

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Sous-direction de l'organisation
du système de soins
Bureau de l'organisation générale
de l'offre régionale des soins
Personnes chargées du dossier :
Solenne BARAT / Perrine RAME-MATHIEU
☎ : 01.40.56.53.97 / 6.62.84
☎ : 01.40.56.41.89
E-mail : solenne.barat@sante.gouv.fr

Paris, 3 octobre 2005

Rapport à l'attention des membres du Comité National de l'Organisation Sanitaire

Objet : - Projet de décret relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique
- Projet de décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement des services ou structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la Santé Publique

L'organisation du dispositif d'accueil et de traitement des urgences dans les établissements de santé est issue des décrets n°95-647 du 9 mai 1995 et n°97-615 du 30 mai 1997. Elle est entrée pleinement en vigueur en 2000, après l'adoption des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de deuxième génération et la délivrance des autorisations requises pour exercer cette activité.

Le rapport au Premier Ministre qui accompagnait alors les textes réglementaires de 1995 indiquait que « la réorganisation territoriale devait tendre à déterminer, notamment au moyen des SROS, un réseau de réponse aux urgences associant des sites hospitaliers publics et privés reliés par des transports sanitaires médicalisés ». Il précisait que « la réglementation relative à l'ensemble du réseau de réponse aux urgences ne saurait être déterminée avant que n'aient été fixés les points d'ancrage d'un tel dispositif, que sont les services ou unité de proximité (...) prenant en charge les urgences ».

Ces points d'ancrage sont aujourd'hui établis : 625 services d'urgences, dont 381 unités de proximité d'accueil et de traitement des urgences (UPATOU), 208 services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) et 36 pôles spécialisés des urgences (POSU) sont aujourd'hui autorisés dans des établissements de santé publics et privés. Ces services assurent la prise en charge de plus de 14 millions de passages par an.

La réorganisation des urgences hospitalières est ainsi relativement récente. Néanmoins, les services d'urgences connaissent des difficultés de fonctionnement récurrentes qui sont liées notamment à un manque de coordination avec les acteurs intervenant en amont et en aval des services d'urgences.

Face à ce constat, il est apparu indispensable d'apprécier l'organisation d'ensemble de la prise en charge des urgences pré-hospitalières et hospitalières, la place et le rôle des différents acteurs afin d'apporter des réponses adaptées aux besoins de la population.

Les décrets qui vous sont présentés sont issus d'un important travail de concertation effectué au sein d'un groupe de professionnels (syndicats et sociétés savantes de médecine d'urgence, fédérations et conférences hospitalières, représentants des agences régionales de l'hospitalisation) réunis de septembre 2002 à décembre 2004. Les dispositions de ces décrets se situent dans la continuité de la

circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, dont les recommandations constituent une première étape dans la rénovation de l'organisation de la prise en charge des urgences.

Ces projets de décrets ont pour objet de donner un cadre réglementaire rénové à l'organisation de la prise en charge des urgences en y apportant les aménagements nécessaires à l'amélioration et à la lisibilité de la réponse aux urgences. L'organisation de la prise en charge des urgences poursuit un double objectif, d'une part de proximité, celle-ci étant garantie par une répartition des structures qui assure le maillage du territoire et, d'autre part, de sécurité, celle-ci étant assurée par l'accès en permanence à des professionnels et à un plateau technique performant et adapté au besoin du patient.

Le nouveau dispositif est fondé sur une construction rénovée de la relation entre le service des urgences et son environnement, intra ou extra hospitalier :

En premier lieu, l'amélioration du fonctionnement des services d'urgences passe par une meilleure articulation avec la médecine de ville et une organisation plus opérationnelle de l'accueil des patients, qui permette un " tri " à l'entrée du service et le cas échéant l'orientation vers une structure dispensant des soins non programmés (médecine de ville, maison médicale, consultations organisées au sein de l'hôpital, ...).

En second lieu, le dispositif vise à mobiliser tous les établissements sanitaires et les établissements médico-sociaux concernés pour garantir l'accès à des compétences médicales et à des capacités d'hospitalisation nécessaires à la prise en charge des patients et garantir une prise en charge de qualité en aval des urgences.

En troisième lieu, le projet de décret prévoit des modalités de prise en charge spécifiques à certaines populations ou pathologies, pour lesquelles la qualité des soins implique qu'elle soit assurée directement par les services compétents et que le passage aux urgences soit ainsi évité.

