

Annexe - Note d'explications
Note de position médecine d'urgence
France Assos Santé Pays de la Loire
Octobre 2024

Mise en œuvre des décrets du 29 décembre 2023 sur les services d'urgence

Nota : Ce document a été établi à partir de notes de la DGOS et de l'ARS Pays de la Loire

Deux décrets publiés fin d'année 2023 modifient les conditions d'implantation et techniques du fonctionnement des services d'urgence :

Décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048730260>

Décret no 2023-1376 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité autorisée de médecine d'urgence :
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048730410>

Ces décrets prévoient en outre :

- La création d'équipes paramédicales au sein des SMUR (Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation)
- La création d'antennes de médecine d'urgence (ouvertes au moins en 12h)
- La régulation de l'accès des urgences et/ou orientation en amont des urgences
- La possibilité de suspendre temporairement l'activité de structures d'urgences pour une durée de 12H maximales par jour, si les circonstances locales l'exigent (à titre transitoire)

A la suite de la parution de ces décrets il est attendu la publication d'un certain nombre d'arrêtés réglant les modalités d'application (appuyés de guides méthodologiques).

France Assos Santé Pays de la Loire a analysé les conditions de mise en œuvre de ces dispositions sur notre région et exprime ses positions.

Création d'équipes paramédicales au sein des SMUR (structure mobile d'urgence et de réanimation)

Explications :

L'évolution de la profession d'infirmier, conjuguée à une démographie médicale contrainte, ont fait naître de nouvelles modalités d'interventions dans le cadre de l'aide médicale urgente. La réforme des autorisations de médecine d'urgence, portée par le décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence, ainsi que le décret n° 2023-1376 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité autorisée de médecine d'urgence, a prévu la possibilité d'intervention de la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) dans une configuration paramédicalisée. Le SMUR se compose alors d'un infirmier et d'un conducteur, dotés de protocoles de soins et d'outils numériques connectés. Cette adaptation de l'équipage SMUR et ses modalités d'interventions sont une décision du médecin régulateur du service d'aide médicale urgente (SAMU), sous sa responsabilité, en fonction de l'état de santé du patient et selon des critères prédéfinis. En fonction du bilan qui lui est remonté, le médecin régulateur peut décider de compléter l'équipage par la présence d'un médecin.

Pour aller plus loin le guide interventions paramédicalisées :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/20240715_guide_interventions_paramedicalisees_smur.pdf

Position de FAS Pays de la Loire :

Des équipes mobiles paramédicales sont déjà mis en place en cas de besoins sur la région en Sarthe, en Mayenne, et en Vendée. Pour celles de Saint Calais, Château du Loir et La Ferté Bernard (projet CNR IDE Boussole), le cadre juridique devra être étudié (absence de SMUR adossé à ces équipes paramédicales) ainsi que la pérennisation des financements de ces organisations.

Compte tenu des difficultés démographiques en soignants dans ces départements, la mise en place de ces équipes offrent une solution pour certaines situations d'urgence et FAS PDL portera la pérennisation de ces équipes autant que de besoin en demandant une évaluation régulière dans les instances de démocratie sanitaire.

Création d'antenne de médecine d'urgence

Explications :

L'objectif est de faciliter le maintien et/ou la création de point d'accès à une offre de médecine d'urgence.

La mise en place d'une offre de médecine d'urgence non ouverte H24 doit répondre à plusieurs caractéristiques :

- Appellation en propre « antenne de médecine d'urgence » ;
- Ouverture : tous les jours sur une plage horaire d'au moins 12h préalablement définie et fixe ;

- Prise en charge : de toute urgences sans réserve ;
- Structure adossée à un SMUR ;
- Equipe commune : obligation de fonctionner en équipe commune à minima médicale avec un service d'urgence ouvert H24.

La création des antennes de médecine d'urgence est soumise à la révision du PRS, au plus tard 18 mois après la publication des décrets.

A titre transitoire lorsque les circonstances locales l'exigent et afin d'assurer une permanence de l'accueil et de la prise en charge pour des soins de médecine d'urgence, le DG de l'ARS peut autoriser par arrêté un établissement de santé détenteur d'une autorisation de structure des urgences de suspendre cette activité pour une durée maximale de 12h consécutives par jour (Cas d'Ancenis par exemple).

Dans ce cas, l'établissement de santé organise, durant les horaires de suspension de son activité, les modalités d'accueil et de prise en charge pour des soins de médecine d'urgence avec au moins un autre établissement de santé titulaire d'une autorisation de structure des urgences.

