RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Bretagne

Dr Thibaut Klein
thibaut.klein@ars.sante.fr

Rennes, le 10 mars 2025

Note d'information sur l'actualisation du PRS sur l'activité Aide Médicale Urgente (AMU)

1. Eléments de références

- Décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence
- Décret n° 2023-1376 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité autorisée de médecine d'urgence
- Arrêté du 29 décembre 2023 modifiant l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU)

2. Contexte

La publication des décrets relatifs à l'activité de médecine d'urgence en 2023 a marqué l'aboutissement des travaux de réforme menés depuis 2018. Ces nouveaux décrets nous imposent de revoir le Projet Régional de Santé (PRS) avant juillet 2025. Outre les réponses organisationnelles décrites ci-après, ces décrets confortent plusieurs axes de travail sur le périmètre de l'aide médicale urgente :

- La promotion de l'exercice mutualisé à l'échelle du territoire
- La nécessité d'une plus grande coopération avec les professionnels paramédicaux, via le recrutement d'infirmier en pratique avancée ou par la délégation de tâche
- Le contrôle des flux aux urgences :
    - En amont, par la mise en place de protocoles de réorientation de patients vers la médecine de ville
    - En aval, vers l'hospitalisation, par une meilleure gestion des lits
    - La mise en place de plateaux techniques spécialisés en accès direct
- La nécessité de mieux suivre l'activité de nos structures de médecine d'urgence.

Les évolutions organisationnelles de la réponse à l'aide médicale urgente décrites seront documentées, pour certaines (Unité mobile hospitalière paramédicalisée (UMH-P), Réorientation des patients à l'entrée aux urgences, Antenne de médecine d'urgence, Professionnels de santé correspondants SAMU), par des guides *ad hoc* à venir, publiés sous l'égide de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), en plus des recommandations des sociétés savantes.

3. Réponse à l'aide médicale urgente soumise à OQOS (Annexe 1)

- Le Service d'aide médicale urgente (SAMU) (R. 6123-3 du Code de santé publique (CSP)) : il assure une régulation médicale permanente 24h/365j des appels qui lui sont adressés, il détermine et déclenche la réponse la mieux adaptée à la nature des appels.

- Le service (= structure) des urgences (SU) : Accueil de tous types d'urgences se présentant spontanément ou adressés 24h/24. Il nécessite la présence H24 d'au moins un médecin qualifié et d'une infirmière (IDE). Plusieurs modalités d'exercice :
    - Service d'urgence (SU) « de plein exercice » (R. 6123-3 du CSP)
    - L'antenne de médecine d'urgence (R. 6123-3 du CSP) :
        - **Nouvelle modalité organisationnelle** de l'aide médicale urgente soumise à OQOS
        - Reprend toutes les spécificités d'un SU
        - Appuyée par un SU support avec lequel elle partage un projet médical
        - Structure adossée à un SMUR sur le même site géographique, sauf dérogation de l'ARS
        - Plage horaire préalablement définie et fixe, d'au moins 12h par jour, avec une ouverture tous les jours de l'année
        - Obligation de fonctionner en équipe commune de territoire a minima médicale avec une structure des urgences ouverte H24
    - Structure des urgences saisonnière (« une partie de l'année seulement ») (R. 6123-8 du CSP)
    - Structure des urgences pédiatriques (R. 6123-3 du CSP)

- La Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) : projection de moyens médicalisés en préhospitalier, au plus près du patient, dans le cadre de l'AMU, sur demande du SAMU. Elle peut être médicalisée (l'équipe est constituée d'un médecin, d'un infirmier et d'un ambulancier) ou paramédicalisée (elle est alors composée d'un infirmier et d'un ambulancier formés à ce type d'intervention). Le choix de la composition est à la discrétion du médecin régulateur et se fait selon le profil de la mission. L'implantation SMUR reste une implantation de médecine d'urgence, avec présence H24 d'un médecin, d'une IDE et d'un ambulancier. Plusieurs modalités d'exercice :
    - SMUR « de plein exercice » (R. 6123-3 du CSP)
    - SMUR pédiatrique (R. 6123-3 du CSP)
    - SMUR saisonnières (R. 6123-4 du CSP)
    - Antenne SMUR (« temporaire ou permanente ») (R. 6123-5 du CSP).

Pour rappel, la régulation de l'entrée aux urgences demeure une modalité d'organisation des prises en charge au sein de la structure. Elle ne peut constituer (à date) un fonctionnement pérenne réglementaire.

