

« Pour un Pacte de Refondation des Urgences »

RAPPORT

DE
THOMAS MESNIER
DEPUTE DE CHARENTE
ET
DU PROFESSEUR PIERRE CARLI
PRESIDENT DU CONSEIL NATIONAL DE L'URGENCE HOSPITALIERE

Avec le concours de Stéphanie FILLION et Hamid SIAHMED,
membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Décembre 2019

LA GRADATION DES STRUCTURES DE MÉDECINE D'URGENCE

LA GRADATION DES STRUCTURES DE MEDECINE D'URGENCE.....	139
1 INTRODUCTION	141
2 LA NOTION DE GRADATION DES STRUCTURES D'URGENCE	141
2.1 LA NOTION DE GRADATION DANS LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES HOSPITALIERES.....	141
2.2 LES CONDITIONS SPECIFIQUES D'IMPLANTATION DES DIFFERENTES MODALITES	143
3 UNE SITUATION DEGRADEE LIEE A UNE FORTE TENSION.....	143
3.1 LA MEDECINE D'URGENCE EST A BOUT DE SOUFFLE.....	143
3.2 LE NOMBRE DE STRUCTURES EST STABLE MAIS LES PASSAGES AUGMENTENT A UN RYTHME REGULIER	145
3.3 LES SITUATIONS SONT TRES HETEROGENES SUR LE TERRITOIRE ET LES EFFECTIFS SONT SOUS TENSION.....	146
4 QUELLES MESURES PRENDRE POUR AMELIORER DURABLEMENT LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES ?	149
4.1 POSER UN PRINCIPE STRUCTURANT ET LE DECLINER EN OBJECTIFS.....	149
4.2 REVISER L'ARCHITECTURE GLOBALE DES URGENCES DANS UN CADRE TERRITORIAL EN INSERANT L'ANTENNE DE MEDECINE D'URGENCE.....	150
4.3 CREER UNE NOUVELLE MODALITE D'ACCUEIL NON-H-24 : L'ANTENNE DE MEDECINE D'URGENCE	151
4.3.1 <i>Poser le cadre juridique de l'antenne de médecine d'urgence.....</i>	<i>151</i>
4.3.2 <i>Définir les modalités et critères de mise en œuvre de l'antenne de médecine d'urgence</i>	<i>152</i>
RECOMMANDATIONS	154

1 Introduction

La problématique de la gradation des structures de médecine d'urgence s'inscrit dans la mesure 7 « Mieux utiliser les compétences médicales et soignantes rares en graduant les services d'urgence... » du pacte de refondation des urgences présenté par la ministre des Solidarités et de la Santé le 9 septembre 2019.

Un des leviers de transformation du système de santé réside dans la rénovation du régime des autorisations d'activité et d'équipements.

Ainsi, la réforme des autorisations contribuera à mettre en œuvre des engagements majeurs du programme « Ma santé 2022 » dont le pacte de refondation des urgences constitue un pan entier.

L'ambition de cette réforme doit, entre autres, permettre l'émergence d'une logique globale de gradation territoriale de l'offre de soins en s'appuyant, autant que possible, sur des systèmes de seuils d'activité avec le souci du renforcement de la qualité et de la pertinence des soins.

Les enjeux de cette démarche portent sur la définition d'une organisation territoriale structurée, graduée avec une double exigence de qualité améliorée et de sécurité garantie.

2 La notion de gradation des structures d'urgence

L'activité de médecine d'urgence est autorisée selon trois modalités. La régulation des appels est faite par les **services d'aide médicale urgente** (SAMU). Une prise en charge adaptée à l'état de la personne est mise en œuvre au domicile ou sur la voie publique, lieu de travail, etc. Pour les patients dont le risque vital est engagé ou nécessitant un transport médicalisé urgent vers un plateau technique, elle est assurée par la **structure mobile d'urgence et de réanimation** (SMUR), qui peut être une structure permanente ou saisonnière. Dans ce cas, le médecin régulateur du SAMU détermine la destination hospitalière du patient : **structure des urgences** (SU) disposant du plateau technique le plus adapté à son état ou filière de soins spécialisée dont il relève. Le SMUR assure le transport médicalisé vers le service d'hospitalisation.

Dans certains territoires où le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes, des **médecins correspondants du SAMU (MCS)**, médecins de premier recours formés à l'urgence, peuvent intervenir dans l'attente du SMUR, sur demande de la régulation médicale. Les structures d'urgence accueillent également les patients se présentant directement, de leur propre initiative ou sur avis médical notamment du SAMU centre 15.

2.1 La notion de gradation dans la prise en charge des urgences hospitalières

Appliqué au système de santé, ce terme de gradation est polysémique et, à cet égard, doit être précisé afin de cadrer au mieux les débats.

Ainsi qu'il a été énoncé par le président de la République lors de la présentation du plan Ma Santé 2022, « la révision [des activités hospitalières soumises à autorisation] se fera dans une logique de gradation des soins entre proximité, soins spécialisés, soins de recours et de référence, organisées à des échelles territoriales nécessairement différentes et en s'appuyant sur des seuils d'activité quand cela est pertinent au regard des enjeux de qualité et de sécurité des soins ».

