

**Arrêté portant modification du Schéma régional d'organisation sanitaire
du Languedoc-Roussillon**

Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du Languedoc – Roussillon

Vu le Code de la santé publique,

Vu l'arrêté DIR/N°075/2006 du 29 mars 2006 modifié du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du Languedoc-Roussillon, relatif au Schéma Régional d'Organisation Sanitaire du Languedoc-Roussillon, modifié par les arrêtés DIR N°093/2006 du 14 avril 2006, DIR /N°98/2007 du 2 mai 2007, DIR/N°004/2008 du 7 janvier 2008,

VU le volet spécifique du SROS relatif à la Médecine d'urgence élaboré en application des décrets n°576 et 577 du 22 mai 2006,

Vu les avis des conférences de santé du territoire,

Vu l'avis du comité régional de l'organisation sanitaire en date du 5 mai 2008,

Vu l'avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale en date du 19 mai 2008,

Vu l'avis de la commission exécutive de l'Agence régionale de l'hospitalisation du Languedoc-Roussillon en date du 25 juin 2008,

ARRETE

Article 1: Le SROS du Languedoc- Roussillon est complété par le volet relatif à la Médecine d'urgence ci-annexé qui remplace les dispositions antérieures (filères liées à l'urgence, p30 à 43).

Article 2: Les dispositions de l'annexe opposable du schéma régional d'organisation sanitaire sont modifiées ainsi qu'il suit :

1. Territoire de santé de Perpignan

Médecine d'urgence		Implantations
Modalités	SAMU Dispositif de régulation	1
	Structure Des Urgences Accueil et traitement des urgences	4 Pour mémoire +1 Puigcerda
	Structure Des Urgences pédiatriques	1
	SMUR (avec concours des pédiatres)	1 et une antenne
Plateaux techniques spécialisés	Traumatismes crânio cérébraux et médullaires graves	1
	En Neurovasculaire	1
	En cardiologie	2

2. Territoire de santé de Narbonne

Médecine d'urgence		Implantations
Modalités	Structure Des Urgences Accueil et traitement des urgences	2
	SMUR	1

3- Territoire de santé de Carcassonne

Médecine d'urgence		Implantations
Modalités	SAMU Dispositif de régulation	1
	Structure Des Urgences Accueil et traitement des urgences	3
	SMUR	1 1 antenne
	Plateau technique spécialisé	En Neurovasculaire

4 – Territoire de santé de Béziers – Sète

Médecine d'urgence		Implantations
Modalités	Structure Des Urgences Accueil et traitement des urgences	4
	SMUR	2 1 antenne estivale
	Plateau technique spécialisé	En Neurovasculaire

5- Territoire de santé de Montpellier

Médecine d'urgence		Implantations
Modalités	SAMU Dispositif de régulation	1
	Structure Des Urgences Accueil et traitement des urgences	6
	Structure Des Urgences pédiatriques	1
	SMUR (avec concours des pédiatres)	1
		2 antennes

Plateaux techniques spécialisés	Poly traumatismes graves complexes et multiples	1
	Traumatismes crânio cérébraux et médullaires graves	1
	En Neurovasculaire	2
	En cardiologie	3
	Pour les grands brûlés	1

6. Territoire de santé Nîmes – Bagnols-sur-Cèze

Médecine d'urgence		Implantations
Modalités	SAMU Dispositif de régulation	1
	Structure Des Urgences Accueil et traitement des urgences	3
	Structure Des Urgences pédiatriques	1
	SMUR (avec concours des pédiatres)	1
	Plateaux techniques spécialisés	Traumatismes crânio cérébraux et médullaires graves
	En Neurovasculaire	1
	En cardiologie	2

7. Territoire de santé d'Alès

Médecine d'urgence		Implantations
Modalités	Structure Des Urgences Accueil et traitement des urgences	2
	SMUR	1

8 – Territoire de santé de Mende

Médecine d'urgence		Implantations
Modalités	SAMU Dispositif de régulation	1
	Structure Des Urgences Accueil et traitement des urgences	1
	SMUR	1

Article 3 : Le secrétaire général de l'agence régionale de l'hospitalisation du Languedoc-Roussillon, le directeur régional des affaires sanitaires et sociales du Languedoc-Roussillon, les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales de l'Aude, du Gard, de l'Hérault, de la Lozère et des Pyrénées-Orientales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au *Recueil des actes administratifs* de la préfecture de la région Languedoc-Roussillon.

Fait à Montpellier, le 11 juillet 2008

Docteur Alain CORVEZ

SROS III

Volet Urgence

**Propositions
pour la prise en charge des Urgences
et son articulation avec la Permanence des Soins
en Languedoc-Roussillon**

Document soumis à la COMEX du 25 juin 2008

SOMMAIRE

GRUPE DE TRAVAIL

I. INTRODUCTION CONTEXTE REGLEMENTAIRE	4
II. REGULATION PRE-HOSPITALIERE DES URGENCES	7
A. Rappel de l'organisation en place :	9
1. Les SAMU	9
2. Les SMUR	9
3. Les transports hélicoptés	10
4. Les MCS (médecins correspondants SAMU)	10
5. La CROP (Cellule régionale d'orientation en périnatalité)	10
6. Les urgences pédiatriques	10
7. Le système d'information (SIU LR)	11
B. De nécessaires voies de progrès doivent être explorées :	11
III. ACTIVITE DE SOINS DE MEDECINE D'URGENCES ET PERMANENCE DES SOINS 12	
A. Les différents scénarios autour de l'organisation des urgences en région	13
1. Scénario N° I :	15
2. Scénario N° II :	17
3. Scénario N° III :	18
4. Synthèse des différents scénarios :	20
B. Propositions	22
Synthèse des propositions par département	23
1. Département des Pyrénées-Orientales	23
2. Département de l'Aude	25
3. Département de l'Hérault	28
4. Département du Gard	32
5. Département de la Lozère	35
IV. LES PLATEAUX TECHNIQUES SPECIALISES	37
A. Contexte pour leur mise en place	38
B. Types de plateaux techniques spécialisés retenus et répartition territoriale.....	39
1. Plateaux techniques spécialisés pour les polytraumatismes graves, complexes et multiples	39
2. Plateaux techniques spécialisés pour les traumatismes crânio-cérébraux et médullaires graves	41
3. Plateaux techniques spécialisés en neuro-vasculaires	42
4. Plateaux techniques spécialisés en cardiologie	43
5. Plateaux techniques spécialisés pour les grands brûlés	45
6. Plateaux techniques non retenus	45
C. Les plateaux techniques spécialisés en Languedoc Roussillon	45
V. LE RESEAU DE PRISE EN CHARGE DES URGENCES	48
A. Principaux éléments pour leur mise en place	49
B. Le réseau des urgences en Languedoc Roussillon	52

ANNEXES
GLOSSAIRE

GROUPE DE TRAVAIL

Coordonnateur du groupe :

Dr RAZAT Jean-François	Médecin Conseil	ERSM
------------------------	-----------------	------

Membres du groupe :

Dr GUYONNET Jean-Paul	Médecin Inspecteur Régional	DRASS
Dr JALABERT Pierre	Médecin	ELSM Nîmes
Mme NIEL Jo	Chargée de mission	CRAM
Mme PASSOUANT Marie-Claude	Adjointe au Directeur	URCAM
Mme VIDAL-BORROSSI Françoise	Chargée de mission	AROMSA

Ont été associés :

Dr BOURDIOL-RAZES Martine	Médecin Inspecteur	DDASS de l'Hérault
Dr BROCHE Béatrice	Médecin Inspecteur	DDASS du Gard
Dr BUIGUES René-Pierre	Médecin Inspecteur	DDASS de l'Aude
Dr GIUNTA Bruno	Médecin Inspecteur	DDASS de la Lozère
Dr NAMIAS Jocelyn-Guy	Médecin Inspecteur	DDASS de l'Hérault
Dr RAZES Claude	Médecin Inspecteur	DRASS
Dr VINOT Aline	Médecin Inspecteur	DDASS des P.O.

I. INTRODUCTION

CONTEXTE REGLEMENTAIRE

La parution le 22 mai 2006* de deux décrets relatifs à la médecine d'urgence et aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence, a redéfini l'activité de soins de médecine d'urgence et apporte des modifications dans l'organisation sanitaire du dispositif de prise en charge des urgences.

Les appellations «SAU» et «UPATOU» disparaissent et sont remplacées par l'appellation «structures d'urgence». Les dénominations «POSU» sont supprimées et ces structures pourront évoluer vers des «plateaux techniques spécialisés».

Des réseaux de prise en charge des urgences doivent être constitués au sein des territoires de santé et entre ces territoires. Une lettre DHOS du 9 juin 2006* demande aux ARH d'intégrer ces dispositions dans une révision du volet du SROS III relatif à l'urgence, notamment pour ce qui concerne l'organisation par territoire de santé.

Enfin un arrêté du 12 juillet 2006* fixe un seuil d'activité minimal à 8 000 passages pour être autorisé à exercer une activité de médecine d'urgence.

En juillet 2006 un groupe de travail en charge de la révision du volet urgence du SROS III est mis en place par l'ARH.

Les responsables des SAMU de la région ont été conviés à une réunion en novembre 2006. Cette première concertation a permis d'évoquer les problématiques existantes en matière de prise en charge des urgences et d'aborder l'implantation optimale des structures de médecine d'urgence pour chaque territoire de santé. Les différents types de plateaux techniques spécialisés à mettre en place ont également été discutés avec pour chacun les principales pathologies qui seraient à prendre en charge.

En décembre 2006, le groupe de travail « urgences » produisait un document technique de synthèse sur la prise en charge des urgences et son articulation avec la permanence des soins en Languedoc-Roussillon. Ce document, en analysant l'offre et le besoin de soins, a permis de dresser un état des lieux à la fois de l'organisation des urgences mais également de la permanence des soins sur les différents territoires de santé de la région. Des propositions de répartition des activités d'urgences par territoires de santé ont été faites, ainsi que des grands principes d'organisation.

En mars 2007, les nouvelles autorisations, pour les activités des structures d'urgences, SMUR et SAMU, étaient délivrées conformément aux décrets de mai 2006.

Dans l'intervalle paraissaient plusieurs textes impactant très directement l'organisation de la prise en charge des urgences. Un arrêté du 12 février 2007* redéfinit le rôle du médecin correspondant du SAMU. Un arrêté également du 12 février 2007* décrit la fiche de dysfonctionnement et son utilisation comme outil de signalement et « d'alerte » dans le cadre de la mise en œuvre du réseau des urgences. Une circulaire DHOS du 13 février 2007* relative à la prise en charge des urgences apporte les précisions nécessaires à la mise en place du réseau des urgences.

Enfin une circulaire DHOS/DSS/CNAMTS du 23 mars 2007* donne des directives claires sur la mise en place des Maisons Médicales de Garde.

Au vu de l'ensemble de ces nouveaux textes et de plusieurs rapports existants (Dr Jean-Yves GRALL sur les maisons médicales de garde*, MEAH sur l'organisation des centres 15* et sur le temps de passage aux urgences*, rapport d'information déposé à l'Assemblée Nationale par Monsieur Georges COLOMBIER sur la prise en charge des urgences médicales*), le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en avril 2007 a demandé au groupe de travail « Urgences » de réactualiser les propositions d'organisation de la prise en charge des urgences.

De plus il a été demandé que soient auditionnés les acteurs de terrain sur ces propositions d'organisation.