4. Réponse NON soumise à OQOS

A. Intégrée à l'activité de l'aide médicale urgente : dispositif dit « avant-coureur du SMUR »
    - Les Professionnels de Santé Correspondants SAMU (PSCS). Si les précédents textes s'étaient orientés vers les Médecins Correspondants SAMU (MCS), les décrets prévoient désormais une ouverture vers les autres professionnels de santé, avec en premier lieu les infirmiers correspondants SAMU (ICS). L'objectif est d'assurer une prise en charge de l'urgence vitale dans des zones particulièrement isolées ou caractérisées par une certaine dispersion de la population et une rareté des ressources médicales. En Bretagne, la priorisation des zones d'implantation des médecins correspondants SAMU concernait essentiellement les îles.

B. Une réponse hors de l'activité de médecine d'urgence et s'apparentant aux soins non programmés,
    - Le médecin traitant : des médecins traitants ont des plages de soins non programmés dédiées à leur patientèle ou au Service d'Accès aux Soins.
    - Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : les CPTS se développent et se structurent progressivement une offre de soins non programmés.
    - Permanence des soins ambulatoire : accès à un médecin régulateur aux heures de fermeture des cabinets (soir, weekend et fériés/ponts), ces médecins sont positionnés dans les maisons médicales de garde ou en astreinte (médecin mobile) pour voir en consultation les patients orientés par le médecin régulateur.

- Les associations de médecins orientées vers les soins non programmés, type SOS médecins.
- Les centres de soins non programmés (CSNP)[1] : forme intermédiaire de soins, entre la médecine de ville et la médecine d'urgence. Structures non soumises à autorisation et relevant de la liberté d'installation, ces centres sont financés par la facturation des actes selon le tarif applicable aux actes de médecine libérale. Non définis juridiquement, ils présentent, cependant, deux particularités par rapport à un cabinet de médecin classique : l'accès à un petit plateau technique et la possibilité de garder le patient en observation, sur place. Les effets de l'implantation de ces structures sur l'activité des urgences hospitalières sont discutés et ne sont pas démontrés de manière univoque à ce jour. Ces structures s'organisent selon deux modèles :
  - Celui, minoritaire, de structures isolées, financées par la rémunération à l'acte du personnel médical qui y travaille, à l'instar d'un cabinet de médecine de ville ;
  - Celui, dominant et croissant, de structures franchisées, financées par des fonds d'investissement ou équivalent, une redevance étant versée au franchiseur et un pourcentage de la rémunération des actes reversé à des entreprises partenaires.

5. Enjeux de la révision

L'enjeu principal de cette révision repose sur la nouvelle modalité organisationnelle que constitue **l'antenne de Médecine d'Urgence**, implantation soumise à OQOS.

A la différence des autres types d'autorisation déjà révisées, il n'est pas prévu de mettre un terme aux précédentes autorisations pour procéder à la réattribution de l'ensemble des autorisations de médecine d'urgence au même moment. Les décrets de médecine d'urgence ont été publiés le 29 décembre 2023 soit après le délai du 1er juin 2023 et n'entrent ainsi pas dans le cadre de l'ordonnance du 12 mai 2021 qui permettait de mettre fin aux autorisations antérieures et de délivrer simultanément toutes les autorisations.
La DGOS recommande de procéder à une mise en œuvre progressive du nouveau SRS, en fonction des dates d'arrivée à échéance des autorisations en cours (durée de 7 ans).
Les autorisations déjà existantes ne sont donc pas remises en cause et perdureront jusqu'à leur échéance.

Toute démarche de transformation (d'un SU actuel H24 vers une antenne de médecine d'urgence par exemple) ne sera engagée que sous conditions d'une démarche positive et volontariste de la gouvernance de l'établissement de santé et de sa concertation territoriale dans le cadre notamment des conseils territoriaux de santé et selon la lettre et l'esprit de l'accord de méthode annexé au PRS. Par ailleurs, l'évolution d'un service d'urgences en antenne ne pourra pas conduire à éloigner les patients d'une prise en charge au titre de l'aide médicale urgente dans un délai excédant 30 minutes.

Les questionnements sur les structures des urgences (SU) pédiatriques et SMUR pédiatriques ont été abordés dans le précédent PRS 2023-2028. Pour rappel, deux autorisations de SMUR pédiatriques ont récemment été délivrées. Les décrets d'activité de médecine d'urgence n'apportant pas d'évolution réglementaire majeur sur ce périmètre, il n'est pas prévu de modification de ces OQOS.

