

## Note pour les lecteurs

La rédaction de cette fiche est complètement révisée par rapport à la version du PRS publiée le 31 octobre 2023

# VOLET 1

RÉVISION JUIN 2025

Activités de soins  
et équipements  
matériels lourds  
soumis à autorisation

**Fiche 1.15**

**Activité de Médecine d'urgence**

Activité de médecine d'urgence : rédaction complètement révisée par rapport à la version publiée le 31/10/2023

## Fiche 1.15

# Activité de Médecine d'urgence

La fiche 15 « médecine d'urgence » qui suit est issue de la révision du PRS de juin 2025. Elle se substitue à la fiche « médecine d'urgence » qui avait été formulée lors de la publication initiale du PRS3 en novembre 2023. Cette nouvelle mouture est liée à la publication en décembre 2023 des décrets fixant les conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement de la médecine d'urgence.

### I. L'offre en Île-de-France en avril 2025

Les structures d'urgences (SU) adultes et pédiatriques (SUP) occupent une place centrale dans l'organisation de l'offre de soins non programmés francilienne.

La médecine d'urgence évolue, s'éloignant parfois de sa mission de prise en charge des urgences vitales et ressenties, pour répondre à des besoins en soins qui relèveraient davantage d'autres filières de prise en charge.

En s'appuyant sur le développement du SAS<sup>1</sup>, la mise en place de la réorientation vers la ville depuis l'accueil des urgences ou encore sur le déploiement de coordonnateurs de parcours dans les SU, la médecine d'urgence participe à la structuration de parcours de soins non programmés garantissant à chaque francilien un accès aux soins de qualité.

La médecine d'urgence s'articule de façon cohérente, alliant conformément aux textes réglementaires, la régulation médicale comme outil d'orientation et d'efficacité (SAMU), une prise en charge rapide au plus près des patients (SMUR) et des services d'accueils polyvalents (SU et SUP)

La région Île-de-France dispose d'un réseau de recours aux soins urgents hospitaliers qui permet d'assurer pour la quasi-totalité des Franciliens une couverture en moins de 30 minutes, conformément aux orientations nationales. La densité régionale en structure d'urgence avoisine la densité nationale, qui est à environ d'une SU pour 100 000 habitants. Il peut donc être estimé que le besoin en matière de structure d'urgence est suffisamment couvert sur la région.

L'offre francilienne totalise, en avril 2025, 89 sites autorisés à exercer l'activité de médecine d'urgence parmi lesquels :

- 86 établissements autorisés pour une SU dont 30 également autorisés pour une structure des urgences pédiatriques ;

---

<sup>1</sup> Service d'accès aux soins

- 3 établissements autorisés pour une structure d'urgence pédiatrique ;
- 36 SMUR ;
- 5 SMUR pédiatriques ;
- 8 SAMU ;
- Par ailleurs l'Île-de-France est dotée d'un HéliSMUR.

Depuis plusieurs années, cette offre est régulièrement déstabilisée par les fermetures et délestages programmés ou non de certaines SU et lignes de SMUR. Ces difficultés à maintenir l'offre existante s'expliquent aussi bien par un défaut de personnel médical et paramédical que par une saturation des lits d'aval.

Le 30 décembre 2023, les décrets relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement de la médecine d'urgence ont été publiés. Cette réforme permet une adaptation de l'organisation de l'offre de médecine d'urgence en regard des difficultés constatées ces dernières années mais a également pour objectif de replacer le patient dans la bonne filière de soins.

### L'accueil des enfants et adolescents dans les services d'urgence :

Les urgences pédiatriques sont prises en charge au sein de :

- 3 SUP (56 000 à 86 000 passages annuels par SUP),
- 86 SU, dont 30 sites également autorisés pour une structure des urgences pédiatriques (dont 16 sites accueillant plus de 30 000 enfants chaque année).

La réforme des autorisations de médecine d'urgence rappelle l'importance de la prise en charge de tout patient se présentant dans une structure d'urgence, y compris les enfants. La mise en place d'un parcours pédiatrique spécifique est nécessaire en cas de flux important d'enfants. Cette organisation est déjà en place dans de nombreuses structures d'urgences pédiatriques. Ces établissements doivent ainsi remplir l'ensemble des conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement requises pour une autorisation de structure des urgences pédiatriques.