En août 2007, le Docteur Jean-Yves GRALL remet un rapport au ministre de la santé sur des propositions d'adaptation de la permanence des soins*. Ces propositions intéressantes seront intégrées à la réflexion du groupe de travail.

A la fin de l'année 2007, une circulaire interministérielle* a mis l'accent sur la nécessité d'établir une mise en cohérence des Schémas Départementaux d'Analyse et de Couverture des Risques (SDACR) et des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS),

La concertation avec les acteurs de terrain a débuté en septembre 2007 à l'ARH avec une réunion regroupant les responsables des SAMU de la région, des représentants des établissements privés, des représentants de l'Assurance Maladie et des représentants des DDASS et DRASS. Cette rencontre a permis d'analyser les plateaux techniques spécialisés à mettre en place dans la région, de lancer la réflexion sur le réseau des urgences avec la mise en place d'un pôle régional de ressources et de références et de valider la démarche de concertation auprès des sous-comités médicaux des CODAMUPS.

La concertation du sous-comité médical du CODAMUPS de chaque département de la région sur les propositions d'organisation de la prise en charge des urgences s'est déroulée au cours du mois d'octobre 2007.

L'ensemble de cette réflexion issue de la concertation des acteurs de terrain, fait l'objet de ce deuxième document technique élaboré par le groupe de travail « urgences » qui vient compléter et parfois amender le premier document remis en décembre 2006. Ces deux documents techniques devraient permettre l'élaboration finale du projet de nouveau volet « urgences » du SROS III qui devra être soumis à la concertation prévue réglementairement.

* Liste des textes et rapports en annexe I

II. REGULATION PRE- HOSPITALIERE DES URGENCES

L'organisation maillée du dispositif de prise en charge des urgences par les acteurs hospitaliers associés aux acteurs libéraux des soins primaires est le pari fait dans ce schéma d'organisation des urgences en Languedoc Roussillon pour les cinq années à venir.

C'est un pari ambitieux, c'est aussi un pari courageux car il vise pour la première fois à mettre en synergie des professionnels actuellement régis par des modes de fonctionnement cloisonnés et trop peu coordonnés. Il préfigure les évolutions attendues de donner plus de transversalité aux modes de prise en charge des patients.

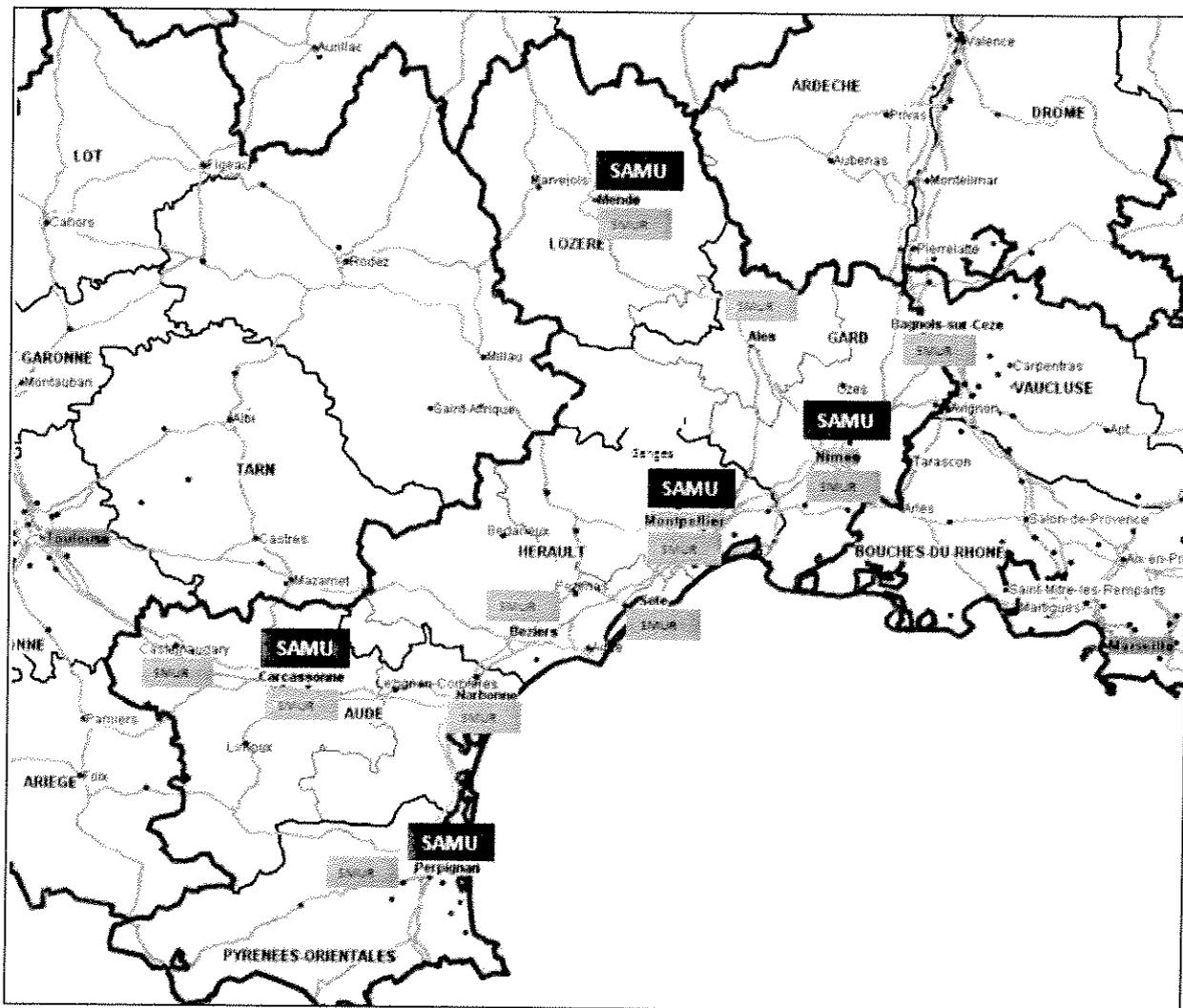
C'est en tout cas ce que la population attend qui comprend de plus en plus mal les absences ou retard de réponse à leur vécus quotidiens, c'est aussi une nécessité pour les professionnels dans les difficiles adaptations à la démographie médicale en recul sur maintes parties du territoire.

L'exercice, pour réussir, suppose que soit parfaitement organisée la régulation pré-hospitalière pour permettre, à chaque patient, sans perte de chance et où qu'il se trouve, d'être pris en charge voire dirigé, avec des moyens adaptés, vers la structure la plus adéquate à son affection et à sa gravité.

Pour cette raison, et bien que les développements qui suivent ne soient pas opposables dans le strict champ réglementaire du SROS, nous rappellerons ici l'organisation de la régulation pré-hospitalière qui ne saurait être dissociée de la politique d'implantation des structures d'urgences.

Le volet du SROS relatif aux SMUR a été publié pour la période 2003-2008 et les éléments qui ont été décrits restent toujours d'actualité. Nous le mettrons à jour des quelques modifications intervenues depuis sa parution.

A. Rappel de l'organisation en place :



1. Les SAMU

Il existe, dans la région, un centre de réception et de régulation des appels (ou centre 15) par département, auprès des CH de Carcassonne, Nîmes, Mende, Montpellier et Perpignan.

2. Les SMUR

Dix établissements de santé disposent d'un Service mobile d'urgence et de réanimation :

- les CHU de Montpellier et Nîmes
- les CH de Perpignan, Carcassonne, Narbonne, Béziers, Sète, Mende, Alès et Bagnols sur Cèze.

Ce dispositif est complété par quatre antennes :

Permanentes :

- ↳ Cerdagne, antenne du SMUR de Perpignan
- ↳ Quillan, antenne du SMUR de Carcassonne
- ↳ Castelnaudary, antenne du SMUR de Carcassonne
- ↳ Lunel, antenne du SMUR de Montpellier

Et une antenne Saisonnière :

- ↳ Agde : antenne du SMUR de Sète

3. Les transports hélicoptés

L'hélicoptère sanitaire est un moyen SMUR de l'aide médicale urgente, basé à l'hôpital. Il est déclenché par la régulation (Centre 15).

Quatre implantations sont reconnues : Montpellier, Nîmes, Perpignan, Carcassonne. Cette répartition des moyens hélicoptés se justifie à la fois par la capacité à mobiliser des équipes performantes et par le fait que la majorité des transports urgents se font à destination de ces établissements.

Dans l'arrière pays montagneux, ces hélicoptères contribuent à diminuer les temps d'indisponibilité des équipes médicales et permettent, en période estivale, d'éviter les importants embouteillages côtiers.

4. Les MCS (médecins correspondants SAMU)

La reconnaissance du rôle des médecins correspondants du SAMU permet de mettre en place, dans les zones particulièrement isolées, des relais efficaces pour la prise en charge des urgences vitales. Un arrêté du 12 février 2007 est venu préciser ce statut des médecins correspondants SAMU. Actuellement, 3 réseaux de MCS sont financés dans la région Languedoc Roussillon : le réseau MCS Cerdagne Capcir, le réseau MCS ALUMPS en Lozère, le réseau MCS Sud Cévennes.

5. La CROP (Cellule régionale d'orientation en périnatalité)

Basée au CHU de Montpellier, et fonctionnant en mode H24 avec des ressources hospitalières, la CROP joue auprès des professionnels de la région (dans le cadre de transports secondaires) un rôle de conseil, d'aide à l'orientation (elle tient à jour les capacités en lits disponibles) et de coordination avec le centre 15, en particulier lors de transferts in utero. Elle contribue à l'évaluation et à l'harmonisation des pratiques et assure un rôle de formation reconnue par les professionnels.

6. Les urgences pédiatriques

En raison de leur fréquence et de la rareté des professionnels, l'ARH préconise qu'une meilleure lisibilité soit donnée à l'organisation des urgences pédiatriques :

- En actualisant la cartographie
 - o des établissements ne disposant pas de service de pédiatrie,
 - o des établissements disposant de service de pédiatrie,
 - o des établissements disposant d'un service de pédiatrie, d'un service de chirurgie pédiatrique et d'un service de réanimation pédiatrique
- en fixant le niveau de graduation de cette offre de soins dans les structures bénéficiant de l'autorisation d'urgence pédiatrique (Montpellier, Nîmes et Perpignan). Le CHU de Montpellier bénéficiant seul de la réanimation pédiatrique constitue le recours régional pour les cas les plus graves.

Les structures d'urgences situées dans un établissement ne disposant pas d'un service de pédiatrie n'ont pas vocation à accueillir des enfants. Cependant, en cas d'accueil inopiné ou de nécessité absolue, les médecins assurant la prise en charge doivent pouvoir bénéficier des conseils de pédiatres. Une convention devra formaliser ce type de recours.

7. Le système d'information (SIU LR)

La région Languedoc Roussillon fait partie des quelques régions françaises qui disposent à ce jour d'un système opérationnel de recueil quotidien des relevés des passages aux urgences de l'ensemble de ses établissements. Ces données sont transmises en temps réel à l'INVS (dans le cadre du réseau OSCOUR) et à la CIRRE.

B. De nécessaires voies de progrès doivent être explorées :

Le choix qui a été fait d'un dispositif maillé de prise en charge des urgences, confère à chaque acteur de la chaîne, depuis l'appel initial jusqu'au centre de prise en charge le mieux adapté, la responsabilité d'une réponse rapide, de qualité et toujours coordonnée.