6. Objectifs considérés

Le périmètre de la révision du PRS sur cette activité est limité à l'aide médicale urgente soumise à OQOS. D'autres thématiques y sont naturellement rattachées, en particulier celles en lien avec la réponse aux besoins de Soins Non Programmés (SNP) et celles aboutissant à la structuration de filières ; elles n'intègrent pas pour autant cette thématique du PRS.
En plus des habituels déterminants de la décision en santé publique (accès aux soins, qualité et sécurité des

[1] Cour des Comptes. (2024). *L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital*.

soins, viabilité économique et considérations politiques), il est proposé de réfléchir autour de 2 axes particuliers et enjeux forts :

- **La soutenabilité des ressources humaines** pour maintenir l'offre de soins urgents. L'écart entre le nombre de médecins calculé sur la base du référentiel de moyens DGOS et le nombre de praticiens remontés par la SAE 2022 fait apparaitre un manque d'une centaine de médecins. Il s'agit donc de planifier les installations de structures de médecine d'urgence en considérant cette démographie médicale
- **La garantie de l'accès aux soins de l'AMU en moins de 30 minutes.** L'accès de la population à des soins urgents en moins de trente minutes est une priorité gouvernementale. L'objectif est d'apporter sur l'ensemble du territoire national une réponse adaptée au besoin de soins urgents de la population, en recherchant toutes les solutions qui peuvent être déployées localement, dans le respect des exigences de qualité et de bonnes pratiques.

7. Cas des antennes de médecine d'urgence

En lien avec l'expression du groupe de travail régional relatif aux urgences, le diagnostic a permis de partager un maillage actuel et des besoins populationnelles qui n'invitent pas à créer une offre supplémentaire. Par conséquent, ces nouvelles implantations ne s'entendent que par évolution d'une offre aide médicale urgente déjà existante.

Les acteurs se sont accordés sur une définition du besoin basée sur la typologie des Services d'urgence (SU) existants et le profil des patients accueillis dans ces unités.
Sur les critères à considérer pour qualifier les SU éligibles au statut d'antenne de médecine d'urgence, en sus des critères ci-dessus, ont été retenus :

- L'existence d'une offre redondante AMU sur le territoire et ne pénalisant pas l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes
- Le profil des patients consultant entre 20h et 8h, et principalement le nombre de passages de 20h à 8h, le nombre de passages de 20h à 8h suivis d'hospitalisation et la gravité du passage des patients hospitalisés de 20h à 8h.

Ont ainsi été prévues 5 possibles créations d'antenne de médecine d'urgence sur les 26 services d'urgence existant

- 3 sur le territoire de Finistère – Penn Ar Bed
- 1 sur le territoire Haute Bretagne
- 1 sur le Territoire d'Armor

ANNEXE 1 : Droit des autorisations de médecine d'urgence

Article R. 6123-1

L'exercice par un établissement de santé de l'activité de soins de médecine d'urgence mentionnée au 14° de l'article R. 6122-25 est autorisé selon une ou plusieurs des trois modalités suivantes :

1° La régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-2 ;

2° La prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation, appelée SMUR, ou la structure mobile d'urgence et de réanimation spécialisée dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons, appelée SMUR pédiatrique ;

3° La prise en charge de l'ensemble des patients accueillis, pour toute situation relevant de la médecine d'urgence, dans la structure des urgences ou dans l'antenne de médecine d'urgence ou exclusivement des enfants dans la structure des urgences pédiatriques.

L'autorisation donnée par l'agence régionale de santé précise la ou les modalités d'exercice de l'activité autorisée.

Article R. 6123-2

L'autorisation de faire fonctionner une structure mobile d'urgence et de réanimation ne peut être accordée à un établissement de santé que s'il a l'autorisation de faire fonctionner soit une structure des urgences, soit une antenne de médecine d'urgence ou s'il obtient simultanément cette autorisation.

Article R. 6123-3

L'autorisation de faire fonctionner une structure mobile d'urgence et de réanimation pédiatrique ne peut être accordée à un établissement de santé que s'il a l'autorisation de faire fonctionner une structure des urgences pédiatriques ou s'il obtient simultanément cette autorisation.

Article R. 6123-4

Pour faire face à une situation particulière, un établissement de santé autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 peut être autorisé à faire fonctionner une structure mobile d'urgence et de réanimation saisonnière.

Article R. 6123-5

À titre exceptionnel, lorsque la situation locale le justifie, un établissement de santé autorisé à exercer l'activité mentionnée au 2° de l'article R. 6123-1 peut être autorisé, après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires, à mettre en place, hors de l'établissement, des moyens destinés à faire fonctionner, de façon temporaire ou permanente, une antenne de la structure mobile d'urgence et de réanimation.