Cette notion appliquée à des structures d'urgence, par définition étroitement liées aux autres services d'activités médicales et aux plateaux techniques, justifie une approche systémique. En effet, il est délicat de dissocier les différentes structures ou services en raison de leur intime imbrication. Il est donc utile de rappeler qu'une prise en charge optimale doit s'inscrire dans une logique de **parcours de soins gradué, articulé et coordonné**.

En l'état actuel des choses, on distingue plusieurs types de gradation pour assurer une prise en charge de la médecine d'urgence hospitalière. On peut apprécier le niveau de prise en charge selon :

- La prise en charge au sein de l'établissement autorisé, du fait de besoins à couvrir (soins spécialisés voire hyperspécialisés plus restreints car ils nécessitent des moyens humains -en volume et expertise- et matériels importants pour assurer des soins dans des conditions de qualité et de sécurité optimales) ;
- Le niveau de l'établissement autorisé à l'activité d'urgence, en lien direct avec le niveau des autres activités et équipements autorisés au sein de l'hôpital. Désormais, la logique territoriale promue au sein des groupements hospitaliers de territoire⁷⁹ (GHT) s'impose et donne un sens plus large à la notion d'établissement de santé *stricto sensu* à la faveur d'une approche de groupe hospitalier de territoire.

La médecine d'urgence est une des activités de soins soumise à autorisation⁸⁰. Issues d'une longue histoire, les urgences au sens large du terme ont fait l'objet de nombreux rapports et ont connu des réformes plus ou moins profondes.

Pour mémoire

- ⇒ Les décrets de mai 1995 puis de mai 1997 ont structuré la médecine d'urgence en la répartissant en UPATOU, SAU et SMUR avec l'objectif d'amener les dispositifs d'urgence au plus près du patient :
 - les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) au niveau d'équipement le plus élevé étaient prévus pour traiter tous les types d'urgence ;
 - les unités de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences (UPATOU) devaient prendre en charge les cas plus simples ;
 - les pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences (POSU) capables de prendre en charge exclusivement des enfants ou des urgences lourdes dans des domaines spécifiques comme la cardiologie ou la chirurgie de la main.
- ⇒ Les décrets de mai 2006 ont supprimé la distinction entre UPATOU et SAU avec l'objectif d'assurer une prise en charge identique en tout point du territoire. Les ex-POSU, devenus plateaux techniques spécialisés sont désormais décrits en dehors des modalités pour les structures des urgences, à l'exception des POSU pédiatriques.

Depuis 2006, **trois modalités d'autorisation de médecine d'urgence** existent et s'articulent entre elles pour répondre au mieux aux besoins de la population et apporter une continuité de prise en charge des patients.

- **SAMU centre 15** : La régulation des appels adressés au **service d'aide médicale urgente (SAMU)**

⁷⁹ Les GHT ont été créés par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et concerne les établissements publics de santé.

⁸⁰ Cf. annexe 1 : Extrait du Code de la santé publique sur les 3 modalités de la médecine d'urgence.

- **SMUR** : La prise en charge des patients par la **structure mobile d'urgence et de réanimation** (SMUR), et le SMUR pédiatrique, spécialisé dans la prise en charge et le transport d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons.
- **Structures d'urgence** : La prise en charge des patients accueillis dans la structure d'urgence accueillant tout patient ou dans la structure d'urgence pédiatriques dérogeant au principe d'accueil de tout public, et ne prenant en charge que les enfants.

Les modalités techniques énoncées dans le Code de la santé publique permet de comprendre les logiques sous-jacentes de prise en charge⁸¹. Relevant du régime des autorisations, les normes édictées sont nombreuses et détaillées. En cela, une forme de complexité du système est introduite. Pour autant, cela est nécessaire pour garantir des exigences minimales de sécurité. Dès lors, toute modification ou complément apportés au dispositif de prise en charge des urgences doit en passer par une adaptation des autorisations.

2.2 Les conditions spécifiques d'implantation des différentes modalités

Les conditions d'implantation ainsi que les conditions techniques de fonctionnement sont prévues dans le Code de la santé publique. Elles déterminent les règles impératives que doit respecter l'établissement dans son organisation et son fonctionnement en particulier l'appellation structure des urgences, doit correspondre à quatre critères : la présence de médecins urgentistes, la présence d'une unité d'hospitalisation de courte durée, la permanence H24 et l'accueil de tout public.

Ainsi l'articulation d'une autre modalité comme l'antenne de médecine d'urgence (*cf. infra*) doit prendre en compte ces éléments pour s'insérer de façon cohérente et adaptée dans le territoire. La mise en place d'antenne de médecine non H24 devra nécessairement s'articuler avec les modalités existantes et être soumis au régime des autorisations pour encadrer son implantation et fonctionnement qui exigent le respect de critères stricts.

3 Une situation dégradée liée à une forte tension

3.1 La médecine d'urgence est à bout de souffle

En 2017, en France métropolitaine et Outre-mer, 713 structures des urgences (service de santé des armées (SSA) compris), situées dans 637 établissements de santé ont traité 21,4 millions de passages, soit une progression de 2,1 % par rapport à 2016⁸².