I / Le projet de décret en Conseil d'Etat (articles en R)

L'article premier du premier texte (décret en Conseil d'Etat) substitue l'activité de soins de « médecine d'urgence » à celle d'accueil et de traitement des urgences. Cette activité de soins englobe ainsi l'activité de centre de réception et de régulation des appels du service d'aide médical urgente (SAMU), l'activité des services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR) et celle des services des urgences, éventuellement spécialisés en pédiatrie. La décision d'autorisation précisera la nature de ou des activité(s) autorisé(es).

Le deuxième article du projet de décret en Conseil d'Etat modifie la rédaction de la section I du chapitre 3 du titre III du livre 1^{er} de la VI^e partie du code de la santé. La section I ainsi modifiée comporte 6 sous-sections.

La première sous-section est relative aux différentes modalités d'autorisation de médecine d'urgences :

- la régulation des appels adressés au SAMU
- la prise en charge des patients par le SMUR ou le SMUR pédiatrique
- la prise en charge des patients accueillis dans un service des urgences ou un service des urgences pédiatriques.

Pour cette dernière modalité, les conditions d'autorisation sont désormais identiques pour l'ensemble des structures identifiées par une appellation unique de « service des urgences » qui remplace celle de SAU et d'UPATOU. Les « services des urgences pédiatriques » sont cependant spécifiquement identifiés. L'autorisation spécifique de pôle spécialisé des urgences (POSU) est

supprimée au profit de conditions de fonctionnement applicables aux établissements assurant la prise en charge des urgences spécialisées.

Certaines conditions encadrant la délivrance des autorisations, comme la nécessité de disposer de lits de médecine pour être autorisé pour un service des urgences ou le fait de devoir être titulaire d'une autorisation de service des urgences pour être autorisé pour un SMUR sont précisées dans cette sous-section. La possibilité d'autoriser un SMUR ou un service d'urgence saisonnier ou une antenne de SMUR est également prévue dans cette sous-section.

Le projet de décret introduit également l'organisation en équipe commune entre le service des urgences, le SAMU et le SMUR d'un même établissement ou entre structures de plusieurs établissements d'un même territoire. Cette organisation vise à maintenir un niveau de formation, d'activité et de compétences satisfaisant pour l'ensemble des médecins d'urgence et à mieux gérer les permanences.

Il est également rappelé que l'obligation générale de secours et de soins aux personnes en dangers reste applicable aux établissements qui ne sont pas titulaires d'une autorisation en médecine d'urgence.

La seconde sous-section est relative à la régulation des appels adressés au SAMU. Elle ne contient qu'un seul article qui vise à faire le lien avec les articles R. 6311-1 à 6311-13 du code de la santé publique, placés dans la partie du code relative à l'aide médicale urgente, qui précisent les missions et l'organisation applicables aux SAMU.

La troisième sous-section est relative à la prise en charge des patients par le SMUR. Elle précise les conditions d'organisation et de fonctionnement de ces structures et notamment les modalités de coordination avec les SAMU.

La quatrième sous-section est relative à la prise en charge des patients par le service des urgences. Ainsi, dans un premier paragraphe, elle définit ou précise les missions des structures dans lesquelles les activités de soins dites de « médecine d'urgence » sont exercées. Ces missions ne reposent plus sur le seul service des urgences, mais sur l'implication de l'ensemble de l'établissement de santé autorisé et sur la coordination, au sein d'un réseau formalisé, de l'ensemble des acteurs concernés au sein de chaque territoire de santé défini pour les urgences.

Un second paragraphe est relatif au réseau de prise en charge des urgences. En effet, l'établissement sollicitant l'autorisation pour un service des urgences formalisera, au sein du territoire de santé défini par le SROS, un réseau avec des établissements partenaires de l'activité de médecine d'urgence, notamment pour assurer l'accès à des compétences spécialisées, à des techniques et à des capacités d'hospitalisation dont l'établissement siège du service des urgences ne dispose pas. Le réseau ainsi constitué offre les compétences médicales et les capacités d'hospitalisation nécessaires à la prise en charge des patients et garantit une prise en charge de qualité en aval des urgences. La convention constitutive du réseau fait l'objet d'une approbation de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation.

La cinquième sous-section définit les modalités de prise en charge spécifiques à certaines populations ou pathologies, pour lesquelles la qualité des soins implique qu'elle soit assurée directement par les services compétents et que le passage aux urgences soit ainsi évité. Le décret définit des modalités de prise en charge spécifiques et mieux adaptées concernant, d'une part, les patients présentant des pathologies vitales ou fonctionnelles, telles que l'accident vasculaire cérébral ou l'infarctus du myocarde, dont l'orientation vers le plateau technique adapté est assurée par le SAMU et, d'autre part, pour la pédiatrie, la gériatrie et la psychiatrie.