Les nouveaux décrets ne précisent pas de bornes d'âge spécifiques pour les patients pris en charge dans les structures d'urgence pédiatriques. Il appartient donc aux établissements d'adapter leurs prises en charge aux patients se présentant dans leurs services.

Pour les SMUR pédiatriques, une régulation régionale des transports secondaires pédiatriques a pu être mise en place dans le courant du PRS2.

Sur les dernières années, les structures d'urgences pédiatriques et toute la filière d'aval ont été mises en grande difficulté notamment à l'occasion des épidémies automno-hivernales mais aussi par un afflux d'enfants et d'adolescents présentant des signes de souffrance psychique.

Une grande particularité des structures de médecine d'urgence pédiatrique (en dehors des 3 SUP) est leur intégration au service d'hospitalisation de pédiatrie du site, une gouvernance commune et une mutualisation sont possibles. Cette organisation facilite par exemple la fluidité d'aval des urgences mais fragilise les équipes. Ces difficultés ont été responsables de la fermeture d'un site d'urgence pédiatrique dans les Hauts-de-Seine et durant l'hiver 2022-2023 de la mise en place d'un accès régulé aux urgences depuis octobre 2022 dans un site des Yvelines.

## II. Présentation du cadre réglementaire de l'activité

Les principaux objectifs de la réforme des autorisations de médecine d'urgence sont :

- Offrir de nouvelles modalités d'accueil et de prise en charge des patients dans une filière de soins non programmés adaptée à leurs besoins,
- Renforcer les parcours des patients accueillis aux urgences qui relèvent de filières spécifiques grâce à la constitution d'un réseau des urgences regroupant plusieurs spécialités,
- Reconnaître l'identification d'urgences spécialisées pour certaines activités.

Conformément aux articles R.6123-1 et R.6123-4, R.6123-5, R.6123-8, R.6123-9 du Code de la santé publique, les modalités d'exercice de la médecine d'urgence sont soumises à autorisation et se distinguent en Île-de-France selon trois modalités déclinées en plusieurs mentions :

- SAMU (Service de l'Aide Médicale Urgente) ;
- SMUR (Service mobile d'Urgence et de Réanimation terrestre et hélicoptéré) ;
- SMUR pédiatriques ;
- Structures d'urgences (SU) ;
- Antennes de médecine d'urgence ;
- Structures d'urgences pédiatriques.

La région Île-de-France dispose également d'un SAMU de coordination zonale et d'une régulation régionale pédiatrique. Ces deux missions sont portées par le SAMU de Paris.

## III. Zonage

Activité de soins	Activités de proximité	Activités Territoriales	Activités Régionales
<b>Médecine d'urgence</b>	Service d'accueil des urgences adulte Antenne de médecine d'urgence Service d'accueil des urgences pédiatrique Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) adulte	Services d'aide médicale urgente (SAMU adulte et SAMU pédiatrique) SMUR pédiatrique	

## IV. Évaluation des besoins à 5 ans

L'Île-de-France se distingue par une densité importante de structures d'urgence à haut volume d'activité. Cette spécificité constitue un défi dans les capacités d'évolution et d'adaptation du réseau francilien.

- Une progression tendancielle de l'activité

Malgré les différentes mesures mises en place depuis plusieurs années, comme le SAS ou la Mesure 5 du Pacte de Refondation des Urgences visant à diminuer le passage des patients de plus de 75 ans, l'activité dans les SAU continue de progresser, atteignant 4 234 810 passages en 2024 versus 3 765 955 passages en 2019 (+ 12,45%), intégration faite de la forte diminution d'activité pendant la crise Covid-19. Ces résultats sont à analyser au regard de l'amélioration de la remontée des RPU.

Pour l'activité préhospitalière, le nombre de dossiers de régulation médicale (DRM) est passé de 1 679 341 en 2019 à 2 097 619 en 2022 (+19,94%) alors que le nombre de sorties SMUR (primaires, secondaires et TIIH) a diminué, passant de 112 806 en 2019 à 101 559 en 2022 (- 11,07%). Ces résultats sont le reflet de la montée en charge des SAS dans notre région.

### – Une prise en charge renforcée pour certains publics

Certains publics requièrent une attention particulière, qui nécessite une prise en charge spécifique au sein de la structure d'urgence. Les personnes âgées en font partie et le vieillissement de la population implique de renforcer la qualité de leurs prises en charge. Si l'admission directe des patients âgés est à privilégier, les SU constituent leur accueil principal, ce qui n'est pas sans conséquence sur leur état physique et mental. En 2023, 36% des personnes de plus de 75 ans prises en charge aux urgences y restaient plus de huit heures<sup>2</sup>. Le taux d'hospitalisation étant important pour ce public, la fluidification de l'aval des urgences est impérative.