Position de FAS Pays de la Loire :

Cette possibilité va concerner essentiellement des services urgences actuels d'établissement (ouverts en principe aujourd'hui 24h) en Sarthe, Mayenne, Vendée voire Loire Atlantique.

Compte tenu de la situation médicale de certains de ces services d'urgence, cette possibilité mérite d'être étudiée cas par cas en respectant une concertation largement en amont.

L'information des usagers potentiels sera essentielle.

Réorientation à partir d'un service d'urgences

Explications :

La possibilité de réorienter un patient se présentant aux urgences mais ne relevant pas de la médecine d'urgence existe dans le code de la santé publique depuis 2005.

Le décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence a réécrit les deux articles concernant la réorientation à l'entrée des urgences pour ajouter la possibilité d'orienter le patient vers le service d'accès aux soins (SAS) pour lui trouver une solution à son besoin de santé.

Les principes généraux de la réorientation :

Qui peut réorienter ?

Le médecin des urgences et l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) sont les deux professionnels de santé autorisés à réorienter un patient se présentant aux urgences. Contrairement au médecin, l'IOA doit mettre en œuvre un **protocole de réorientation** validé par l'établissement de santé. Ce protocole doit préciser les critères médicaux de réorientation du patient ainsi que les modalités de son inscription administrative et de son évaluation médicale.

Vers où peut-on réorienter ?

La réorientation peut se pratiquer **en structure des urgences et en antenne de médecine d'urgence**.

La réorientation à l'entrée des urgences a vocation à être mise en place **indépendamment du niveau d'activité** de la structure des urgences. En effet, la réorientation vise non seulement à faire baisser les flux d'arrivée aux urgences mais aussi à placer le patient dans la bonne filière de soin et à recentrer les urgences sur leur cœur de métier. Par ailleurs, la pédagogie initiée par la réorientation permettra de faire baisser durablement le nombre de passages non pertinents aux urgences.

Quelle solution apporter au patient réorienté ?

Deux types de patient peuvent être distingués :

- Patient ayant un besoin de santé urgent relevant du plateau technique de l'établissement de santé (ES) : il est admis aux urgences ;
- Patient ayant un besoin de santé ne relevant pas du plateau technique de l'ES : il est réorienté avec ou sans prise de rendez-vous médical vers une autre structure de soin (médecin traitant, PTS d'accès direct, MMG, cabinet dentaire, etc.).

Dans la mesure du possible, l'objectif est d'obtenir **l'adhésion du patient** au projet de soins proposé, une fois qu'il a reçu une information loyale, claire et appropriée à sa situation. Les consignes d'alerte et la conduite à tenir en cas d'évolution défavorable de la situation clinique doivent être données au patient.

Comment tracer les réorientations ?

L'évaluation initiale du patient par l'IOA ou le MAO doit être **consignée dans le dossier médical afin d'en assurer la traçabilité**. L'acte de réorientation est consigné conformément à l'article R.6123-23 du code de la santé publique : « L'établissement tient dans la structure des urgences ou dans l'antenne de médecine d'urgence un registre chronologique continu sur lequel figurent l'identité des patients accueillis, le jour, l'heure et le mode de leur arrivée, l'orientation ou l'hospitalisation, le jour et l'heure de sortie ou de transfert hors de la structure des urgences ou de l'antenne de médecine d'urgence. Ce registre est informatisé ». Il est donc nécessaire d'ouvrir un dossier médical des urgences afin que l'IOA ou le MAO puissent saisir l'ensemble des données de santé recueillies (motif de recours, paramètres vitaux, consignes, etc.).

Pour aller plus loin, un guide sur la réorientation à l'entrée des urgences a été établie par le Ministère de la Santé :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/20240715_guide_sur_la_reorientation_a_l_entree_des_urgences.pdf

Position de FAS Pays de la Loire :

Deux points importants :

Cette réorientation se fait au service des urgences par un(e) infirmier(e) de réorientation suivant un protocole défini ?

Cette réorientation est actée dans le dossier patient. De même l'adhésion du patient au projet de soins proposé doit être recherchée après qu'il ait reçu une information loyale, claire et appropriée.

L'enjeu est d'orienter les patients n'ayant pas nécessairement besoin de soins urgents et complexes vers les structures extérieures de soins (16% de patients passant aux urgences pour un examen clinique simple en Pays de la Loire)

FAS PDL est très favorable à l'organisation protocolisée de la réorientation au sein des services d'urgence (de préférence à la régulation)

Reste la question du financement de cette réorientation exprimée avec force par les fédérations hospitalières. Très clairement FAS PDL est opposée à la perception du forfait urgences auprès du patient.

