- Les réponses, lorsque cela nous été possible, aux questions de la mission HAS.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à cette contribution et sommes à votre disposition pour échanger de vive voix sur ce sujet.

A. Prérequis

1) Organisation à la main de chaque établissement

Participation de l'ensemble des disciplines et professions médicales.

Le travail doit être mené au sein d'une commission ou sous-commission spécifique comprenant au minimum des représentants médicaux et paramédicaux des spécialités compétentes en urgences vitales et des représentants des services qui peuvent être concernés (donc très larges), représentants de la CME, de la CSIRMT et de la direction.

Paramètres à prendre compte dans l'organisation :

- La nature et l'incidence des UVIH de l'établissement
- La taille de l'établissement, l'architecture des lieux et nombre de patients concernés (des équipes et des périmètres d'intervention différents pouvant être identifiés, par exemple : pédiatrie/adultes, chirurgie/médecine, médecine/psychiatrie).
- La charge en soins et sa répartition selon les périodes ouvrées et de permanences des soins : des équipes différentes peuvent être identifiées selon ces périodes en prenant en compte les activités déjà allouées à ces équipes, avec une procédure en jour ouvré/ une procédure sur période de PDS.
- Ressources humaines disponibles en jour ouvré / en période de PDS
- Respect des réglementations en ressources humaines des disciplines concernées

2) Définition d'une procédure écrite et validée par l'ensemble des parties, mentionnant :

- La procédure d'appel (journée, PDS), idéalement numéros uniques (cf. Partie B/ Question 2)
- Les procédures dégradées (2ème recours ou en cas de pannes)
 - 1^{er} médecin appelé non disponible ou ne répondant pas à l'appel
 - Panne des outils de communications
- Les procédures spécifiques (néonatalogie / pédiatrie / ou distinction des procédures de secteur "chirurgie" et secteur "médecine" quand il y a 2 réanimations sur site...)

3) Participation des professionnels (PM et PNM) à la validation des procédures :

- Doivent être validées en CME / COPS / CSIRMT / directoire... : pas de décision imposée par la direction sans construction par les acteurs de l'UVIH ni validation par les représentants élus des personnels

4) Règle d'or :

L'UVIH implique le déplacement physique immédiat d'un médecin senior (ou, par délégation, un DJ, un interne, un PADHUE) au chevet du patient. L'UVIH ne peut pas être prise en charge par un IPA MU, IADE ou IDE sans présence médicale. En revanche la présence d'IPA MU, IADE ou IDE (idéalement de réanimation) aux côtés du médecin (binôme médecin / paramédical) nous paraît souhaitable.

Personnels pouvant être responsables de la prise en charge de l'UVIH

	En autonomie et responsabilité
MAR posté en anesthésie (bloc opératoire)	Oui dans l'absolu, MAIS : - Ne doit pas avoir en charge de patient au bloc opératoire ou sur un autre plateau technique (interventionnel etc.) en même temps (attention aux périodes de PDS) ^{1 2} - Ne doit pas être le MAR dédié exclusivement à l'AR obstétricale (si maternité > 2000 accouchements/an)³
MAR ou MIR posté en réanimation Pédiatre réanimateur	Oui ⁴ Attention pour la PDS : s'il assure la garde de réanimation seul, et a fortiori sans garde d'interne/DJ, il ne peut pas s'éloigner de l'unité de réanimation ou plateau de soins critiques. En jour ouvré, si la PEC des UVIH revient au MAR/MIR de réanimation, il le fait sur un poste dédié à l'activité transversale clinique ("hors les murs"). Le même raisonnement s'applique au pédiatre réanimateur.
Médecin urgentiste (diplômé MU ou équivalent)	Oui Attention si un seul urgentiste sur site. L'activité du SAU doit être prise en compte. Même attention si MU posté en SMUR selon l'activité du SMUR.
Médecin du service dans lequel survient l'UVIH	Oui, uniquement s'il a une compétence en médecine d'urgence ou en soins critiques.