Cette progression prolonge la tendance observée depuis une vingtaine d'années. Le tome I de ce rapport a analysé en détail les causes de cette augmentation notamment celle liée à la prise en charge par défaut par les structures d'urgences hospitalières de patients qui pourraient bénéficier de parcours de soins ambulatoires.

⁸¹ Cf. Code de la santé publique en particulier les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement ; article R. 6123-1 et suivants et articles D. 6124-1 et suivants.

⁸² Un établissement peut avoir une structure d'urgences générales et une structure d'urgences pédiatriques.

Aux côtés des structures des urgences hospitalières⁸³, 101 SAMU et 459 implantations de SMUR et 69 antennes de SMUR assurent l'orientation, la prise en charge pré-hospitalière et le transport des malades.

Tableau 1 : Nombre d'autorisation dans les établissements tout statuts* confondus

Structures d'urgence**	713
SMUR**	528
SAMU	101

Source : Retraitement mission, données DREES 2017, décembre 2019.

Note de lecture : - statuts public, privé lucratif ou d'intérêt collectif.

- les structures d'urgence ou SMUR regroupent des structures générales, pédiatriques ou mixte.

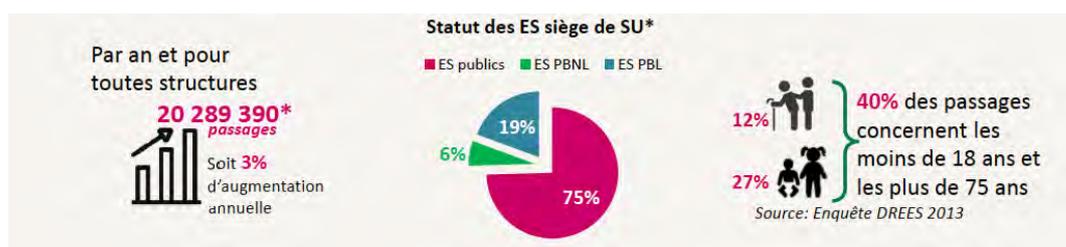
La médecine d'urgence est prise en charge essentiellement par le secteur public, qui concentre 77 % des structures des urgences, tandis que 18 % d'entre elles dépendent du secteur privé à but lucratif et seulement 6 % des ESPIC. La quasi-totalité des SMUR (98 %) sont implantés dans des établissements publics et les Samu sont exclusivement publics.

Des services spécialisés en pédiatrie ou des filières d'accueil spécifiques complètent le dispositif. En effet, 13 % des 713 structures des urgences et 5 % des SMUR ont une autorisation d'urgences pédiatriques, indiquant une prise en charge exclusive des enfants au sein de l'entité géographique.

Dans les structures des urgences générales, les patients de moins de 18 ans représentent 21 % des passages en 2017 (22 % en 2016). Le cas échéant, la prise en charge de ces enfants est organisée au sein d'une filière de soins spécifique, en collaboration avec une structure de pédiatrie.

Par ailleurs, si 23 % des structures des urgences relèvent du secteur privé ou ESPIC, c'est le cas de 5 % seulement de celles qui sont autorisées en pédiatrie.

Graphique 1 : Analyse détaillée des passages aux urgences



Source : DREES, panorama des établissements 2017, données 2015.

Tableau 2 : Analyse quantitative de l'activité des structures d'urgence

Nombre moyen de passage par an et par service	28 000
Part des structures d'urgence traitant plus de 40 000 passages/an*	22 %
Part des structures d'urgence traitant moins de 30 000 passages/an	63 %
Part des structures d'urgence traitant moins de 15 000 passages/an	20 %

⁸³ Source : DREES, Données SAE, 2017.

Source : DREES, panorama des établissements 2017, données 2015.

Il est à noter que 20 % des établissements faisant plus de 40 000 passages par an font 40 % de l'activité des structures d'urgence.

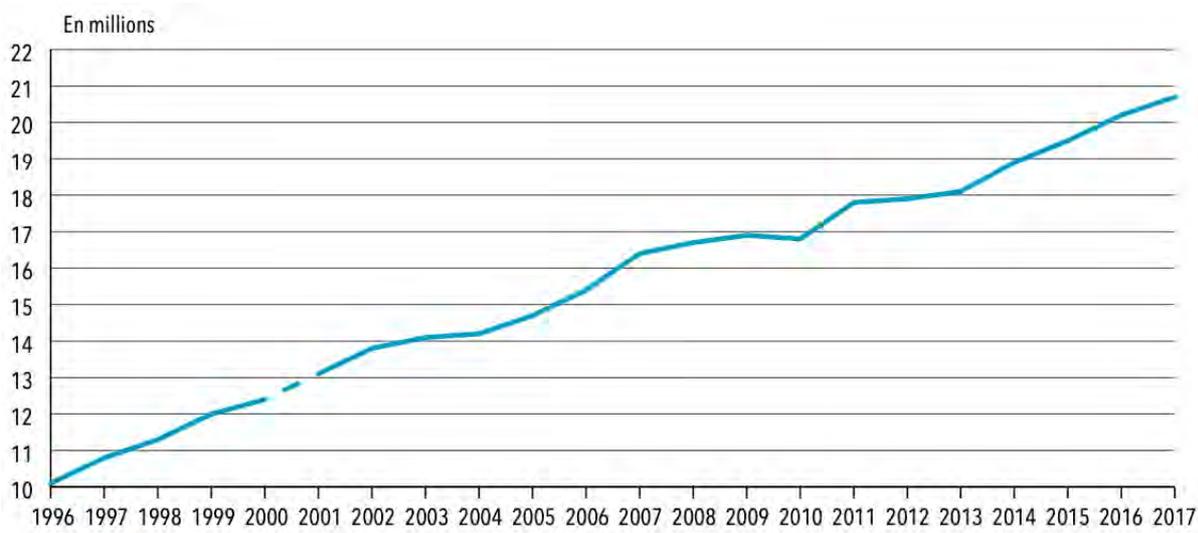
Dans les structures d'urgence soumises à une forte tension, les situations deviennent parfois ingérables. L'afflux de patients provoque des situations de crise pouvant conduire à des pertes de chances de patients se dirigeant spontanément vers une structure ne pouvant plus, exceptionnellement assurer sa mission d'accueil du public en toute sécurité. A elles seules, ces situations rares mais graves justifient des mesures fortes. C'est bien dans une approche globale et multiforme qu'une solution peut être trouvée.