Par ailleurs, les patients nécessitant une prise en charge psychiatrique aux urgences impliquent une prise en charge renforcée. Le taux d'hospitalisation des patients pour motif psychiatrique étant plus élevé que pour d'autres motifs, les capacités de prise en charge au sein de la SU et la fluidification de l'aval restent des enjeux majeurs.

### – Des évolutions liées aux modifications du cadre réglementaire, notamment avec la création d'urgences spécialisées

D'un point de vue organisationnel, les textes appellent à une modification des pratiques au sein des structures des urgences. Si tous les patients se présentant aux urgences se doivent d'être accueillis, la réforme des autorisations formalise la pratique de la réorientation des patients vers la ville lorsque leur prise en charge ne relève pas de la médecine d'urgence.

Le nouveau cadre réglementaire introduit également la notion d'urgences spécialisées, qui sont des plateaux techniques spécialisés directement accessibles par les patients à tout moment (article R6123-32-2 du CSP). Ces urgences spécialisées ne relèvent pas d'une autorisation de structure d'urgence. Des guides par spécialité, en cours de rédaction par le Ministère en charge de la santé et de l'accès aux soins permettront d'affiner les modalités organisationnelles. Conformément aux textes, les activités prioritaires seront les urgences ophtalmologiques et les urgences mains.

---

<sup>2</sup> Enquête « Urgences », DREES, 2023.

- Des structures d'urgence à réorganiser au vu des difficultés persistantes en ressources humaines.

Au vu de l'évolution d'activité et de l'accroissement du déficit en ressources humaines sur notre territoire, le maintien de l'offre et une répartition des moyens sont à prévoir. A ce titre, la réforme des autorisations permet la mise en place d'antennes de médecine d'urgence. L'équipe médicale d'une antenne est alors mutualisée avec une structure des urgences ouverte H24, permettant ainsi, dans des territoires particulièrement en tension, de maintenir une offre cohérente avec les ressources humaines en regard.

L'antenne de médecine d'urgence devra ainsi répondre aux obligations réglementaires suivantes :

- Ouverture a minima 12h consécutives tous les jours de l'année,
- Présence d'un SMUR sur site ou SMUR accessible en 30 minutes sur le territoire de l'antenne sous réserve d'une dérogation du DG ARS,
- Mise en place d'une équipe commune territoriale, a minima médicale,
- Mise en place d'une organisation de l'UHCD en cohérence avec les horaires d'ouverture de l'antenne.

## V. Objectifs qualitatifs de l'offre de soins fixés pour la durée de validité du PRS

- **Optimiser les organisations tout en garantissant une offre suffisante de structures d'urgence et d'antennes de médecine d'urgence :** les créations d'activité interviendront uniquement par recomposition de l'offre existante, avec une application des nouvelles dispositions, notamment en ce qui concerne la mutualisation de l'équipe médicale avec une structure des urgences ouverte en permanence. L'impact territoriale d'une transformation en antenne devra être prise en compte, afin de ne pas déstabiliser le territoire.
- **Optimiser l'articulation entre l'hôpital et la ville** via plusieurs actions phares :
  - o Favoriser la mise en place de protocoles de réorientation depuis la SU vers la ville, notamment via le SAS et les CPTS ;
  - o Mettre en place un coordonnateur de parcours dans chaque structure d'urgence.
- **Optimiser la régulation territoriale :** en matière de régulation, réaffirmer le rôle pivot du SAMU/SAS, garant de l'organisation de l'offre de soins de proximité, départementale mais aussi régionale pour tout ce qui est filière (caisson hyperbare, trauma center, grands brûlés...).

Pour le SMUR, l'organisation des unités mobiles paramédicalisées hospitalières (UMHP) ainsi que les transferts infirmiers inter hospitaliers (TIIH) pourra se développer sur l'ensemble du territoire à moyens constants.

Dans l'objectif d'optimisation des organisations, la réforme des transports sanitaires urgents (TSU) prévoit la formalisation d'une convention tripartite entre le

SAMU, l'ATSU<sup>3</sup> et le SDIS<sup>4</sup>. Cette convention a pour but de définir les modalités de coopérations entre les acteurs afin d'optimiser l'organisation des moyens ambulanciers pour s'adapter aux besoins de la population.