Quoi qu'il en soit, l'équipe médicale / paramédicale présente sur place démarre sans délai le cas échéant les gestes de premiers secours, incluant l'appel de l'équipe UVIH (si présente sur site) ou, en l'absence de compétence UVIH sur site, du SAMU.

¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000549818/>

² Présence du médecin anesthésiste-réanimateur sur le site :
<https://www.snphare.fr/fr/blog/posts/presence-du-mar-sur-site---avis-du-conseil-national-professionnel-darmpo-sur-larret-de-la-cour-de-cassation>

³ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000756322/>

⁴ Décret n°2022-694 du 26 avril 2022 - art. 1

5) Avant la détection, la question de la prévention

- **Identification des patients à risque** : un nombre significatif de ces UVIH peuvent probablement être évitées par une identification précoce des malades à risque d'aggravation et leur éventuel transfert précoce en USIP, USI de spécialité ou unité de réanimation.
- Ressources humaines (PM et PNM) en secteur d'hospitalisation : **question des ratios de soignants par patient hospitalisé**. La prévention est indissociable de la question des ratios. Ceux-ci doivent permettre d'assurer la qualité et la sécurité des soins mais aussi la sécurité du travail auprès des malades. Pour cela, les ratios doivent être définis en concertation avec les acteurs concernés et validés en instance.
- **Les capacités d'hospitalisation en soins critiques** : de même qu'il faut des moyens en amont des UVIH (ratios soignants en service conventionnel, formation...), l'identification des patients à risque ou des UVIH n'a pas de sens si on n'a pas les moyens en aval immédiat de ces UVIH. Ces prises en charge nécessitent d'hospitaliser rapidement un certain nombre de patients. A cet égard, beaucoup d'unités d'USIP ou de réanimation affichent des taux d'occupation trop élevés qui les contraignent à adopter des politiques d'admission "fermées".
- **La formation des personnels (et la mise à jour des connaissances)** : elle est indispensable et ne peut être contournée au prétexte de l'utilisation d'outils de détection. Ces derniers sont complémentaires et leur utilisation nous paraît souhaitable.
- **Responsabilisation et suivi, au niveau du service**, de la vérification du matériel de l'UVIH (chariot d'urgence...)

6) Niveau d'engagement thérapeutique et directives anticipées :

On ne peut pas parler de détection des UVIH sans aborder la question du niveau d'engagement thérapeutique tant la fréquence de ces questionnements est élevée et tant les enjeux sont importants. Aussi, la période de permanence des soins cristallise-t-elle les risques de prise en charge inadaptée. Ainsi, il nous paraît souhaitable de généraliser, sur l'établissement, les procédures de définition préalable du niveau d'engagement thérapeutique (type *procédure NET*) pour tout patient hospitalisé : avec une procédure discutée et validée en CME. Ceci doit faire l'objet d'un axe de réflexion dédié de la commission ou du groupe de travail local sur les UVIH ou, idéalement, d'un travail préalable et dédié à cette question (information, recueil et traçabilité des directives anticipées, niveau d'engagement, traçabilité, procédures collégiales et procédures de sédation profonde et continue jusqu'au décès).

B. Reprise de la note de cadrage de l'HAS

(Prise en charge UVIH - https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2026-04/dir3/reco_641_label_sfar_uvih_note_de_cadrage_mel.pdf)

1. Chez les patients présentant une urgence vitale intra-hospitalière, Quels moyens (des scores de détection, signes cliniques) permettent de déclencher une procédure UVIH permet-elle d'améliorer la qualité de prise en charge ?

Cette question, une fois les préalables exposés plus haut, relève des sociétés savantes.

2. Chez les patients présentant une urgence vitale intra-hospitalière, l'utilisation d'un numéro de téléphone unique pour le déclenchement d'une procédure UVIH permet-elle d'améliorer la qualité de prise en charge ?