L'ensemble de ces éléments révèle une grande diversité des structures. C'est pourquoi, les réponses aux difficultés ne peuvent pas être globalisantes. Au contraire, une vision fine des territoires est indispensable et une certaine souplesse dans le cadre de dérogation possible s'avère judicieuse. Il y a des effets domino entre petites et grosses structures, localisation territoriale, pénurie des personnels médicaux, etc. que les ARS doivent être en mesure d'appréhender et adresser avec les outils à leur main.

3.2 Le nombre de structures est stable mais les passages augmentent à un rythme régulier

Le nombre annuel de passages continue de progresser à un rythme régulier. Pour la France métropolitaine, hors SSA, le nombre annuel de passages s'établissait à légèrement plus de 10 millions en 1996. Comme l'indique le graphique ci-après, il est depuis en augmentation constante de 3,5 % en moyenne chaque année, excepté en 2010, et atteint près de 21 millions de passages en 2017.

Graphique 2 : Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996



Source : DREES, SAE 1996-2017, traitements DREES.

La part des passages aux urgences du secteur privé (à but lucratif ou ESPIC) est stable depuis 2010 et s'établit à 18 % en 2017. La permanence des soins est en effet ouverte à l'ensemble des établissements de santé y compris aux cliniques privées depuis la loi du 21 juillet 2009 dite loi HPST.

Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 101 services d'aide médicale urgente (SAMU) et 459 implantations de SMUR et 69 annexes mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) assurent l'orientation, la prise en charge pré-hospitalière et le transport des malades. Dans certains territoires, en particulier lorsque le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à 30 minutes, des médecins correspondants du SAMU (MCS), médecins de premier recours formés à l'urgence, peuvent intervenir dans l'attente du SMUR, sur demande de la régulation médicale.

Compte tenu de la place des structures de médecine d'urgence dans le système hospitalier avec, en particulier, les structures d'urgence devenues l'un des principaux points d'entrée de l'hôpital, cette saturation met en grande tension l'ensemble des services hospitaliers. Elle crée un grand mécontentement des usagers et génère une grande frustration des professionnels. Conjugée aux problèmes de démographie médicale, cette situation hétérogène sur le territoire crée un déséquilibre et met à l'épreuve l'organisation hospitalière.

Dans l'incapacité d'assurer leurs lignes de garde, comme évoqué précédemment, certains établissements se retrouvent dans l'obligation de fermer leurs structures d'urgences, et pour tenter de l'éviter choisissent de sacrifier des lignes de garde du SMUR. Ils fragilisent ainsi le maillage territorial de la réponse aux urgences vitales en découvrant ainsi les populations les plus éloignées des structures des urgences dans l'espoir de faire baisser une tension à l'hôpital souvent liée à l'afflux patients en majorité non graves. Ainsi paradoxalement, des SMUR, alors que le nombre d'urgences vitales reste stable, se retrouvent par siphonage de leurs moyens médicaux vers les structures d'urgence dans de grandes difficultés et fonctionnent en mode dégradé. Cette dégradation est un grave dysfonctionnement et en aucun cas une option d'organisation pérenne.

Le recours excessif à l'intérim, devenu très onéreux et conjugué au non-respect de la réglementation quant à la rémunération, pose de nombreux problèmes. De surcroît, les intérimaires ne s'inscrivent pas dans une logique d'équipe en faveur de la prise en charge au long cours des patients. Ce recours met en péril le bon fonctionnement de l'institution alors qu'il est censé être utilisé pour le préserver.