Chacune de ces filières spécifiques fait l'objet de paragraphe distinct.

Le premier paragraphe concerne l'accès direct au plateau technique spécialisé pour les patients dont le pronostic vital ou fonctionnel est engagé et qui nécessitent de ce fait une prise en charge spécialisée dans un très bref délai. Les établissements anciennement autorisés comme POSU entrent désormais dans cette définition et sont donc soumis aux dispositions définies dans ce paragraphe. Sont notamment prévus l'obligation d'organiser la prise en charge en permanence, de signer une convention avec les services des urgences pour assurer la bonne orientation du patient et le droit de porter à la connaissance du public cette organisation en permanence dans la discipline spécialisée. Les établissements assurant la prise en charge des urgences spécialisées seront ainsi mieux identifiés et mieux distingués des services assurant l'accueil des urgences générales.

Le deuxième paragraphe concerne la prise en charge des enfants et des adolescents. Dans la continuité de la circulaire du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences, les dispositions introduites par le projet de décret prévoient que la prise en charge des enfants est assurée soit par un service des urgences pédiatriques qui fait l'objet d'une autorisation spécifique, soit par un service des urgences qui s'assure la collaboration d'un pédiatre de l'établissement ou d'un autre établissement. Le service des urgences doit, si l'activité le justifie, organiser l'accueil des enfants dans des locaux individualisés.

Le troisième paragraphe vise à organiser la prise en charge des patients âgés relevant de la gériatrie. Dans la continuité de la circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique, il est prévu d'organiser l'admission directe de ces patients, qui ne relèvent pas nécessairement d'une prise en charge par le service des urgences ou par un service de spécialité, dans un service de médecine gériatrique aiguë.

Le quatrième paragraphe concerne la prise en charge des patients nécessitant des soins psychiatriques qui se présentent aux urgences, dont il est essentiel qu'elle soit organisée en lien avec un service de psychiatrie de l'établissement ou d'un autre établissement.

La sixième sous-section définit des obligations communes à l'ensemble des services de médecine d'urgences, notamment en termes d'évaluation, de formation, de participation au dispositif de veille ou aux plans de secours.

Le troisième article du projet de décret en Conseil d'Etat introduit dans le code de la santé une section relative aux **transports sanitaires infirmier inter-hospitaliers**. Il est en effet apparu opportun de mettre à la disposition du SAMU un niveau de transports sanitaires complémentaires des SMUR et des ambulances, comportant, pour la prise en charge d'un certain type d'urgences, et après régulation par le SAMU, des équipes composées d'un infirmier et d'un ambulancier.

Le quatrième article prévoit les délais et les conditions de mise en œuvre des dispositions introduites par le projet de décret. Les SROS devront être révisés dans le délai d'un an suivant la parution du décret. Tous les établissements de santé devront déposer un dossier d'autorisation dans les six mois suivant la parution du SROS révisé. Les établissements actuellement titulaires d'une autorisation de service d'urgence pourront poursuivre leur activité jusqu'à ce qu'il soit statué sur leur demande d'autorisation. Enfin, les établissements autorisés disposeront d'un délai d'un an pour se mettre aux normes et de deux ans pour formaliser le réseau de prise en charge des urgences.

Le cinquième article du projet de décret modifie les articles du code de la santé qui font référence aux services d'urgences pour adapter le texte à la nouvelle terminologie de « service des urgences ».

II / Le projet de décret simple (articles en D)

Le second projet (décret simple) précise les conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les services de médecine d'urgence et notamment les moyens en termes de personnel médical et non médical, de locaux et de plateau technique, auxquels les services de médecine d'urgence doivent avoir accès en permanence. Ces dispositions reprennent en grande partie celles applicables aujourd'hui aux UPATOU.

Il redéfinit, suite à la mise en place de la spécialité de médecine d'urgence, les conditions que les médecins doivent remplir pour exercer dans les services de médecine d'urgence et celle exigées pour assurer les fonctions de responsable de service de médecine d'urgence.

Il précise le personnel médical et non médical devant constituer l'équipe du service des urgences ou du service des urgences pédiatriques et celui composant l'équipe d'intervention du SMUR, la présence de conducteur et d'infirmier devenant obligatoire dans ces derniers.