La réponse à cette question relève des sociétés savantes.

Si le déclenchement de l'UVIH par numéro unique est retenu, il ne faut pas qu'il empêche une structuration locale souple de l'ensemble de la procédure. Le cadre du "numéro unique" ne doit pas interdire que plusieurs équipes se partagent la gestion géographique ou temporelle des UVIH, ni empêcher l'existence d'un 2nd recours d'une autre équipe. Il ne faut pas que le déclenchement par l'appel d'un numéro unique oblige des professionnels à prendre en charge des patients pour lesquels ils ne sont pas formés / hors de leur cadre de compétence...

Le téléphone / numéro dédié doit être indiqué dans chaque salle de soin, bureau médical et sur le chariot d'UVIH. Les indications doivent être parfaitement claires et lisibles et doivent préciser le numéro, les spécificités selon la période, et le cas échéant l'appel au médecin responsable/en charge de l'unité. La procédure affichée doit également mentionner l'appel de renfort en cas de transfert (brancardier...) et la procédure dégradée notamment en cas d'indisponibilité de l'équipe UVIH.

Il faut une solution technique avancée avant la mise en place du numéro unique.

3. Chez les patients présentant une urgence vitale intra-hospitalière, une régulation de l'appel par un intervenant non-membre de l'équipe d'intervention améliore-t-elle la qualité de prise en charge ?

Cette question relève des sociétés savantes.

4. La standardisation et la gestion des équipements et médicament d'urgence devant être disponibles dans les services d'hospitalisation (chariot d'urgence) par une équipe multidisciplinaire permet-elle d'améliorer la qualité de prise en charge des patients présentant une urgence vitale intra-hospitalière ?

Procédure d'appel indiquée dans chaque salle de soin, bureau médical et sur le chariot d'UVIH.

La localisation du chariot doit être standardisée.

Le chariot UVIH doit répondre des besoins des patients concernés et de la sécurité au travail des agents impliqués.

- Une partie constante qui permet aux professionnels de garder les repères fondamentaux pour toute UVIH quel que soit le secteur : matériels et médicaments communs à tous les chariots de l'établissement, composition définie par la commission, rangement du chariot et étiquetages standardisés
- Partie variable : matériel et médicaments spécifiques aux pathologies et complications spécifiques d'un service, composition définie par chaque service (exemple : pince de Laborde en ORL, pince ôte-élastiques en chirurgie maxillo-faciale, spécificités pédiatriques).

Badge / clé spécifique permettant l'accès à tout service et l'accès prioritaire aux ascenseurs.

5. Quels équipements spécifiques doivent être amenés par l'équipe de réanimation spécialisée afin d'améliorer la qualité de prise en charge des patients présentant une urgence vitale intra-hospitalière ?

Sac de l'équipe UVIH : Composition décidée par la commission et l'équipe désignée

Logistique et équipement de brancardage :

- Accès sans limitation à tous les secteurs où l'équipe d'UVIH peut intervenir, pour tous les personnels susceptibles d'intervenir
- Solution technique pour organiser la priorité de l'équipe d'UVIH aux ascenseurs
- En cas de transfert du malade vers un autre service, mise à disposition des brancardiers pour la partie brancardage du transfert
- Hors choix d'une unité de lieu (cf. Périmètre d'intervention), le brancardage doit aussi être mobilisable pour le cas d'une UVIH dans les parties communes du CH, hors des services d'hospitalisation (hall, couloirs, salles d'attente des plateaux de consultation...)

6. Chez les patients présentant une urgence vitale intra-hospitalière, la mise à disposition et l'utilisation d'aides cognitives dans les services permet-elle d'améliorer la qualité de prise en charge ?

Cette question relève des sociétés savantes.

7. Chez les patients présentant une urgence vitale intra-hospitalière, quelle est la composition minimale de l'équipe spécialisée devant être déclenchée afin d'améliorer la qualité de prise en charge ?