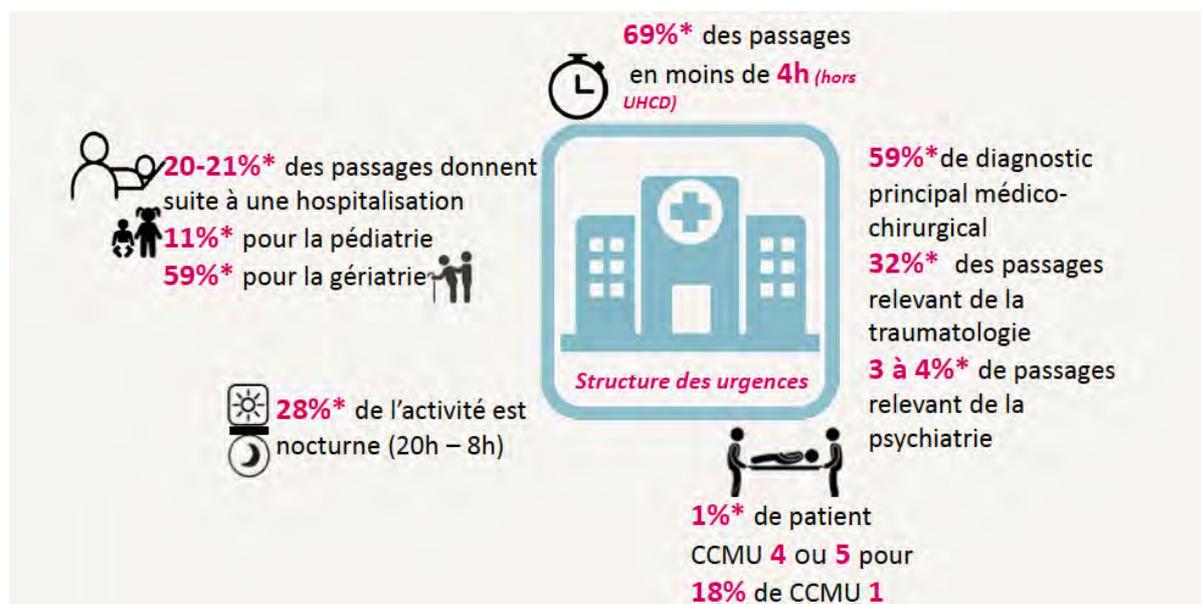
Cette situation paradoxale cumule les difficultés d'ordre juridique, éthique, financier et organisationnel.

3.3 Les situations sont très hétérogènes sur le territoire et les effectifs sont sous tension

Les structures d'urgence sont majoritairement de petite taille

Les structures des urgences accueillent chacune, en moyenne, 30 100 patients par an, le nombre moyen de passages étant plus faible dans les services pédiatriques (26 700 passages par an en moyenne) que dans les structures des urgences générales (30 600 passages par an). Par ailleurs, les structures générales des établissements privés à but lucratif sont de plus petite taille que celles des établissements publics et enregistrent en moyenne 22 800 passages annuels, contre 33 100 dans le secteur public. Tous secteurs confondus, les petites unités sont les plus nombreuses : 20 % des unités d'urgences traitent moins de 15 000 passages par an et 61 %, moins de 30 000. À l'opposé, 23 % des structures enregistrent 40 000 passages ou plus par an et traitent 45 % de l'ensemble des passages.

Schéma 9 : Quelques données générales : 2017 sur chiffres 2015 et 2016



Source : Données du panorama des ORU 2016 produit par la Fédération des Observatoires régionaux des urgences

Note de lecture : base de remplissage à 92 % des registres des passages aux urgences.

Classification clinique des malades aux urgences

Les études sur les activités des services d'urgences ont nécessité la création de classification des malades de prise en charge différente. Plusieurs classifications ont été proposées et répondants aux normes requises : simplicité, rapidité, pertinence et coût maîtrisé.

La classification clinique des malades aux urgences constitue une des classifications qui codifie l'état du patient aux urgences, son niveau de gravité clinique ainsi que son pronostic médical.

La classification CCMU subdivise les patients en 5 classes selon l'appréciation subjective de l'état clinique initial.

- Les classes 1 et 2 : malades dont l'état clinique est jugé stable
- la classe 3 malades dont le pronostic vital n'est pas jugé engagé
- les classes 4 et 5 : malades dont le pronostic vital est jugé engagé

CCMU 1 : État clinique jugé stable. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique. Examen clinique simple.

CCMU 2 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable. Décision d'acte complémentaire diagnostique (Prise de sang, Radiographie conventionnelle) ou thérapeutique (suture, réduction) à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

CCMU 3 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé pouvant s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital sans gestes de réanimation immédiat.

CCMU 5 : Pronostic vital engagé. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

Deux autres classes P et D complètent la classification.

CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrie dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable associée.

CCMU D : Patient déjà décédé à l'arrivée du SMUR ou du service des urgences. Pas de réanimation entreprise.

Les effectifs se contractent et les perspectives démographiques sont préoccupantes

Les structures d'urgence régulièrement sous tension sont en proie à des dérives comme l'exposition à des effets pervers notamment sur des rémunérations excessives d'intérimaires. Les projections sur la démographie des urgentistes ne sont pas rassurantes. En effet, toute chose égale par ailleurs, comme l'indique le graphique ci-après, la pyramide des âges montre que le renouvellement des générations professionnelles d'urgentistes en qualité de praticiens hospitaliers n'est pas complètement assuré.