- **Améliorer l'aval des urgences** : pour la gestion des lits, des cellules devront être mises en place dans tous les établissements de santé.

Les actions menées au titre de la mesure 5 du PACTE de refondation des Urgences doivent continuer de se développer.

- **Mieux anticiper les périodes de tension sur les structures d'urgence pour organiser l'offre de soins lors de ces périodes** : l'Agence insiste sur la nécessité des établissements sièges de SU de s'organiser en amont de périodes de tension plus ou moins prévisibles, notamment par l'élaboration et la mise à jour régulière d'un plan de gestions des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (PTGHSSE).

La mise en place de protocoles de réorientation et de sortie des patients construits avec la ville est préconisée et fera l'objet d'un suivi.

En outre, trois plans et doctrines régionales sont identifiés et doivent être connus par les structures concernées :

- Le plan de montée en puissance des SAMU, (reprenant la partie réserve opérationnelle du plan rebond élaborée pendant la période COVID) ;
  - La doctrine régionale relative au délestage d'une structure d'urgence ;
  - La doctrine régionale relative à la régulation de l'accès aux urgences (dans le but d'encadrer la mise en place d'une régulation de l'accès à un service d'urgence pour une durée déterminée et en cohérence avec l'offre du territoire).
- **Mieux connaître et mieux mesurer l'activité des urgences et des soins non programmés** : le travail d'analyse des données se poursuit, il y a un enjeu financier important à fiabiliser les RPU<sup>5</sup> qui sont la base du financement des urgences que ce soit en termes de qualité, d'actes ou de dotation populationnelle. Un appui auprès des éditeurs de logiciels doit être envisagé.

Les outils de prédiction et de surveillance des tensions doivent être améliorés, notamment l'indicateur « lits brancards » qui doit être développé. Le déploiement du SI-SMUR (système d'informatisation des SMUR) « SMUR CONNECT » sur l'ensemble de la région d'ici la fin de l'année 2025 permettra d'évaluer plus finement l'activité de notre territoire.

---

<sup>3</sup> ATSU : association départementale de transports sanitaires urgents

<sup>4</sup> SDIS : service départemental d'incendie et de secours

<sup>5</sup> RPU : résumés de passage aux urgences

- **Améliorer l'attractivité de la spécialité et des structures** : les infirmiers en pratique avancée (IPA) doivent contribuer à l'accueil des urgences. Les retours d'expériences des structures des urgences accueillant des IPA devront être effectués, pour définir précisément leur positionnement dans l'organisation des services d'urgence.

Une attention particulière sera portée aux conditions matérielles d'exercice (logistique) et aux modalités d'accompagnement apportées aux professionnels en cas de litige.

L'activité la plus attractive reste le SMUR, les conditions de travail en régulation et au sein du SAU étant considérées comme plus pénibles par les professionnels. Les postes à temps partagés et la mutualisation doivent être progressivement généralisés sur la région afin de favoriser l'attractivité de la médecine d'urgence.

- **Mieux répondre aux besoins urgents en psychiatrie** : la coopération entre médecine d'urgence et psychiatrie doit être renforcée à toutes les étapes du parcours :
  - o En amont, en particulier via le déploiement progressif d'une régulation spécialisée en psychiatrie adossée aux SAS et l'inclusion d'un plus grand nombre de patients suicidants dans le dispositif Vigilans de veille de la réitération suicidaire ;
  - o Dans l'accueil et la prise en charge des urgences, par l'organisation au sein des SAU de l'accès à un avis ou un accueil spécialisé renforcé et dans des locaux spécifiquement adaptés si le nombre de passages l'exige ;
  - o En aval, pour assurer l'accès plus rapide aux soins de post-urgence, en hospitalisation quand cela est nécessaire, comme à temps partiel ou en ambulatoire, à chaque fois que cela est possible.

**Les indicateurs suivis pour évaluer la mise en œuvre du PRS sont :**

- La mise en place de protocoles de réorientation et le nombre de réorientations réalisées ;
- La diminution du nombre de lits brancards ;
- La transmission automatisée des interventions SMUR.

## **VI. Déclinaison territoriale des objectifs qualitatifs**

**SMUR :**

Hauts-de-Seine : nouvelle implantation pour couvrir le nord du territoire en prévision de la fermeture prévue d'un site hospitalier dans le nord du département.