Doit être composé d'un binôme :

- médecin sénior (ou médecin avec délégation) compétent en UVIH
- IDE ayant des compétences dans la prise en charge des UVIH (IADE, IDE du service des urgences, IDE de réanimation, IPA)

8. Chez les patients présentant une urgence vitale immédiate, quelles modalités de mise en place doivent être instaurées par les établissements et les équipes afin d'améliorer la qualité de prise en charge ?

La question n'est pas clairement formulée :

- S'agit-il des modalités pour mettre en place la procédure dans l'établissement ?
- Ou des modalités spécifiques de prise en charge des patients dont l'urgence vitale est "immédiate" ?

9. Chez les patients présentant une urgence vitale intra-hospitalière, quelles modalités de suivi de la filière UVIH doivent être instaurées permet-il d'améliorer la qualité de prise en charge ?

Suivi des appels avec Retex, RMM et bilan annuel.

Une solution par application mobile sur le modèle de "Réarefus" pourrait permettre d'implémenter en temps quasi réel un registre local (items à renseigner devant être définis localement selon la procédure pour permettre son amélioration)

10. Chez les patients présentant une urgence vitale intra-hospitalière, quelle équipe est responsable d'informer les proches et de gérer les procédures administratives en cas de décès à la suite d'une intervention UVIH, afin d'améliorer la qualité de la prise en charge ?

En jour ouvrable ou en période de PDS pour les services couverts par une garde ou une astreinte, c'est le médecin en charge ou de garde ou d'astreinte qui doit informer les proches (aggravation de l'état de santé, transfert en réanimation, au bloc opératoire ou décès) et réaliser les démarches administratives (mise à jour du dossier médical, certificat de décès, annulation de RDV pour examens complémentaires...). Dans les autres cas, c'est le médecin qui constate le décès.

11. Chez les professionnels de santé, hors équipe UVIH, quelles modalités de formation initiale et continue doivent être proposées afin d'améliorer la qualité de prise en charge des UVIH ?

Cette question relève des sociétés savantes.

12. Dans les établissements sans présence médicale 24h/24, quelles sont les modalités organisationnelles améliorant la qualité de prise en charge des UVIH ?

La procédure locale doit définir les critères d'appel au 15 et les critères d'appel d'une ligne d'astreinte pour les UVIH qui ne sont pas "immédiates".

13. Dans les établissements ayant une activité mixte adulte et pédiatrique, faut-il distinguer deux procédures UVIH différentes (adulte et enfant) afin d'améliorer la qualité de la prise en charge ?

Cette question doit être discutée avec les acteurs du site et donc selon le site : pédiatres non réanimateurs, pédiatres réanimateurs, MAR, MIR et MU. La procédure doit prendre en compte l'exigence d'expertise pédiatrique comme l'exigence d'expertise des urgences vitales, et arbitrer selon les ressources et expertises disponibles localement. Les soins doivent aussi être organisés selon les compétences médicales conformément au Code de Déontologie (articles R4127-40 et R4127-70).

14. Dans les établissements de santé, la distinction entre deux procédures de parcours UVIH (une pour les patients hospitalisés et une pour les visiteurs) permet-elle d'améliorer la qualité de la prise en charge des urgences vitales par rapport à une procédure unique pour les deux populations ?

Cette distinction ne nous paraît pas souhaitable.

Toutefois, les situations concernant les visiteurs peuvent avoir lieu dans des locaux éloignés des services (donc éloignés de l'équipe d'UVIH). Aussi, ces locaux pouvant s'apparenter à la voie publique (voies de circulation internes à l'établissement, parking, parvis...) ou à des lieux spécifiques (hélistation, ateliers, garages, locaux techniques à risques spécifiques comme ceux des gaz médicaux ou alimentation électrique...), dans ces cas, la (re)qualification en UVEH doit être privilégiée et doit permettre l'intervention de l'équipe de SMUR voire des pompiers.