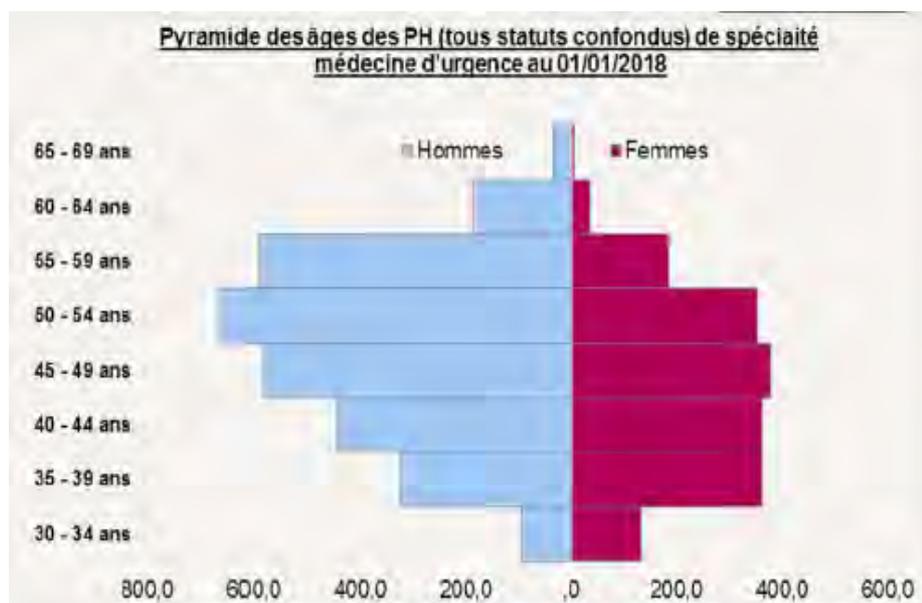
Tableau 3 : Les personnels des urgences

	Effectifs temps plein	Effectifs temps partiel
Médecins (hors internes)	7 573	7 581
dont pédiatres	482	533
dont psychiatres	83	104
Personnel non médical	25 395	8 685
Dont cadres de santé	700	254
Dont infirmiers DE avec ou sans spécialisation (exemples : IDE, puéricultrices, IADE), mais hors encadrement	13 313	4 928
Dont aides-soignants	7 583	1 989
Dont brancardiers	920	147
Dont assistants de service social	95	146
Dont secrétaires	1 429	642

Source : Données SAE, 2017.

Note : Ces données ne concernent que les PH titulaires mais donnent une tendance assez révélatrice de la situation à venir.

Graphique 3 : Pyramide des âges des praticiens hospitaliers (tous statuts confondus) de spécialité médecine d'urgence



Source : CNG, situation au 1^{er} janvier 2018.

Si l'offre hospitalière est restée globalement stable sur la décennie 2007/2017, elle est majoritairement publique et fait face, avec difficultés, à une hausse d'activité et des tensions sur la démographie professionnelle des urgentistes.

En mettant en regard les normes liées aux autorisations, les volumes d'activité et le format des services, il apparaît un décalage majeur sur le territoire : des ressources (humaines et techniques) sont mobilisées avec une prise en compte insuffisante de l'activité (en volume et en temporalité notamment sur la nuit profonde), du profil des structures hospitalières et des patients.

4 Quelles mesures prendre pour améliorer durablement la prise en charge des urgences ?

4.1 Poser un principe structurant et le décliner en objectifs

Le principe à poser doit permettre de trouver les voies et moyens pour transformer nos organisations en adaptant le système au besoin réel de la population. Il convient de rappeler que les structures d'urgence ont vocation à **prendre en charge la détresse provoquée par toute situation d'urgence médicale. Dès lors, la nouvelle organisation proposée doit recentrer les missions des structures urgences sur leur cœur de métier et garantir un équilibre pour que les conditions d'implantation et de fonctionnement techniques soient en conformité avec les objectifs recherchés.** En effet, la logique « du tout ou rien » concernant l'organisation des urgences en particulier l'amplitude horaire H24 a permis de garantir la lisibilité de l'offre mais, à certains égards conduit à une situation inadaptée et ruineuse pour certains établissements faisant appel massivement à l'intérim. Le système doit en conséquence être adapté au profit d'une nouvelle approche souple et originale afin de satisfaire au mieux les besoins de la population sur le territoire.

Ainsi, les objectifs à atteindre conduisent à :

- Assurer l'accès aux soins urgents pour la population en tout point du territoire ;
- Rechercher une articulation cohérente entre les structures de médecine d'urgence et l'organisation graduée des structures d'urgence ;
- Centrer la médecine d'urgence sur son cœur de métier, en veillant à l'utilisation pertinente des moyens mobilisés dans le cadre de l'antenne médicale d'urgence (ressources humaines, plateaux techniques, vecteurs d'intervention) ;
- Assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients, en particulier des plus vulnérables (personnes âgées, jeunes enfants, psychiatrie) ;
- Clarifier les relations entre l'aide médicale d'urgence et les services de secours dans l'intérêt de la lisibilité de cette offre pour la population et de l'efficacité des interventions de chacun.

Les difficultés de fonctionnement que rencontrent les services d'urgence, notamment pour assurer leurs lignes de garde, sont régulièrement constatées et décrites. Les professionnels de santé, les ARS et la population perd en grande partie la lisibilité du système.

Recommandation n°1 Recentrer les structures d'urgence sur le cœur de métier et garantir une réponse adaptée aux patients dans leur prise en charge.

4.2 Réviser l'architecture globale des urgences dans un cadre territorial en insérant l'antenne de médecine d'urgence

Le chantier du droit des autorisations de médecine d'urgence a permis d'approfondir les modalités de création d'une structure non-H24 dite « antenne de médecine d'urgence » s'insérant dans le dispositif actuel.

Pour permettre à cette antenne d'être une modalité pérenne, elle doit s'inscrire dans une organisation territoriale visant à préserver voire renforcer le maillage de prise en charge des urgences. Pour des raisons de simplicité, de cohérence et de responsabilité, **le porteur de l'autorisation juridique serait l'établissement-siège** de l'antenne de médecine d'urgence.

Afin de garantir un fonctionnement coordonné sur le territoire, l'autorisation d'antenne de médecine d'urgence serait conditionnée à un fonctionnement en **équipe commune de territoire**, avec un autre établissement ayant une structure des urgences. Il s'agit là de constituer un vivier de professionnels investis dans la vie des structures d'urgence du territoire. Ce fonctionnement en équipe commune semble également utile pour prévenir la perte de compétences et maintenir la diversité de l'exercice de la médecine d'urgence. Enfin, l'exercice non-exclusif en antenne de médecine d'urgence permet de renforcer la solidarité entre les structures, d'éviter de cloisonner ces mêmes structures entre elles.

Recommandation n°2 Réviser l'architecture des structures d'urgence en intégrant l'antenne de médecine d'urgence dans le dispositif.

4.3 Créer une nouvelle modalité d'accueil non-H-24 : l'antenne de médecine d'urgence

L'antenne de médecine d'urgence est soumise au régime des autorisations et ne diffère de la Structure d'Urgence que sur l'ouverture non H24.

Cette antenne non-H24 devra répondre à des objectifs et des critères clairement identifiés :

- Maintenir en journée des points d'accès aux soins urgents de proximité dans un contexte de forte contrainte sur la démographie médicale urgentiste ;
- Organiser une offre de soins lisible pour les patients ;
- Permettre ou faciliter des mutualisations en milieu urbain, le cas échéant, lorsque l'offre est dense et l'activité réduite en nuit profonde.

L'organisation répondra aux caractéristiques suivantes :

- Structure non permanente avec des horaires d'ouverture fixes ;
- Appellation en propre, différenciée de celles des structures d'urgences actuelles ;
- Capacité de prendre en charge toute urgence, sans réserve, c'est-à-dire qu'elle constituerait un point d'accès aux soins urgents durant sa période d'ouverture ;
- Structure adossée à un SMUR, une dérogation à ce critère étant possible en fonction du territoire, laissée à l'appréciation du DG ARS.

Recommandation n°3 Définir les modalités d'implantation, d'organisation et de fonctionnement des antennes de médecine d'urgence.

4.3.1 Poser le cadre juridique de l'antenne de médecine d'urgence

L'autorisation sera conditionnée au positionnement d'une antenne de SMUR sur la même entité géographique afin d'assurer l'aide médicale urgente et garantir le maillage d'accès aux soins de médecine d'urgence. Cette condition d'autorisation est essentielle pour organiser et sécuriser la continuité des soins, notamment après la fermeture en soirée de l'antenne de médecine d'urgence.

La condition d'autorisations conjointes « antenne de médecine d'urgence » et SMUR est pertinente pour positionner l'antenne comme une offre de médecine d'urgence. Cependant, la présence de SMUR pourrait s'avérer dans certains cas, notamment en nuit profonde pour une zone urbaine dense, superflue car la couverture est déjà suffisante. Si le principe de conserver ce critère d'adossement garde tout son sens, une dérogation au principe est possible sur la base de l'appréciation du directeur général de l'ARS.

Il conviendra de veiller également au risque de dérives comme le désengagement de certaines structures qui créerait un report de l'activité sur les autres structures avec le risque d'engorgement de ces dernières. Les effets néfastes de cette situation seraient contre-productives et mettraient à mal la nouvelle organisation. Les engagements de chacun doivent être respectés avec le souci de la responsabilité partagée entre établissements de santé autorisés en médecine d'urgence quel que soit le statut juridique. A cet égard, les prises en charge de patients âgés et/ou polypathologiques doivent constituer une exigence impérative.

Une instruction serait nécessaire pour aiguiller et appuyer les établissements mais également les ARS dans la mise en œuvre de ce type d'autorisation. Il conviendrait de définir le périmètre territorial, ainsi que le type d'activité qui permettraient l'organisation en antenne de médecine d'urgence. Il

s'agit de cibler des structures des urgences à l'activité isolée, réduite en volume et présentant un faible taux d'hospitalisation.

Afin d'assurer la qualité et la sécurité des prises en charge et de préserver la bonne orientation pré-hospitalière des patients, le fonctionnement de la régulation médicale est un élément crucial. Cette question est centrale car elle recoupe d'autres problématiques à savoir le service d'accès aux soins (SAS) et les transports sanitaires urgents (TSU).

Recommandation n°4 Réviser le régime des autorisations de l'ensemble du dispositif Urgence pour l'adapter à la nouvelle architecture.

4.3.2 Définir les modalités et critères de mise en œuvre de l'antenne de médecine d'urgence

En proposant une offre complémentaire, les modalités existantes doivent être adaptées pour s'articuler au mieux entre elles.

- La structuration de l'antenne de médecine d'urgence doit répondre à des exigences :
 - l'existence d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) au sein de l'antenne de médecine d'urgence : l'antenne ne fonctionnant pas H24, la question du rôle de la zone permettant la surveillance des patients en attendant l'affinement du diagnostic et l'orientation est posée. La dénomination d'UHCD sans doute impropre à la situation emporte pour autant un certain nombre de conséquences, en particulier sur le financement. Ceci constitue un gage pour les professionnels.
 - La mise en œuvre de l'équipe commune de territoire, sujet qui mérite une attention particulière et qui est liée également à la problématique plus générale de la territorialisation de l'offre hospitalière.
 - Les objectifs de la mise en place de l'antenne de médecine d'urgence sur un territoire doivent être clairs et partagés avec les structures d'urgence existantes. Qu'elle s'appuie sur un établissement public ou privé, l'antenne ne doit pas permettre la sélection des patients au bénéfice de cet établissement mais participer à la couverture globale de la prise en charge des urgences.
- Les modalités concrètes de mise en œuvre doivent être fondées sur la clarification des critères pour éviter toute ambiguïté :
 - ⇒ **Sur le plan juridique**
 - L'antenne de médecine d'urgence n'est pas une structure des urgences à proprement parler mais elle s'inscrit dans le maillage territorial hospitalier.
 - Elle constitue un point d'offre dans le maillage de l'accès aux soins urgents. Cette antenne a le devoir de prendre en charge tous les patients qui s'y présentent notamment les patients régulés par les services d'aide médicale urgente.
 - Elle est soumise aux mêmes obligations que celles dévolues aux structures d'urgence en dehors de l'ouverture H24.
 - L'établissement de santé est porteur de l'autorisation en propre pour l'antenne de médecine d'urgence.
 - Cette autorisation est conditionnée à l'effectivité d'une convention inter-établissements organisant la relation entre l'établissement siège de la structure d'urgence-support et l'établissement de l'antenne.

- L'adossement à un SMUR est à prévoir avec des dérogations possibles du DG ARS dans les cas où le maillage en soins de médecine d'urgence est préalablement assuré et garantit un accès aux dits soins en 30 min.

Les modalités concrètes inscrites dans les textes permettront d'apporter des garanties pour emporter l'adhésion, autant que possible.

⇒ ***Sur le plan pratique***

- Elle est soumise à un affichage spécifique indiquant « antenne de médecine d'urgence » ainsi que ses horaires d'ouverture.
- Elle est soumise à un fonctionnement en équipe commune de territoire sur la base d'une convention avec l'ES siège de la structure d'urgence H24 du territoire de santé.
- Elle est appréhendée dans un ensemble plus large que l'établissement : le Groupement hospitalier de territoire et s'inscrit idéalement dans un pôle inter-établissements du territoire.
- Elle dispose, à ses heures d'ouverture, du même équipement et des mêmes accès (biologie et imagerie) qu'une structure d'urgence et est articulée avec les services d'aide médicale urgence du territoire.
- Les horaires d'ouverture font l'objet d'un encadrement minimal prévu dans le droit des autorisations avec une ouverture en continu 7/7 et une amplitude horaire d'au moins 12h.
- Elle dispose d'une UHCD ouverte aux horaires d'ouverture de la structure.
- La tenue du registre de passage aux urgences (RPU) est obligatoire.

Tous ces éléments pratiques permettront de proposer des solutions dans les meilleurs délais. L'articulation entre deux établissements public et privé, n'est à ce stade pas approfondie. Elle sera traitée ultérieurement car les travaux à conduire sont plus complexes compte tenu des statuts juridiques de ces établissements.

Recommandation n°5 Prévoir le corpus d'accompagnement de mise en place de l'antenne.

La mise en place des antennes de médecine d'urgence emporte comme conséquence l'adaptation voire la rénovation des autorisations des trois modalités de médecine d'urgence : structure d'urgence, SMUR et SAMU.

L'objectif est d'optimiser le maillage territoriale et assurer la prise en charge optimale de la population.

L'antenne de médecine d'urgence apporte une réponse structurée et étayée qui, combinée aux autres actions devraient améliorer sensiblement et durablement la situation de prise en charge des urgences sur le territoire.

RECOMMANDATIONS

n°	Recommandations
1	Recentrer les structures d'urgence sur le cœur de métier et garantir une réponse adaptée aux patients dans leur prise en charge.
2	Réviser l'architecture des structures d'urgence en intégrant l'antenne de médecine d'urgence dans le dispositif.
3	Définir les modalités d'implantation, d'organisation et de fonctionnement des antennes de médecine d'urgence.
4	Réviser le régime des autorisations de l'ensemble du dispositif Urgence pour l'adapter à la nouvelle architecture
5	Prévoir le corpus d'accompagnement de mise en place de l'antenne.