**Structures des urgences :**

La cible restant un maintien de l'activité existante, il n'est pas envisagé de diminution de la borne basse concernant les structures des urgences, sauf à Paris, en raison d'une régularisation programmée du nombre d'implantations, pour tenir compte d'activités d'urgences spécialisées, dans le contexte d'évolution réglementaire lié aux plateaux techniques spécialisés d'accès direct.

Cependant, des transformations de structures d'urgence en antenne de médecine d'urgence pourraient intervenir dans certains territoires.

Par ailleurs, dans le cadre d'une opération de recomposition dans le nord de l'Essonne, le nombre d'implantations a récemment évolué pour les services d'urgences pédiatriques.

#### Antennes de médecine d'urgence :

Pour l'ensemble du territoire régional, la borne basse d'antennes de médecine d'urgence, est fixée à zéro, car cette activité n'existe pas dans l'offre de soins en avril 2025. Les créations d'antennes de médecine d'urgence interviendront uniquement par recomposition de l'offre de SU existante. Afin de ne pas déstabiliser l'offre et d'assurer une couverture suffisante en SU, seuls certains territoires pourraient être concernés par la mise en place d'antennes de médecine d'urgence.

Toute demande d'autorisation d'antenne de médecine d'urgence sera étudiée en fonction de l'impact sur le territoire et de la capacité à s'organiser en équipe commune, notamment médicale, avec une structure d'urgence ouverte H24.

## VII. Implantations opposables : Objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS)

Services d'aide médicale d'urgence (SAMU)			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé au 01/04/2025	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
<b>Paris-petite couronne</b>			
75	1	1	1
92	1	1	1
93	1	1	1
94	1	1	1
<b>Grande couronne</b>			
77	1	1	1
78	1	1	1
91	1	1	1
95	1	1	1
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

Services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) adulte			
Zone de répartition des activités = proximité	Existant autorisé au 01/04/2025	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
<b>Paris-petite couronne</b>			
75	4	4	4
92	2	2	3
93	4	4	4
94	2	2	2
<b>Grande couronne</b>			
77 nord	3	3	3
77 sud	5	5	5
78 nord	2	2	2
78 sud	2	2	2
91 nord	3	3	3
91 sud	3	3	3
95 est	1	1	1
95 ouest	2	2	2
95 sud	2	2	2
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>36</b>

Services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) pédiatrique			
Zones de répartition des activités = départements	Existant autorisé au 01/04/2025	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
<b>Paris-petite couronne</b>			
75	2	2	2
92	1	1	1
93	1	1	1
94	0	0	0
<b>Grande couronne</b>			
77	0	0	0
78	0	0	0
91	0	0	0
95	1	1	1
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>

Structure des urgences (SU)			
Zone de répartition des activités = proximité	Existant autorisé au 01/04/2025	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
<b>Paris-petite couronne</b>			
75	13	11	13
92	11	11	11
93	12	12	12
94	9	9	9
<b>Grande couronne</b>			
77 nord	5	5	5
77 sud	6	6	6
78 nord	6	6	6
78 sud	5	5	5
91 nord	5	5	5
91 sud	5	5	5
95 est	2	2	2
95 ouest	4	4	4
95 sud	3	3	3
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>84</b>	<b>86</b>
Structure des urgences (SU) pédiatrique			
Zone de répartition des activités = proximité	Existant autorisé au 01/04/2025	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
<b>Paris-petite couronne</b>			
75	3	3	3
92	4	4	4
93	5	5	5
94	4	4	4
<b>Grande couronne</b>			
77 nord	3	3	3
77 sud	3	3	3
78 nord	2	2	2
78 sud	2	2	2
91 nord	1	1	1
91 sud	2	2	2
95 est	1	1	1
95 ouest	1	1	1
95 sud	2	2	2
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>33</b>	<b>33</b>

Antennes de médecine d'urgence			
Zone de répartition des activités = proximité	Existant autorisé au 01/04/2025	Implantations cibles (OQOS)	
		Borne basse	Borne haute
<b>Paris-petite couronne</b>			
75	0	0	0
92	0	0	1
93	0	0	1
94	0	0	0
<b>Grande couronne</b>			
77 nord	0	0	0
77 sud	0	0	0
78 nord	0	0	1
78 sud	0	0	1
91 nord	0	0	1
91 sud	0	0	0
95 est	0	0	1
95 ouest	0	0	1
95 sud	0	0	1
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>

DOCUMENT SOUMIS A CONSULTATION