Article R. 6123-6

L'autorisation d'exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 ne peut être délivrée à un établissement de santé que s'il satisfait aux conditions suivantes :

1° Disposer de lits d'hospitalisation complète en médecine ;

2° Disposer d'un accès à un plateau technique de chirurgie, d'imagerie médicale et d'analyses de biologie médicale, en son sein ou par convention avec un autre établissement de santé, avec un cabinet d'imagerie ou avec un laboratoire d'analyses de biologie médicale de ville, ou dans le cadre du réseau mentionné à l'article R. 6123-26.

Article R. 6123-6-1

L'autorisation de faire fonctionner une antenne de médecine d'urgence ne peut être accordée à un établissement de santé que s'il remplit les deux conditions suivantes :

1° Il est titulaire de l'autorisation de faire fonctionner une structure mobile d'urgence et de réanimation sur le même site géographique ou il obtient simultanément cette autorisation ;

2° Dans le cadre d'une convention ou d'une organisation formalisée, il constitue ou participe à une équipe commune avec un ou plusieurs établissements autorisés pour faire fonctionner une structure des urgences

La convention prévue au 2°décrit notamment les modalités d'orientation des patients en dehors des horaires d'ouverture de l'antenne ou lorsque la prise en charge du patient ne peut être assurée sur son site, en cohérence avec la convention constitutive du réseau des urgences mentionnée à l'article R. 6123-29. Elle précise également les protocoles de prise en charge des patients dans l'antenne de médecine d'urgence, ainsi que les conditions d'organisation de l'équipe médicale commune sur les différents sites. Elle est conforme au projet médical ou au projet de soins partagé des établissements membres de l'équipe commune.

Sur décision du directeur général de l'agence régionale de santé, 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 social, il peut être dérogé au 1°, sous réserve que le besoin d'accès aux soins de médecine d'urgence de la population soit couvert par ailleurs.

Article R. 6123-7

Un établissement de santé peut être autorisé à prendre en charge de façon exclusive les enfants malades ou blessés dans une structure des urgences pédiatriques mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1.

Article R. 6123-8

Un établissement de santé peut, compte tenu d'une situation particulière, être autorisé à faire fonctionner une structure des urgences une partie de l'année seulement, à condition que les modalités de prise en charge des patients par un autre établissement autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 soient organisées dans le cadre du réseau prévu à l'article R. 6123-26.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Bretagne

ANNEXE 2 : Documents ayant contribués au diagnostic de l'offre (non exhaustif)

LISTE DES INDICATEURS

Nom court	Description	Source
Pop	Population 2020	INSEE (depuis CartoSanté)
Pop 75	Population des 75 ans et plus 2020	INSEE (depuis CartoSanté)
Part 75	Distribution de la population des 75 ans et plus 2020	INSEE (depuis CartoSanté)
Taux emploi	Taux d'emploi des personnes de 15 à 64 ans en 2020	INSEE (depuis SIRSé)
Taux chômage	Part des chômeurs âgés de 15 à 64 ans dans la population active en 2020	INSEE (depuis SIRSé)
Taux activité	Taux d'activité des personnes de 15 à 64 ans en 2020	INSEE (depuis SIRSé)
Part FF non imp	Part des foyers fiscaux non imposables 2021	DGFIP (depuis SIRSé)
Score FDEP	Score de l'Indicateur de désavantage social (FDep) 2015	CépiDC (depuis SIRSé)
Part ALD	Part des bénéficiaires en ALD dans la population 2022	SNDS (depuis CartoSanté)
APL	Accessibilité Potentielle Localisée médecins généralistes 2022	DREES -IRDES (depuis CartoSanté)
Distance SU	Distance à un service d'urgences le proche 2023	FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS (depuis CartoSanté)
Temps accès SU	Temps d'accès à un service d'urgences le proche 2023	FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS (depuis CartoSanté)
Temps trajet SU	Temps de trajet voiture vers la commune la plus proche accueillant une structure des urgences	Voir Diaporama GTR Groupe thématique régional «Médecine d'urgence » - 19 mars 2024
Offre PDSA	Desription de l'offre PDSA - Lien vers le cahier des Charges 2024	ARS Bretagne - Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires - 2024
RBU	Production du RBU et notamment Panorama de l'activité des structures d'urgence et Le panorama des organisations des services d'urgences	Panorama de l'activité des structures d'urgence 2022 - Réseau Bretagne Urgences (RBU)
FEDORU	Documentation FEDORU	Panoramas – FEDORU
DREES	Documentation en quête de la DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques