

## ÉDITION SPÉCIALE : textes réglementaires

### UNE PLUS GRANDE GRADATION DE L'OFFRE DE SOINS DE MÉDECINE D'URGENCE DANS LE CHAMP PRÉHOSPITALIER

#### 1. CRÉATION D'ÉQUIPES PARAMÉDICALES AU SEIN DES SMUR

*pour les interventions qui ne nécessitent pas la présence d'un médecin*

**Possibilité pour le SAMU d'envoyer, pour une intervention SMUR, une équipe paramédicale, dans un cadre précis :**

- le **médecin régulateur** est à l'**initiative** de la demande d'intervention de cette équipe paramédicale ;
- il est aussi en **supervision** de l'équipe durant l'intervention ;
- c'est le **besoin de médicalisation** requis par l'état de santé du patient qui détermine le type de moyens pouvant être sollicité et non l'offre disponible.

**L'implantation SMUR reste une implantation de médecine d'urgence, avec présence d'un médecin H24.**

#### 3. OFFICIALIZATION DE LA PARTICIPATION DES SAGES-FEMMES À L'URGENCE PRÉHOSPITALIÈRE

La possibilité de déclenchement d'un SMUR médicalisé avec présence à son bord d'un professionnel de santé disposant d'une compétence spécialisée est sécurisée juridiquement, notamment pour les sages-femmes.

#### 5. DISTINCTION ENTRE TRANSFERT INFIRMIER INTERHOSPITALIER (TIIH) URGENT ORGANISÉ PAR LE SAMU ET TIIH NON URGENT NE FAISANT PAS INTERVENIR LE SAMU

Cet article permet de clarifier le pilotage fonctionnel et donc la responsabilité des équipes de TIIH en fonction des missions effectuées (Centre hospitalier de rattachement ou SAMU-Centre 15).

#### 2. ÉLARGISSEMENT DU DISPOSITIF DE MÉDECINS CORRESPONDANTS DU SAMU À LA NOTION PLUS LARGE DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ CORRESPONDANTS DU SAMU

*pour garantir l'accès aux soins de médecine d'urgence dans les territoires où le délai d'accès à des soins médicaux urgents est supérieur à 30 minutes*

Le dispositif des médecins correspondants du SAMU permet aujourd'hui que des médecins exerçant habituellement en cabinet, formés à la médecine d'urgence, interviennent en parallèle du déclenchement d'un SMUR sur demande du SAMU, dans les territoires où le délai d'accès à des soins médicaux urgents est supérieur à 30 minutes. **Ce dispositif est élargi à d'autres corps professionnels** en commençant par les **infirmiers** pour **accroître les possibilités** d'apporter une première réponse de proximité, lorsque la SMUR est éloignée du patient et en attendant l'arrivée de celui-ci. Ceci, toujours en lien continu avec le médecin régulateur du SAMU-Centre 15 et dans l'attente de l'arrivée de la SMUR.

#### 4. CRÉATION DE SAMU RÉFÉRENTS PAR TYPE DE PRISE EN CHARGE (PSYCHIATRIE, GÉRIATRIE, ETC.)

Ceci permet l'échange de bonnes pratiques et la mutualisation de ressources entre les SAMU.

#### 6. OBLIGATION DE DISPOSER D'UNE AMBULANCE POUR TOUT DÉTENTEUR D'AUTORISATION DE SMUR

Sur site ou par convention avec une entreprise de transport sanitaire ou le service d'incendie et de secours dans le cadre d'un appui logistique.

## AUX URGENCES : ADAPTER LES ORGANISATIONS ET L'OFFRE DE SOINS POUR ÉVITER LES FERMETURES

### 7. ANTENNES DE MÉDECINE D'URGENCES :

*pour organiser l'offre hospitalière de médecine d'urgence en inter-établissements et garantir son accès aux usagers*

Les **antennes** correspondent à une offre de médecine d'urgence non H24. L'antenne de médecine d'urgence a pour objet de faciliter le maintien et/ou la création de points d'accès à une offre de médecine d'urgence. Cette structure non H24 offre une plus grande souplesse de fonctionnement et permet ainsi de densifier le maillage de l'offre de soins de médecine d'urgence. Ses caractéristiques et les garanties apportées pour la sécurité des prises en charges sont les suivantes :

Nouvelle structure de médecine d'urgence avec **une appellation en propre**, « antenne de médecine d'urgence » ;

Structure non permanente avec un fonctionnement **sur une plage horaire préalablement définie et fixe, d'au moins 12h** par jour, avec une ouverture tous les jours de l'année ;

Capacité de **prendre en charge toute urgence**, sans réserve ;

**Structure adossée à une SMUR**, afin d'assurer la prise en charge et le transport d'urgence des patients la nuit et ainsi organiser la continuité des soins à la fermeture de l'antenne.