Régulation d'accès aux urgences

Explications :

Le cadre juridique de la régulation en amont et à l'entrée des urgences :

Article R.6123-18-1 du code de la santé publique : *A l'issue d'une concertation préalable et après avis de la section chargée d'émettre un avis pour les activités de médecine d'urgence du comité prévu à l'article R. 162-29 du code de la sécurité sociale, les établissements disposant d'une structure des urgences ou d'une antenne de médecine d'urgence peuvent être autorisés, par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, à organiser l'accès à la structure selon l'une des modalités suivantes :*

1°- Par une régulation préalable effectuée par le service d'accès aux soins mentionné au L. 6311-3 ou par le service d'aide médicale urgente mentionné au 1° du R. 6123-1. L'organisation mise en œuvre à l'entrée de la structure des urgences ou de l'antenne de médecine d'urgence concernée inclut la présence d'un professionnel de santé ;

2°- Par une orientation préalable, en amont de l'accueil du patient et de la prise en charge définis à l'article R. 6123-19, effectuée par un auxiliaire médical de la structure ou de l'antenne qui met en œuvre des protocoles d'orientation préalable par délégation du médecin présent dans la structure ;

3°- Par une organisation alternant les modalités prévues au 1° et au 2°.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le contexte est la pérennisation des modalités de régulation de l'accès aux structures des urgences mises en place à l'été 2022 sur certains territoires (dont certains en PDL).

Deux situations de mise en œuvre de la régulation à distinguer :

- Régulation permanente dans le cadre d'une organisation concertée sur un territoire donné : sur arrêté du DG ARS, après avis du Comité Consultatif d'Allocation des Ressources des urgences (CCAR-U) et en assurant la présence continue d'un professionnel de santé à l'entrée de la structure.

- Régulation sur une période déterminée dans le cadre d'une organisation de crise, locale et temporaire, lorsque les circonstances le justifient : sur arrêté du DG ARS et en assurant la présence continue à l'entrée de la structure d'un professionnel de santé ou d'une personne titulaire de l'attestation de formation aux gestes d'urgence.

Cette dernière autorisation ne peut excéder trois mois, renouvelable une fois après avis du CCAR-U.

Arrêté du 2 juillet 2024 relatif à la régulation temporaire de l'accès aux urgences :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049871014>

Cette régulation se fait essentiellement à partir du 15 (ou Service d'Accès aux Soins (SAS) et donc en dehors d'une urgence vitale, et donc l'utilisateur doit appeler le 15 pour avoir la possibilité de se rendre aux urgences.

Les urgentistes souhaitent très fortement cette régulation, les fédérations hospitalières également, des réserves du côté de certaines ARS (il faudrait que les SAS fonctionnent correctement).

La volonté du Ministère est d'aller rapidement vers une régulation systématique d'accès aux urgences par les centres 15 (ou les SAS), le problème est que la partie libérale des centres 15 est débordée d'appels avec des professionnels sous tension (et des erreurs avec de graves conséquences humaines).

Position de FAS Pays de la Loire :

Actuellement sur la région PDL, nous enregistrons régulièrement des fermetures de services d'urgence.

Les seules études qui ont été menées actuellement l'ont été au travers du prisme des établissements (et donc de la réduction du nombre d'admissions en urgence) et, à ce stade, aucune étude d'impact n'a été effectuée sur les usagers (Evènement indésirable grave-EIG), renoncement, ruptures de parcours) etc.

Ces analyses doivent faire réfléchir les acteurs de l'offre concernant leurs velléités d'élargissement de la régulation des admissions aux urgences (par ex en passant obligatoirement par le 15), et surtout les risques associés à cette organisation (qui remet en question l'accès universel aux soins).

Des prérequis sont nécessaires avant la mise en place éventuelle de toute régulation des admissions aux urgences, notamment :

- Existence indispensable d'un dispositif de réorientation physique et qualifié et ayant la capacité de répondre aux appels des usagers
- Existence indispensable d'organisations de soins non programmés en ville solides et coordonnées avec les urgences et les centres 15
- Attention accrue pour les personnes en situation de précarité (présence d'une PASS notamment)
- Suivi approfondie des EIG etc.

FAS PDL exprime son désaccord sur une régulation systématique (que nous appelons filtrage), mais admettons une régulation temporaire et encadrée en cas de fortes tensions.