**Obligation de fonctionner en équipe commune a minima médicale avec une structure des urgences ouverte H24** pour un meilleur partage de la charge que représentent les gardes de nuit et pour lutter contre la perte de compétences potentiellement induite par un exercice dans une plus petite structure.

### 10. RECONNAISSANCE DES PLATEAUX TECHNIQUES « D'URGENCES SPÉCIALISÉES »

Les textes apportent une clarification du cadre de fonctionnement des plateaux techniques spécialisés (PTS : « Urgences Main », « Urgences Ophtalmologie », etc.), notamment ceux d'accès direct. Ceux-ci ne sont pas des structures de médecine d'urgence mais pourront en revanche bénéficier d'une reconnaissance sur la base d'un cahier des charges national, qui ouvre droit pour l'établissement à un financement au titre de cette activité.

Pour un ES disposant d'un **plateau technique spécialisé d'accès direct**, la signature d'une **convention** avec un ES autorisé en médecine d'urgence est obligatoire.

### 8. RÉGULATION DE L'ACCÈS AUX STRUCTURES DES URGENCES :

*pour pérenniser cette possibilité déjà mise en œuvre dans les territoires en difficulté tout en renforçant le contrôle de ces organisations*

Il s'agit de pérenniser les modalités de régulation de l'accès aux structures des urgences mises en place à l'été 2022. Deux situations de mise en œuvre de cette régulation de l'accès à la structure des urgences sont identifiées :

**A. Une régulation permanente** : dans le cadre d'une organisation concertée, sur un territoire donné, il peut être envisagé de réguler l'accès à une ou plusieurs structures des urgences ou antennes de médecine d'urgence.

**B. Une régulation sur une période déterminée** : dans le cadre d'une organisation de crise, locale et temporaire, lorsque les circonstances le justifient, il peut être envisagé de réguler l'accès à une ou plusieurs structures des urgences ou antennes de médecine d'urgence.

### 9. CLARIFICATION DE LA POSSIBILITÉ DE RENFORT PAR UN MÉDECIN NON-URGENTISTE AU SEIN DE LA STRUCTURE DES URGENCES, AFIN DE LUTTER CONTRE LES TENSIONS SUR LES RESSOURCES HUMAINES MÉDICALES

Cette clarification rappelle et consolide la possibilité, sous la responsabilité du responsable de la structure de médecine d'urgence, d'inscrire au tableau de service un médecin non urgentiste.

### 11. CLARIFICATION DES OBLIGATIONS D'AFFICHAGE

- Elargissement aux établissements psychiatriques, organisant un accueil permanent de tout patient pour des motifs psychiatriques, de la possibilité de faire connaître cette activité au grand public en affichant : « urgences psychiatriques ».
- Création d'un affichage « urgences + spécialité » pour les plateaux techniques spécialisés d'accès direct.

## EN AVAL DES URGENCES : GÉNÉRALISER LA GESTION DES LITS ET RENFORCER LA COOPÉRATION AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT COMME À L'ÉCHELLE DU TERRITOIRE

### 11. OBLIGATION POUR LES ES AYANT UNE SU OU UNE ANTENNE DE MÉDECINE D'URGENCE DE METTRE EN PLACE UN DISPOSITIF DE GESTION DES LITS DANS L'ES OU AU NIVEAU DU GHT / TERRITOIRE

Ce dispositif porte sur l'activité d'hospitalisation programmée **et non-programmée**.

L'établissement :

- Soit met en place un dispositif de gestion des lits ;
- Soit participe à un dispositif mis en place soit, lorsqu'il appartient à un groupement hospitalier de territoire, par ce groupement, soit conjointement avec d'autres établissements.

Il partage en son sein et avec les autres établissements membres de son groupement hospitalier de territoire, ainsi que, le cas échéant, avec la structure coordinatrice et les autres établissements du territoire membres du réseau des urgences, les informations relatives à la **disponibilité** des lits.