Dans cette perspective, il est indispensable de consolider encore le dispositif existant et des travaux complémentaires devront être menés dans les prochaines semaines pour renforcer ce temps essentiel de la prise en charge pré-hospitalière :

- Amélioration quantitative et qualitative de la gestion des appels aboutissant aux centres 15
- Constitution du pôle régional et universitaire de ressource et de référence visant à proposer des référentiels de pratique et d'organisation et susceptible aussi de fournir des aides ponctuelles sur des situations d'exception.
- Consolidation de l'ensemble des acteurs SMUR et correspondants SAMU en intégrant les sapeurs pompiers aux différents étages de la régulation et de l'action, prenant en compte la prochaine mise en cohérence des SROS et des SDACR (schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques).
- Renforcement des formations adaptées à l'urgence (CESU) et labellisation de l'ensemble des effecteurs du dispositif.

III. ACTIVITE DE SOINS DE MEDECINE D'URGENTES ET PERMANENCE DES SOINS

L'organisation de la prise en charge des urgences et son articulation avec la permanence des soins a été l'élément central de la discussion qui s'est déroulée selon le calendrier suivant, avec chaque sous-comité médical départemental des CODAMUPS :

Département	Date	Référent
AUDE	22 octobre 2007	Dr René Pierre BUIGUES
GARD	2 octobre 2007	Dr Béatrice BROCHE - Dr Pierre BEUF
HERAULT	25 octobre 2007	Dr Jocelyn Guy NAMIAS
LOZERE	17 octobre 2007	Dr Bruno GIUNTA - Dr Jean Paul GUYONNET
PYRENEES ORIENTALES	16 octobre 2007	Dr Aline VINOT

Au cours de chaque réunion, il a été débattu des différentes options de propositions d'organisation des activités de soins de médecine d'urgence : structures des urgences, SMUR et SAMU ainsi que les réponses possibles en matière de Permanence de Soins pour chaque territoire.

Préalablement, il a été rappelé les bases réglementaires pour ces activités et un résumé des caractéristiques de chaque territoire de santé (principaux chiffres, recours aux urgences et réponse actuelle aux besoins) a été présenté.

Les sous-comités médicaux des CODAMUPS ont été consultés également sur l'implantation et le recours aux différents plateaux techniques spécialisés dont il sera question dans le chapitre suivant du document.

Par ailleurs, les sous-comités médicaux ont été informés de la nécessité de travailler en cours d'année 2008 sur le cahier des charges opérationnel du réseau départemental des urgences, en lien avec un groupe régional et interdépartemental, le « pôle régional de ressources et de références » animé par les professeurs ELEDJAM et DELACOUSSAYE.

A. Les différents scénarios autour de l'organisation des urgences en région

Le groupe de travail du volet Urgences du SROS 3 a présenté plusieurs scénarios d'organisation du dispositif des Urgences en région Languedoc Roussillon.

Le dernier rapport du Docteur Jean-Yves GRALL relatif à des propositions d'adaptation de la permanence des soins donne des pistes fortes d'orientation.

Les scénarios du groupe de travail sont bâtis en fonction de plusieurs hypothèses :

- Maintien ou non de l'engagement de la médecine générale libérale dans la Permanence des Soins (PDS)
- Recentrage des Services d'Urgences sur leur mission d'urgences lourdes
- Développement des maisons médicales de garde et des maisons de santé pluridisciplinaires
- Devenir de la sectorisation libérale

Quel que soit le scénario retenu, la régulation médicale des appels constitue le socle de tous les scénarios.

1. Scénario N°1 :

« Recentrage des SU sur l'urgence vitale »

« Les services d'Urgences sont trop encombrés par l'Urgence tout venant. Les coûts de la réponse aux Urgences sont prohibitifs.

Les établissements de santé sont engorgés par l'accueil de malades tout venant qui consomment plus de 90% des ressources consacrées aux urgences.

Le Ministère décide de ne tarifer que les prises en charge correspondantes aux Urgences classées CCMU III, IV et V. »

Les autres dispositifs sont alignés sur le dispositif des Maisons Médicales de Garde (MAISON MÉDICALE DE GARDE), adossées ou non à un établissement de santé.

→ Extrait du rapport du Docteur GRALL :

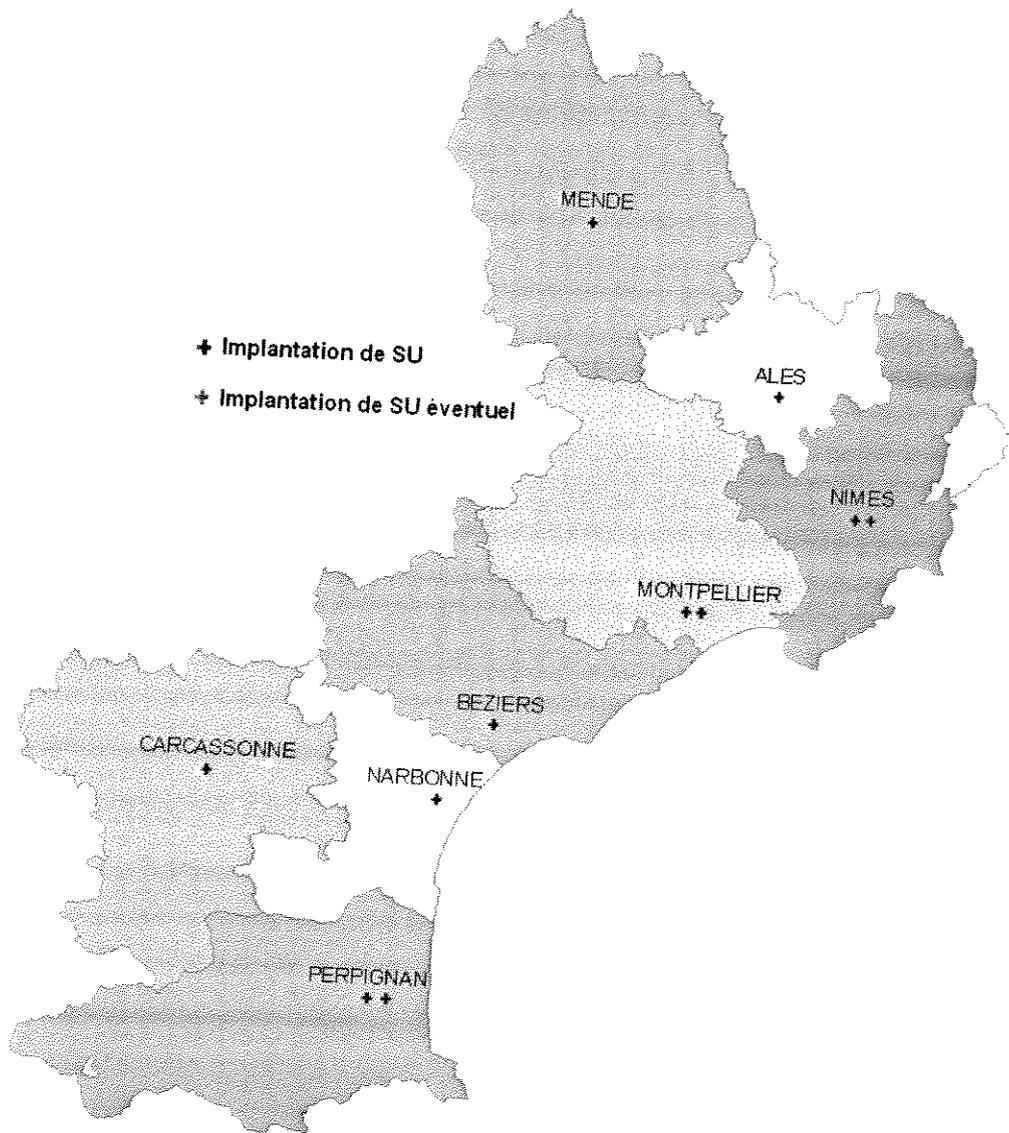
« Il paraît délicat de laisser les gens se servir des urgences comme d'un itinéraire bis permanent. »

« Système de plus en plus coûteux »

→ Impact sur la prise en charge des urgences :

- Il convient de définir l'implantation des SU Urgences Vitales (SUUV) en nombre restreint, et fortement médicalisés avec des équipes spécialisées.

- Les conférences de secteur définissent localement leur organisation complémentaire de MAISON MÉDICALE DE GARDE, qui progressent en nombre, soit en ville, soit dans des établissements de santé ou les différents « points fixes ».



2. Scénario N°II :

Moindre engagement de la médecine généraliste libérale dans la PDS dans les secteurs mais avec une réponse à la PDS dans les «Points Fixes» : consultations de médecine générale en cabinet, hôpital locaux, maisons de retraite, locaux municipaux, MAISON MÉDICALE DE GARDE ou Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP).

« Les médecins généralistes libéraux basculent vers une organisation régulée de la PDS. Les Préfets et les DDASS sont las des réquisitions. Les médecins généralistes s'acquittent de leur obligation de réponse à l'urgence par un engagement soit dans la régulation, soit dans un point fixe, soit en qualité d'effecteur mobile. »

→ Se rapproche de la solution préconisée par le Docteur Jean- Yves GRALL :

- «Mettre un terme à la dichotomie entre Aide Médicale Urgente et PDS.
- AMPP Aide Médicale Permanente à la Population.
- Mise en œuvre optimale de la circulaire sur les maisons médicales de garde.»

→Impact sur la prise en charge des urgences :

Le nombre d'implantations de SU est raisonnable et permet une bonne articulation entre les soins ambulatoires et « les points fixes » :

- Consultations de médecine générale, (éventuellement cabinet multisites)
- Maison Médicale de Garde (MMMG) - Médecins libéraux pour la réponse à la permanence des soins (nuits, WE et JF)
- Maison de Santé Pluridisciplinaires (MSP) = Médecins libéraux et autres Professionnels de Santé (paramédicaux...) pour réponse à la continuité des soins et à la PDS
- Hôpital locaux, maisons de retraite, locaux municipaux.

C'est sur la base de ce scénario II qu'ont été établies les propositions d'organisation territoriale, après concertation avec les CODAMUPS.

3. Scénario N° III :

Désengagement de la médecine généraliste libérale de la PDS, aussi bien dans les secteurs que dans les Maisons Médicales de Garde (MMG).

«Les médecins généralistes libéraux, n'ayant plus d'obligation en la matière, ne veulent plus assurer ni les gardes ni les astreintes sur un mode libéral. Les organisations se dessinent sur le mode hospitalier dans des structures diverses.»

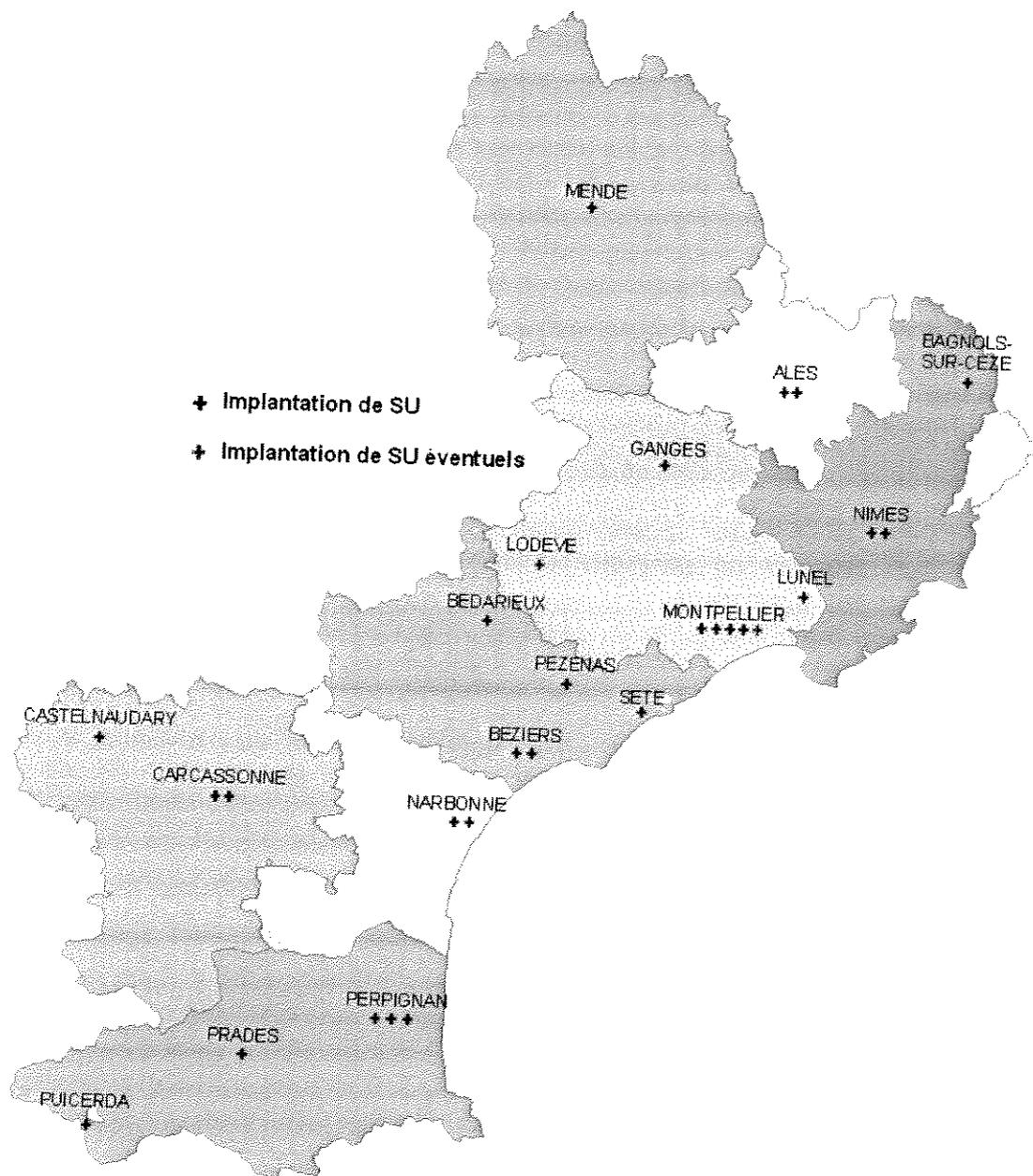
→ Extrait du Rapport du Docteur Grall :

- «L'absence de fiabilité du dispositif, qu'il y ait des difficultés à joindre le médecin de garde ou que le tableau d'astreinte soit incomplet, génère un «doute» au niveau de la régulation et de la population, ce qui induit «l'accentuation objective » des recours aux structures hospitalières
- désengagement progressif des médecins
- supprimer l'actuelle «sectorisation». »

→ Impact sur la prise en charge des urgences :

L'organisation qui en résulte est une structuration du dispositif sur un mode hospitalier :

- La multiplication des Services d'Urgence dans les établissements de santé (Centre hospitalier, cliniques, hôpital local) en travaillant sur la notion d'un éloignement géographique raisonnable,
- La réponse aux urgences est assurée par des médecins rattachés à des établissements de santé, salariés ou sur un mode libéral, qu'il s'agisse de médecins hospitaliers ou de médecins généralistes rémunérés spécifiquement,
- Les infirmières sont formées et intégrées dans les S.U,
- Le malade se déplace lui-même ou les collectivités locales organisent des systèmes de transport des personnes en difficulté,
- Définition de secteurs élargis pour les effecteurs : SAMU, SMUR, SOS Médecins, les Médecins Correspondants du SAMU.



4. Synthèse des différents scénarios :

Scénarios	Scénario I	Scénario II	Scénario III
	recentrage des SU sur l'urgence vitale	Moindre engagement des médecins généralistes libéraux dans la PDS dans les secteurs mais ils répondent à la PDS dans les « Points Fixes » : consultation en médecine générale ou MMG	Désengagement des médecins généralistes libéraux de la PDS
Rapport GRALL	<p>« Il paraît délicat de laisser les gens se servir des urgences comme un itinéraire bis permanent. »</p> <p>« Système de plus en plus coûteux »</p>	<p>- « Mettre un terme à la dichotomie entre Aide Médicale Urgente et PDS.</p> <p>- AMPP Aide Médicale Permanente à la Population.</p> <p>- Mise en œuvre optimale de la circulaire sur les MAISON MÉDICALE DE GARDE »</p>	<p>- « L'absence de fiabilité du dispositif, qu'il y ait des difficultés à joindre le médecin de garde ou que le tableau d'astreinte soit incomplet, génère un « doute » au niveau de la régulation et de la population, ce qui induit « l'accentuation objective » des recours aux structures hospitalières.</p> <p>- désengagement progressif des médecins.</p> <p>- supprimer l'actuelle sectorisation »</p>
Impact sur les SU	Nombre restreint de SU autour d'un plateau technique de recours structuré : Equipes médicales Imagerie Chirurgie Réanimation	Dosage entre SU et « Points Fixes »	multiplication des Services d'urgences
Cartographie	Cartographie 1	Concertation dans les territoires	Cartographie 3

Les scénarios I et III constituent deux bornes organisationnelles et permettent de mieux recaler la fourchette de discussion pour l'organisation de la prise en charge des urgences. Ces scénarios « limites » ne seront donc pas retenus dans leur totalité.

La concertation au sein des sous-comités médicaux des CODAMUPS a été axée sur le scénario II.

Ce scénario II occupe toute la place entre le I et le III. Ainsi pour certains territoires les organisations proposées peuvent parfois se rapprocher du scénario I ou du scénario III ou être intermédiaires.

→ Principes retenus :

- ✓ Chaque fois que possible et pérenne, la réponse à la PDS reste assurée par les médecins libéraux :
 - Elle est organisée selon les territoires avec des maisons médicales de garde, des maisons de santé pluri-disciplinaires, des cabinets multi-sites, des pôles santé ...
- ✓ Les structures des urgences hospitalières se recentrent prioritairement sur les urgences classées CCMU III, IV et V , avec le double avantage :
 - De renforcer la sécurité des prises en charge (urgences vitales masquées au milieu des nombreuses autres urgences),
 - D'améliorer la qualité de l'accueil et notamment l'humanisation des structures des urgences (moins d'attente, moins de monde).
- ✓ Dans les grandes agglomérations urbaines l'implantation des SU cherchera à garantir une meilleure répartition de l'offre pour les patients.
- ✓ En zone rurale :
 - Prévoir des médecins correspondants du SAMU (MCS) pour toutes les zones à plus de 30 minutes d'un SMUR : prévoir des réseaux départementaux coordonnés par les SAMU.
 - Une Maison de santé pluri-disciplinaire fragile peut être aidée par une Maison médicale de garde urbaine « transposée » (PDS et continuité des soins),
 - Envisager des cabinets multisites à partir des maisons de santé pluri-disciplinaires (continuité des soins),
 - Développer la télémédecine dans les maisons médicales de garde, maisons de santé pluri-disciplinaires et SU installées en zones rurales isolées (en lien avec une structure de technicité supérieure).

Les mesures prises pour assurer les urgences ou la permanence des soins (Maison médicale de garde, Maison de santé pluri-disciplinaire) ne doivent surtout pas déséquilibrer la continuité des soins dans les zones déjà fragilisées

- ✓ Les mises en œuvre opérationnelles devront intégrer les réflexions des commissions quadripartites avec les sapeurs pompiers (s'appuyant sur les SDACR - Schémas départementaux d'analyse et de couverture du risque) de la région.

B. Propositions

La prise en charge de l'urgence doit être pensée globalement, en articulant l'urgence pré-hospitalière, la permanence des soins et les structures d'aval. Bien que ces différents domaines ne relèvent pas tous du SROS, les propositions qui suivent insistent sur une organisation d'ensemble cohérente, tenant compte de cette articulation. C'est sur la base du scénario II évoqué précédemment (engagement des médecins généralistes dans une organisation régulée de la PDS en « points fixes ») que ces propositions ont été établies.

Synthèse des propositions par département

Le groupe de travail propose les organisations suivantes par territoire.
les nouveautés sur chaque territoire sont notées en caractères gras.

1. Département des Pyrénées-Orientales

→ TERRITOIRE DE SANTE DE PERPIGNAN

✓ Perpignan et son agglomération

- SAMU
- 3 SU
- 1 SU pédiatrique
- 1 SMUR (avec concours des pédiatres)
- 1 Maison médicale de garde
Cette Maison médicale de garde a vocation à aider les zones du Haut Vallespir et des Fenouillèdes.

✓ Céret / Haut Vallespir

- **1 Pôle Santé intégrant les accueils non programmés (ou 1 Maison médicale de garde)**
- **1 Maison de santé pluri-disciplinaire**
Ce projet de Maison de santé pluri-disciplinaire permettra, avec le renfort des médecins urbains (Maison médicale de garde de Perpignan), de répondre aux besoins de Prats de Mollo la Preste et St Laurent de Cerdans.
- **Initier un réseau de Médecins Correspondants SAMU : St Laurent de Cerdans / Prats de Mollo / Arles sur Tech (ce réseau sera articulé avec un réseau départemental à initier en lien avec le SAMU 66)**
- Organisation des transports avec les pompiers et le SMUR
Sur cette zone, il existe une coopération forte entre les pompiers et les médecins libéraux compte tenu du temps d'accès du SMUR supérieur à 45 mn.

✓ Prades / Olette / Vinça - Ille sur têt

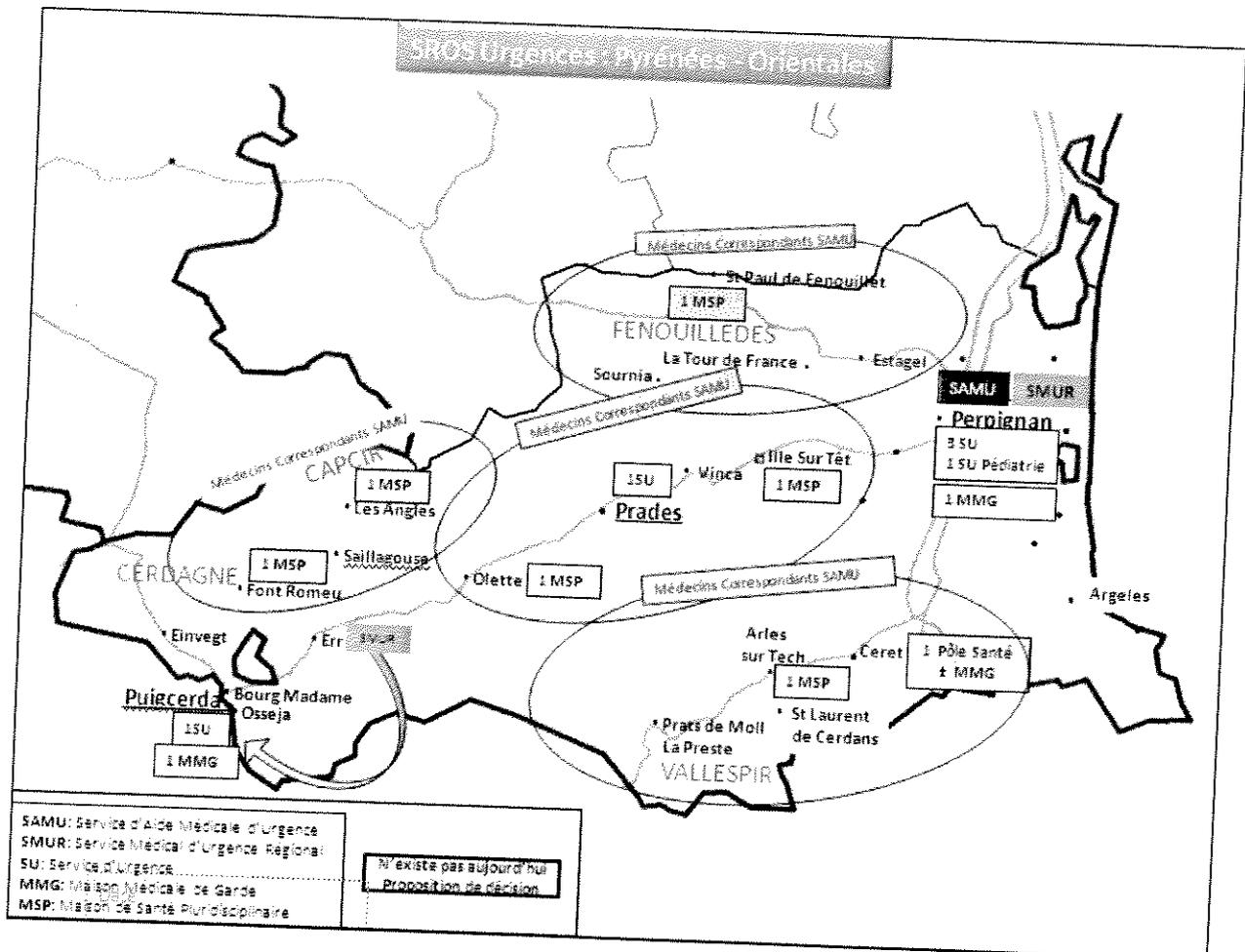
- 1 SU
- 2 Maisons de santé pluri-disciplinaires
- **1 Réseau Médecins Correspondants SAMU à initier sur l'ensemble du secteur en lien avec le réseau départemental précité.**

✓ Les Fenouillèdes / Sournia

- 1 Maison de santé pluri-disciplinaire
- Médecins Correspondants SAMU : St Paul de Fenouillet + Estagel + La Tour de France en lien avec le réseau départemental précité.

✓ Cerdagne - Capcir

- 1 SU à l'Hôpital Commun Transfrontalier (Puigcerda)
- 1 Antenne SMUR à rattacher à terme à l'Hôpital Commun Transfrontalier (implantée à Err à compter du 1er novembre 2007)
- 1 Maison médicale de garde adossée à l'Hôpital Commun Transfrontalier : Bourg-Madame, Enveitg, Osséjà, Saillagouse
- 2 Maisons de santé pluri-disciplinaires
- 1 Réseau des Médecins Correspondants SAMU Font Romeu / Les Angles à maintenir après la création de l'Hôpital Commun Transfrontalier et à rattacher à un réseau départemental à initier en lien avec le SAMU 66



2. Département de l'Aude

→ TERRITOIRE DE SANTE DE CARCASSONNE

✓ Carcassonne et son agglomération

- SAMU
- 2 SU
- 1 SMUR
- 1 MAISON MÉDICALE DE GARDE

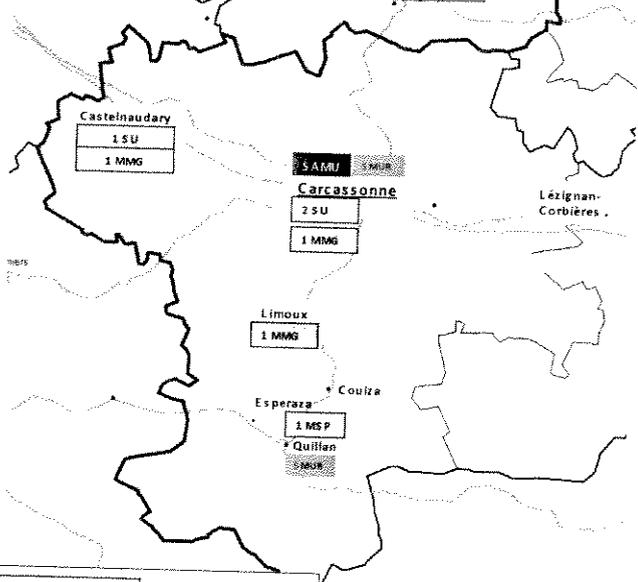
✓ Castelnaudary

- 1 SU
- 1 Maison médicale de garde
- Télémédecine entre Castelnaudary et Carcassonne

✓ Haute Vallée de l'Aude

- Maintien de l'antenne SMUR à Quillan : malgré sa faible activité, son maintien se justifie pour des raisons d'isolement géographique.
- **Maison de santé pluri-disciplinaire sur Quillan avec le partenariat des libéraux de Couiza - Espérasa**
Une Maison de santé pluri-disciplinaire sur Quillan adossée à l'antenne de l'hôpital local de Limoux-Quillan permettra de regrouper les professionnels de santé autour d'un plateau technique. Ce dispositif pourra être complété par une offre de télémédecine.
- Une Maison médicale de garde à Limoux adossée à l'hôpital local permettra de venir en appui aux médecins de la haute vallée de l'Aude.

Services d'urgences ou équivalents



SAMU: Service d'Aide Médicale d'Urgence
SMUR: Service Médical d'Urgence et de Réanimation
SU: Service d'Urgence
MMG: Maison Médicale de Garde
MSP: Maison de Santé Pluridisciplinaire

Handwritten signature/initials

→ TERRITOIRE DE SANTE DE NARBONNE

✓ Narbonne et son agglomération

- 2 SU
- 1 SMUR
- 1 Maison médicale de garde qui pourra venir en renforcement de Maison de santé pluri-disciplinaire dans les zones isolées en sous densité médicale (Minervois, Tuchan...).
- 1 Antenne Maison médicale de garde estivale à Narbonne-Plage :
Une antenne de la Maison médicale de garde de Narbonne fonctionne en été à Narbonne Plage, St Pierre et Gruissan. Une évolution vers un seul site à terme est prévue.
- 1 Maison de santé pluri-disciplinaire sur le secteur Sigean / Port-la-Nouvelle

✓ Lézignan

- **1 Pôle Santé pouvant intégrer une Maison médicale de garde**

✓ Hautes Corbières

- **1 Maison de santé pluri-disciplinaire à Tuchan en lien avec Durban**
Une Maison de santé pluri-disciplinaire existe déjà depuis plusieurs années à Durban et fonctionne avec 4 médecins dont il convient de reconnaître leur activité de Médecins correspondants SAMU dans une organisation départementale régulée par le 15
Une Maison de santé pluri-disciplinaire est à l'étude sur Tuchan où il ne reste qu'un médecin qui part à la retraite en 2009.
- **Maison de santé pluri-disciplinaire à St Laurent de la Cabrerisse**
Une Maison de santé pluri-disciplinaire est à mettre en place sur St Laurent de la Cabrerisse.

3. Département de l'Hérault

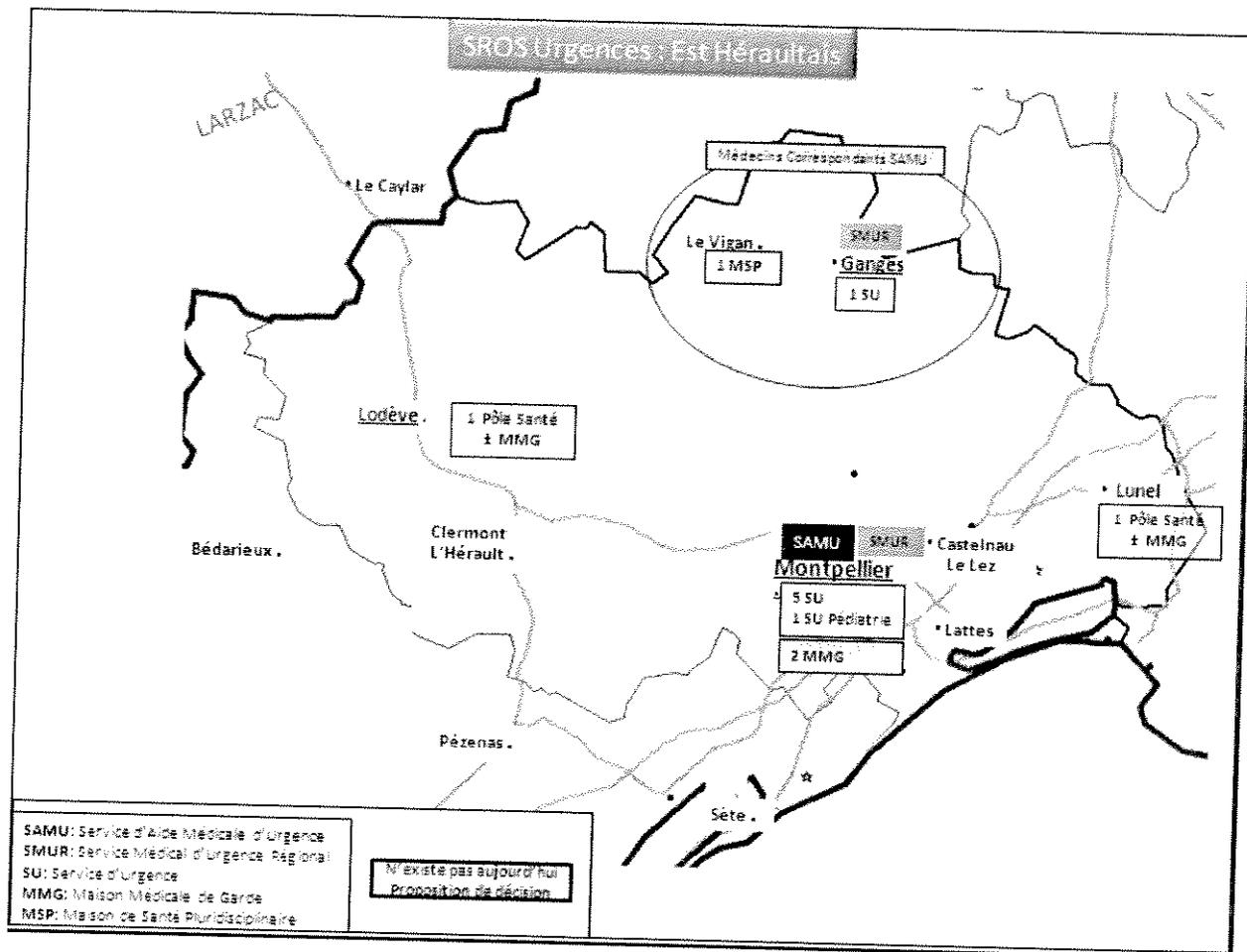
→ TERRITOIRE DE SANTE DE MONTPELLIER

- ✓ Montpellier et son agglomération
 - SAMU
 - 5 SU avec une répartition harmonieuse des implantations sur la ville.
 - 1 SU pédiatrique
 - 1 SMUR (avec une ligne dédiée au transport pédiatrique)
 - **2 Maisons médicales de garde**

 - ✓ Lodève - Clermont l'Hérault - Le Caylar
 - **1 Pôle Santé intégrant les accueils non programmés (ou 1 Maison médicale de garde)**

 - ✓ Lunel
 - 1 Antenne SMUR
 - **1 Pôle Santé intégrant les accueils non programmés (ou 1 Maison médicale de garde)**

 - ✓ Ganges / Le Vigan
 - 1 SU
 - 1 antenne SMUR
 - 1 Maison de santé pluri-disciplinaire
- Mise en place d'un réseau des médecins correspondants SAMU (en liaison avec les sapeurs pompiers)



→ TERRITOIRE DE SANTE DE BEZIERS - SETE

✓ Béziers et son agglomération

- 2 SU
- 1 SMUR
- 1 Maison médicale de garde
Permettant de renforcer les maisons de santé pluri-disciplinaires rurales et notamment celles de St Pons de Thomières et du Bousquet d'Orb..

✓ Agde

- 1 Antenne SMUR estivale
- Centre médical (adossé à l'annexe du CHIBT)
La population Agde / Cap d'Agde est multipliée par 20 l'été, passant de 20 000 à 400 000 personnes.
Une antenne estivale fonctionne avec un véhicule des pompiers.
L'accueil médical de jour du centre de soins du CHIBT fonctionne de 8h à 20h. La Maison médicale de garde prend le relais ensuite de 20h à 24h mais avec une organisation qui serait à réajuster sur les objectifs de fonctionnement prévus initialement.

✓ Sète

- 1 SU
- 1 SMUR
- **1 Maison médicale de garde**

✓ Pézenas

- **1 Pôle Santé intégrant les accueils non programmés (ou 1 Maison médicale de garde)**

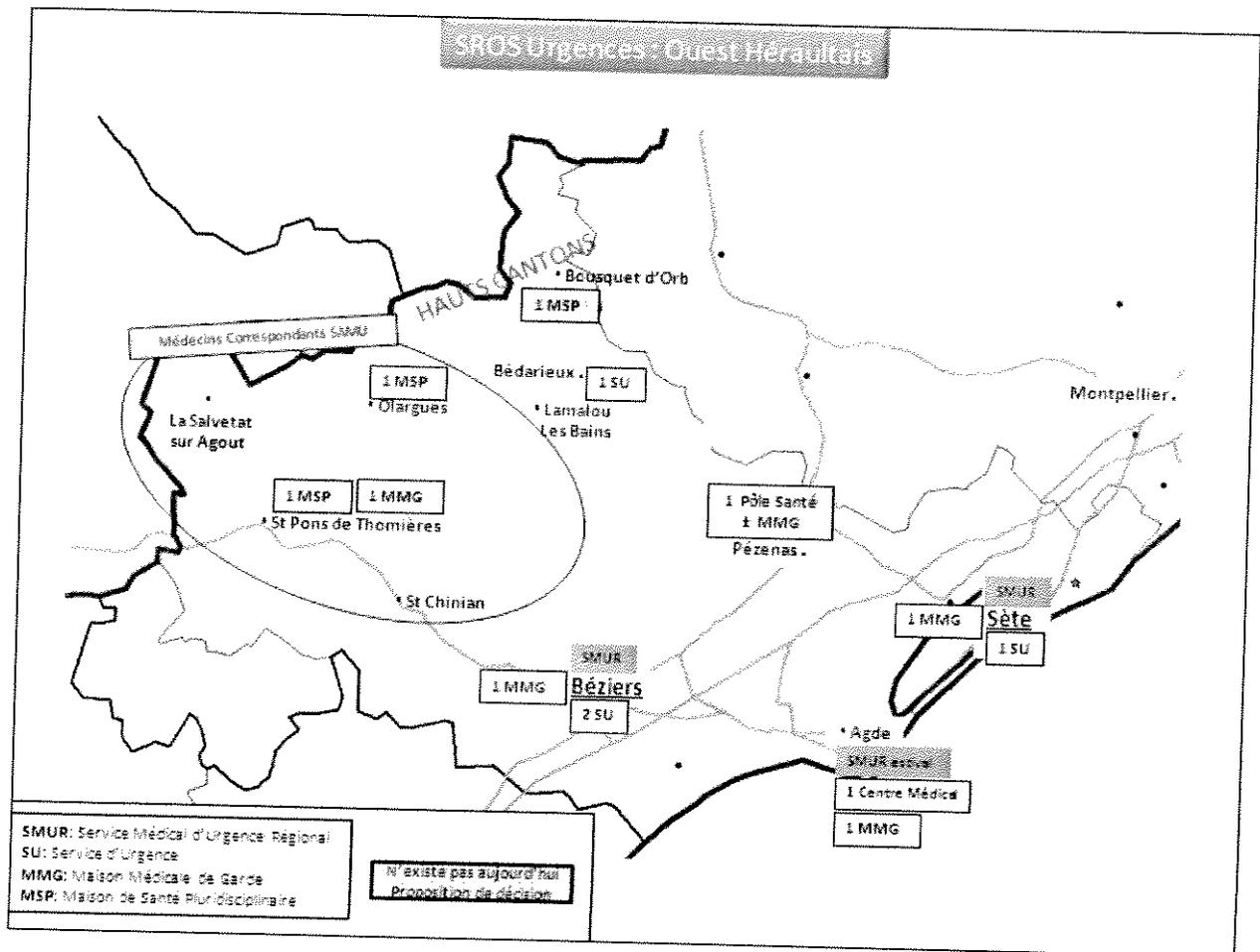
✓ Bédarieux - Lamalou les Bains

- 1 SU
- **1 Maison de santé pluri-disciplinaire sur Le Bousquet d'Orb**

La création d'une Maison de santé pluri-disciplinaire est à l'étude en lien avec la Maison médicale de garde de Béziers.

✓ St Pons - La Salvetat sur Agout - Olargues - St Chinian

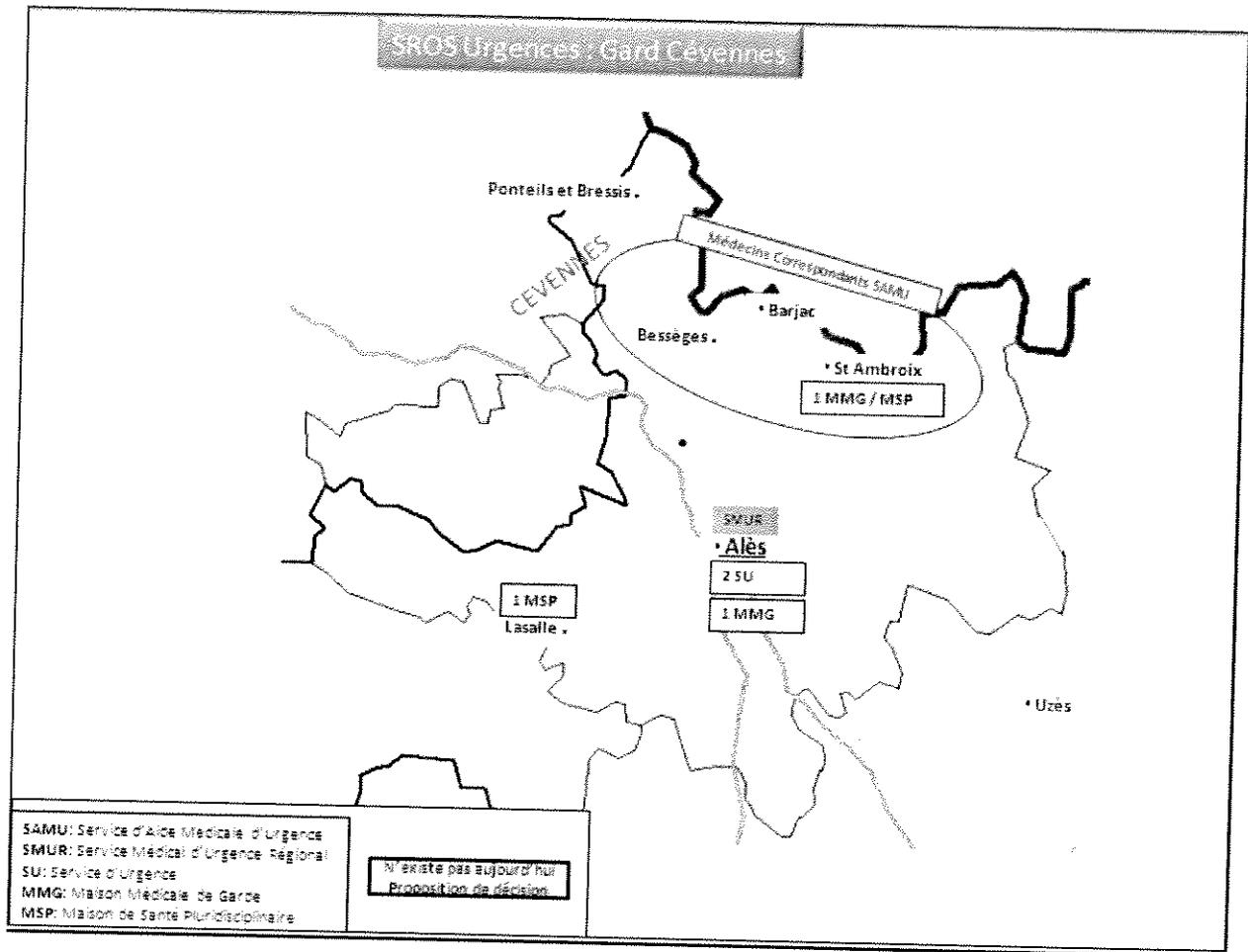
- 2 Maisons de santé pluri-disciplinaire
- Réseau de Médecins Correspondants SAMU à initier (à rattacher à un réseau départemental à créer en lien avec le SAMU 34)



4. Département du Gard

→ TERRITOIRE DE SANTE D'ALES

- ✓ Alès
 - 2 SU
 - 1 SMUR
 - 1 Maison médicale de garde
- ✓ Nord du territoire
 - Réseau de Médecins Correspondants SAMU pour Bessèges - St Ambroix - Barjac (en lien avec un réseau départemental de MCS)
 - Création d'une Maison médicale de garde sur St Ambroix
 - Création d'une Maison de santé pluri-disciplinaire sur Lasalle + télémédecine
 - Télémédecine au CH de Pontails



→ **TERRITOIRE DE SANTE DE NIMES / BAGNOLS SUR CEZE**

✓ **Nîmes et son agglomération**

- SAMU
- 2 SU
- 1 SU pédiatrique
- Evolution du SU de la Clinique Les Franciscaines (autorisation transitoire actuellement) vers un plateau technique spécialisé au plus tard en avril 2009
- 1 SMUR (avec le concours des pédiatres pour le transport des nouveaux-nés)
- 1 Maison médicale de garde.

✓ Bagnols sur Cèze

- 1 SU
- 1 SMUR
- 1 Maison médicale de garde à Uzès adossée à l'hôpital local
- **1 Maison médicale de garde à Pont St Esprit adossée à l'hôpital local**
Ce projet est prévu pour début 2009.

Erreur ! Des objets ne peuvent pas être créés à partir des codes de champs de mise en forme.

5. Département de la Lozère

→ TERRITOIRE DE SANTE DE MENDE

✓ 1 SAMU

Le Centre 15 accueille dans ses locaux la régulation réalisée par une Permanencière Auxiliaire de Régulation Médicale (PARM) de l'ALUMPS (Association Lozérienne de L'Urgence Médicale et de la Permanence des Soins) .

✓ 1 SU

✓ 1 SMUR

Grâce à une mutualisation des équipes Centre 15 - Urgences - SMUR, il y a possibilité de dégager si nécessaire une 2^{ème} sortie SMUR. Les organisations et complémentarités doivent être encore travaillées avec St Etienne, Clermont Ferrand, Le Cantal et Rodez. Cette question est en réflexion dans le cadre d'un projet inter-régional Languedoc-Roussillon - Auvergne et Midi-Pyrénées (transports hélicoptés, mutualisation des équipements et des compétences).

✓ 1 Maison médicale de garde

✓ 4 Maisons de santé pluri-disciplinaires + télémédecine, adossées aux structures hospitalières avec « cabinets multisites » : Florac, Langogne, Marvejols, St Chély d'Apcher

L'objectif consiste à structurer une réponse solide des professionnels de santé sur les quatre bourgs centres, idéalement répartis sur le département autour de Mende et où il existe un hôpital local, ou le centre médicochirurgical pour Marvejols, sur lequel s'appuyer. Les médecins libéraux pourront ainsi bénéficier d'un plateau technique leur permettant notamment de transférer des images pour une télé expertise. Ces quatre points forts sont Florac, Langogne, Marvejols et St Chély d'Apcher.

Plusieurs réponses existent déjà :

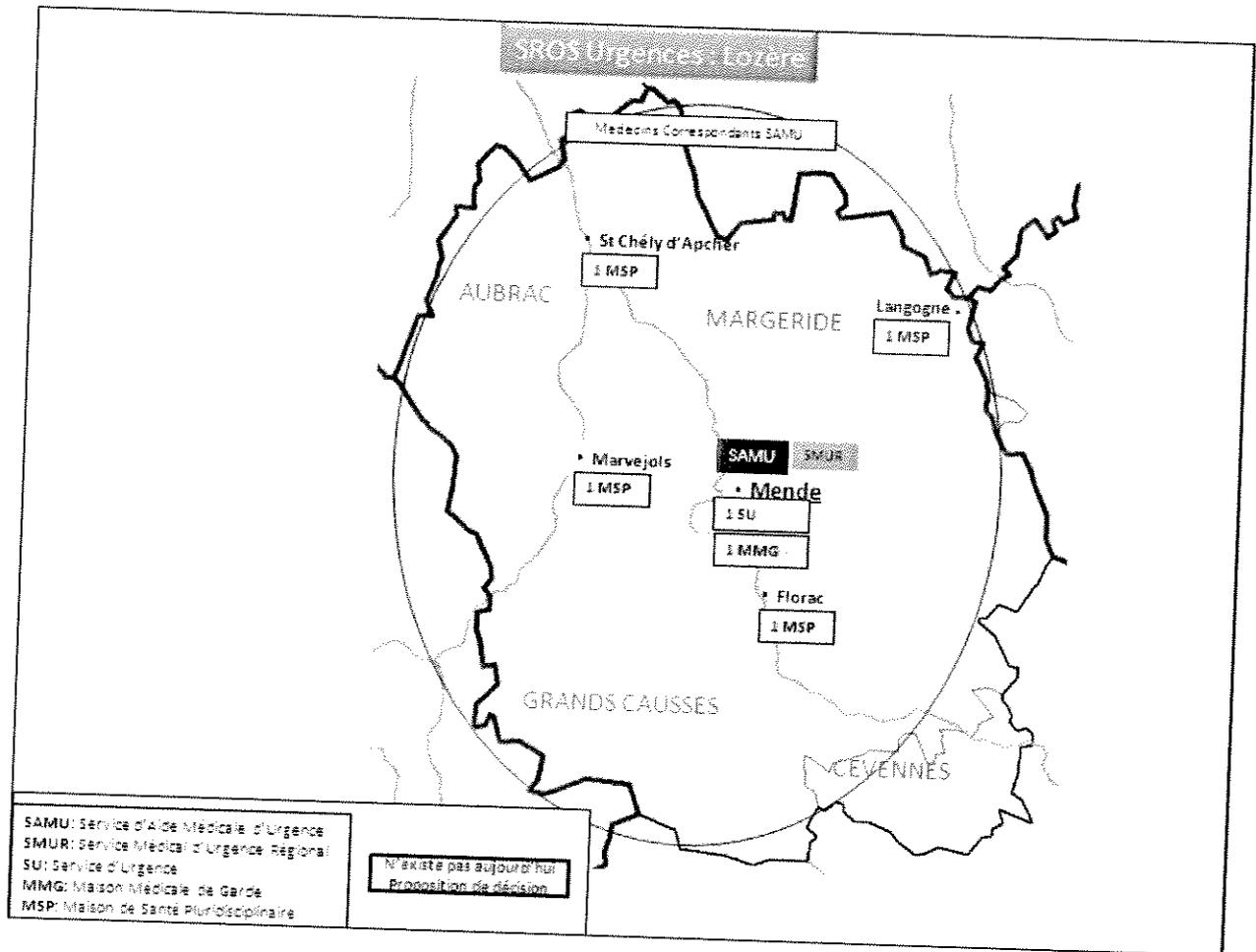
- sur Langogne, un Centre médical fonctionne en dehors des horaires normaux d'ouverture des cabinets au sein de l'hôpital local et les médecins pratiquent la téléconsultation avec le CH du Puy en Velay et le CHU de Nîmes.
- sur Florac, une réponse estivale permet d'accueillir en renfort des médecins en juillet et août.

Par ailleurs il est prévu de mettre en réseau l'ensemble des établissements de santé du département par l'intermédiaire de la visioconférence.

✓ Médecins correspondants SAMU (réseau ALUMPS)

Ce réseau départemental existe et fonctionne de façon satisfaisante.

La DDASS de la Lozère a mis en place avec l'ensemble des acteurs du département un « Plan d'action permanence des soins et démographie médicale 2007 - 2008 ». Dix chantiers ont été déclinés pour sécuriser l'organisation de la permanence des soins et renforcer l'attractivité du territoire.



IV. LES PLATEAUX TECHNIQUES SPECIALISES

A. Contexte pour leur mise en place

Les décrets du 22 mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence définissent, dans le cadre des prises en charge spécifiques, de nouvelles entités appelées «plateaux techniques spécialisés» qui à terme devront en particulier se substituer aux anciens POSU. Installé dans un établissement de santé, le plateau technique spécialisé permet une prise en charge hautement spécialisée en un lieu unique.

Il accueille en accès direct des patients orientés par le SAMU nécessitant, dans un délai très bref, une prise en charge médicale ou chirurgicale spécialisée relevant du plateau technique adéquat.

Cet accueil direct en urgence concerne des patients dont le pronostic vital ou fonctionnel est engagé.

Chaque établissement disposant d'un plateau technique spécialisé devra participer au réseau de prise en charge des urgences.

Les modalités d'orientation des patients vers le plateau technique spécialisé et les modalités de prise en charge par celui-ci sont fixées par une convention particulière ou dans le cadre du réseau de prise en charge des urgences.

La participation de l'établissement aux prises en charge directes des patients par le plateau technique spécialisé sera inscrite dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de cet établissement qui fixe les modalités de cette participation.

L'équipement technique et les compétences humaines nécessaires au bon fonctionnement des plateaux techniques spécialisés devront être décrits dans un cahier des charges à annexer au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement reconnu pour la mise en place de ce plateau technique.

Chaque activité impliquant une prise en charge directe des patients par un plateau technique spécialisé est décrite pour les types d'affections en relevant. Ces dernières seront également à préciser dans le cahier des charges annexé au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement.

La mise en place des plateaux techniques spécialisés devra être réalisée avant mars 2009.

Le volet urgences du SROS doit préciser l'implantation des différents plateaux techniques spécialisés de la région.

Il doit également indiquer l'évolution de l'activité des établissements bénéficiant dans le cadre du précédent régime d'une autorisation de POSU.

En Languedoc Roussillon 3 POSU à orientation cardiologique étaient autorisés précédemment.

Lors des renouvellements d'autorisation en mars 2007, deux établissements bénéficiant d'un POSU ont déposé une demande de reconnaissance de structure des urgences qui a été acceptée.

Le dernier établissement ne souhaitant pas cette évolution a obtenu une autorisation temporaire de 2 ans pour une structure des urgences dans l'attente de la mise en place d'un plateau technique spécialisé.

B. Types de plateaux techniques spécialisés retenus et répartition territoriale

Deux réunions des membres du groupe de travail avec les responsables des SAMU traitant spécifiquement des plateaux techniques spécialisés ont eu lieu en novembre 2006 et septembre 2007.

A la dernière réunion était également présent le Directeur de l'ARH, des représentants des établissements privés, des représentants de l'Assurance Maladie et des représentants des DDASS et des DRASS.

Au cours de ces rencontres, il a été arrêté les types de plateaux techniques à mettre en place et leur répartition géographique optimale.

Pour chaque plateau technique spécialisé, il est indiqué les grands types de pathologies prises en charge.

Ces pathologies devront être décrites plus précisément dans un cahier des charges à annexer au CPOM.

Les éléments caractérisant les plateaux techniques, présentés ci-après, ont été décrits dans le 1^{er} document élaboré par le groupe de travail. Nous reprendrons ici ces éléments pour mémoire afin d'assurer une cohérence dans la présentation.

1. Plateaux techniques spécialisés pour les polytraumatismes graves, complexes et multiples

La coordination de la prise en charge des polytraumatismes graves est décrite en grande partie dans un volet spécifique du SROS III concernant les traumatismes crânio-cérébraux et médullaires. La quantification des besoins de soins est décrite dans le volet chirurgie du SROS III. Les recommandations établies par les groupes d'experts seront reprises.

→ Pathologies concernées

- Les patients victimes de polytraumatismes graves, complexes et multiples présentent souvent un traumatisme crânien.
- Les patients qui seront orientés préférentiellement vers le plateau technique spécialisé sont ceux présentant des lésions mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel :
 - des lésions multiples multiviscérales complexes,
 - des lésions orthopédiques multiples et complexes,
 - des traumatismes crânio-cérébraux ou médullaires associés à d'autres lésions viscérales ou orthopédiques graves.
- La prise en charge pré-hospitalière nécessite le plus souvent des moyens de transport hélicoportés.

- L'orientation du patient victime d'un polytraumatisme grave, complexe et multiple vers le plateau technique spécialisé le plus proche est décidée par le médecin régulateur du SAMU, en lien avec l'équipe SMUR et en concertation avec le médecin responsable de ce plateau technique. Le médecin régulateur du SAMU peut décider de modifier l'orientation du patient vers la structure d'urgence la plus proche face à une situation médicale mettant en jeu le pronostic vital du fait d'impératifs liés au transport.
- La prise en charge spécifique d'un polytraumatisme grave de l'enfant de moins de 15 ans doit respecter la double spécificité de l'enfant et du polytraumatisme. Cette prise en charge sera effectuée en lien avec les pédiatres.
- L'accueil des adultes ou des enfants doit se faire en accès direct, par un plateau technique spécialisé dans la prise en charge des polytraumatismes graves, complexes et multiples (parfois appelés Trauma - center), disposant d'un équipement complet adapté.
Cette prise en charge réalisée en un lieu unique doit pouvoir être assurée par une équipe pluridisciplinaire (neurochirurgiens, chirurgiens orthopédiques et viscéraux ou d'autres disciplines en tant que de besoin, et éventuellement pédiatres) sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur (généralement réanimateur).

→ Répartition territoriale

Les données PMSI (2003) font état d'un maximum de 320 polytraumatismes graves traités en Languedoc Roussillon.

Ce codage ne permet pas d'isoler spécifiquement les polytraumatismes graves, complexes et multiples mais l'ajout de ces deux derniers caractères « complexes et multiples » tend à minorer ce chiffre.

Le plateau technique spécialisé dans la prise en charge des polytraumatismes graves, complexes et multiples a vocation à accueillir des patients présentant un traumatisme crânio-cérébral ou médullaire surajouté.

Ce plateau technique a donc vocation à englober le plateau technique spécialisé pour les traumatismes crânio-cérébraux et médullaires s'il est reconnu pour un même établissement.

Compte tenu du nombre potentiel de patients à prendre en charge, un seul plateau technique spécialisé dans la prise en charge des polytraumatismes graves, complexes et multiples serait suffisant en Languedoc Roussillon.

Cependant, du fait du transport délicat de certains patients relevant de ces plateaux techniques, présentant parfois un pronostic vital ou fonctionnel engagé à très court terme, il apparaît nécessaire de prévoir des sites de dégagement capables de réaliser une prise en charge de 1^{er} recours.

Un plateau technique de référence sera localisé au sein du CHU de Montpellier.

L'ARH souhaite que soient clairement identifiées et calibrées les filières de rééducation spécialisées pour ces patients.

2. Plateaux techniques spécialisés pour les traumatismes crânio-cérébraux et médullaires graves

La coordination de la prise en charge des traumatismes crânio-cérébraux et médullaires est décrite dans un volet spécifique du SROS et les recommandations établies par le groupe d'experts seront reprises.

→ Pathologies concernées

- Les patients victimes de traumatismes crânio-cérébraux ou médullaires sont souvent des polytraumatisés ayant subi un traumatisme violent susceptible d'avoir provoqué des lésions multiples.
- Les patients qui seront orientés préférentiellement vers le plateau technique spécialisé sont ceux présentant un traumatisme crânio-cérébral grave ou un traumatisme médullaire dont la gravité met en jeu le pronostic vital (à court terme) ou le pronostic fonctionnel (à moyen ou long terme).
- La gravité du traumatisme crânio-cérébral est mesurée par le score de Glasgow qui apprécie la profondeur du coma. Ce score est la somme de l'évaluation de l'ouverture des yeux, de la réponse verbale aux questions posées et de la réponse motrice.
- Le traumatisme crânio-cérébral est grave lorsque le score de Glasgow est inférieur à 8 (après correction des fonctions vitales).
- La prise en charge pré-hospitalière de ces traumatismes crânio-cérébraux et médullaires privilégie le plus souvent les moyens de transport hélicoptérés.
- L'orientation du patient victime d'un traumatisme crânio-cérébral grave ou d'un traumatisme médullaire vers le plateau technique spécialisé le plus proche est décidée par le médecin régulateur du SAMU en concertation avec le médecin responsable de ce plateau technique. Le médecin régulateur du SAMU peut décider de modifier l'orientation du patient vers la structure d'urgence la plus proche face à une situation médicale, mettant en jeu le pronostic vital du fait des impératifs liés au transport.
- La prise en charge spécifique du traumatisme crânien de l'enfant de moins de 15 ans doit respecter la double spécificité de l'enfant et du traumatisme crânien. Cette prise en charge par le plateau technique spécialisé se fera en lien avec les pédiatres. Ces enfants seront transférés vers un plateau technique de référence (CHU de Montpellier) si la prise en charge initiale a été faite par une autre structure spécialisée.

→ Répartition territoriale

- Le SROS de 3^{ème} génération reconnaît pour la région Languedoc Roussillon deux centres, à Montpellier et à Perpignan, spécialisés dans la prise en charge des traumatismes crânio-cérébraux et médullaires. Ces deux centres ont vocation à devenir des plateaux techniques spécialisés, Montpellier étant le plateau technique spécialisé de référence pour la région.

- En 2004, 250 traumatismes crâniens graves ont été hospitalisés en Languedoc Roussillon : $\frac{3}{4}$ sur Montpellier et $\frac{1}{4}$ sur Perpignan. Cette même année, 29 traumatismes crâniens graves ont été dirigés vers Marseille et 28 vers Toulouse.
- Pour le Languedoc Roussillon, le Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire (SIOS) prévoit une coopération public-privé en matière de neurochirurgie sur Nîmes.
- Au total, trois sites pourraient ainsi être reconnus. Les plateaux techniques de Perpignan et Nîmes serviraient également d'appui pour les sites de dégagement des polytraumatismes graves, complexes et multiples. Le site de référence du CHU de Montpellier serait intégré dans le plateau technique spécialisé pour les polytraumatismes graves, complexes et multiples.
- L'ARH souhaite que soient clairement identifiées et calibrées les filières de rééducation spécialisées pour ces patients.

3. Plateaux techniques spécialisés en neuro-vasculaires

L'orientation et la prise en charge des affections neuro-vasculaires aiguës ont fait l'objet d'un document établi par un groupe d'experts dans le cadre de l'élaboration du SROS de 3^{ème} génération. Les recommandations et les préconisations de la circulaire DHOS du 3 novembre 2003 seront reprises ici. Les plateaux techniques spécialisés correspondront en grande partie aux Unités Neuro-Vasculaires (UNV).

→ Pathologies concernées

- Un accès direct à un plateau technique spécialisé (une Unité Neuro-Vasculaire) doit être privilégié pour tous les AVC (Accidents Vasculaires Cérébraux) récents. Cet accès au plateau technique spécialisé doit être rapide pour permettre une thrombolyse éventuelle moins de trois heures après le début des signes cliniques.
- L'orientation du patient victime d'un AVC vers le plateau technique spécialisé le plus proche est décidée par le médecin régulateur du SAMU en concertation avec le médecin responsable de ce plateau technique. Le médecin régulateur du SAMU peut décider de modifier l'orientation du patient vers une structure d'urgence plus proche (niveau de recours) face à une situation médicale mettant en jeu le pronostic vital du fait en particulier d'impératifs liés au transport.
- Les hémorragies méningées doivent être transférées au plateau technique de référence (correspondant à l'Unité Neuro-Vasculaire de Référence [UNV R]).
- Les plateaux techniques spécialisés assurent 24h/24 tous les jours de l'année, l'accueil et une prise en charge standardisée et spécialisée des patients. Ils permettent des diagnostics précis et précoces, des investigations et la mise en route du traitement spécifique.

→ Répartition territoriale

- En Languedoc Roussillon, on dénombre près de 6 500 AVC par an. Le vieillissement de la population, très marqué dans notre région, devrait entraîner une progression importante de ce nombre d'AVC. 19% des patients présentant un AVC décèdent au cours du 1^{er} mois.
- Le SROS de 3^{ème} génération reconnaît pour la région Languedoc Roussillon la possibilité de création de 6 unités neuro-vasculaires réparties dans 5 territoires de santé dont une unité de référence située à Montpellier.
- Les unités neuro-vasculaires ont vocation à accueillir des plateaux techniques spécialisés en neuro-vasculaire.
- Ces plateaux techniques devront pouvoir réaliser des fibrinolyse.
- Le nombre maximal de plateaux techniques spécialisés pouvant être reconnu sera donc de 6 dont un de référence à Montpellier. Leurs localisations seront celles des unités neuro-vasculaires.
- L'ARH souhaite que soient clairement identifiées et calibrées les filières de rééducation spécialisées pour ces patients.

4. Plateaux techniques spécialisés en cardiologie

La prise en charge de l'urgence cardiologique a fait l'objet de recommandations d'un groupe d'experts dans le cadre de l'élaboration du SROS de 3^{ème} génération. Elles seront donc reprises ici.

→ Pathologies concernées

- Un accès direct à un plateau technique spécialisé en cardiologie doit être privilégié pour toute suspicion d'infarctus du Myocarde (Syndrome coronaire aigu avec sus décalage de ST) dans les situations suivantes :
 - Patients situés à moins de 60 minutes du plateau technique spécialisé.
 - Patients situés à plus de 60 minutes (après une éventuelle fibrinolyse pré hospitalière) et présentant un Infarctus Du Myocarde (IDM) de mauvais pronostic : IDM étendu, insuffisance cardiaque, choc cardiogénique, diabète sucré, antécédent d'IDM ou de pontage coronarien, thrombose de stent.
 - Patients présentant une contre-indication à une fibrinolyse.
- Pour les patients situés à plus de 60 minutes d'un plateau technique spécialisé, pouvant bénéficier d'une fibrinolyse pré-hospitalière et dont l'infarctus n'apparaît pas de mauvais pronostic, l'orientation pourra se faire vers l'USIC (Unité de Soins Intensifs Cardiologiques) la plus proche.
- Un accès direct à un plateau technique spécialisé en cardiologie doit être privilégié également pour tous les troubles graves de la conduction et du rythme cardiaque.
- L'orientation du patient vers le plateau technique spécialisé en cardiologie le plus proche est décidée par le médecin régulateur du SAMU en concertation avec le médecin responsable de ce plateau technique.

→ Répartition territoriale

- Plus de 3 000 patients par an présentent un IDM en Languedoc Roussillon. Pour près de 5 700 séjours hospitaliers, il est retrouvé un acte d'angioplastie coronarienne (PMSI 2002).
- Certains seuils annuels sont à respecter pour l'activité de cathétérisme cardiaque : 400 cathétérismes thérapeutiques par centre et 125 cathétérismes thérapeutiques par cardiologue.
- 2 150 stimulateurs cardiaques ont été implantés en 2003. Les seuils annuels sont de 50 implantations par centre et 20 par opérateur.
- Par ailleurs, 850 actes d'électrophysiologie interventionnelle ont été réalisés en 2003 sur la région et 1 200 d'explorations (seuil : 100 explorations par an par centre et 50 interventions par an et par centre).
- Enfin, environ 150 défibrillateurs cardiaques implantables sont mis en place chaque année en Languedoc Roussillon et 250 stimulateurs triple chambre.
- Les plateaux techniques spécialisés en cardiologie pourront être installés dans les établissements disposant d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie, pour des actes d'angioplastie coronarienne ou d'électrophysiologie interventionnelle.
 - Au maximum, les 3 POSU actuels à orientation cardiologique ont vocation à devenir des plateaux techniques spécialisés ainsi que les 4 autres établissements réalisant des cathétérismes cardiaques diagnostiques et interventionnels.
- 7 établissements réalisent actuellement des cathétérismes cardiaques diagnostiques et interventionnels : 3 à Montpellier (et agglomération), 2 à Nîmes et 2 à Perpignan.
- Une partie de la population régionale, pour des actes de cardiologie interventionnelle, est adressée pour l'ouest du Bassin de Carcassonne à 2 établissements de Toulouse et pour l'Est du Bassin de Nîmes - Bagnols à 2 établissements d'Avignon.
- Un centre de cardiologie interventionnelle couvre les besoins de 347 000 habitants environ (évaluation du groupe d'experts ayant participé à l'élaboration du SROS III).
- A l'horizon 2010, la croissance démographique ne justifie pas la création de nouveaux plateaux techniques spécialisés en cardiologie dans la région et les 7 décrits ci-dessus, au maximum, satisferont aux besoins.
Dans l'hypothèse d'un redéploiement et dans une logique d'optimisation de la répartition géographique, seul le territoire de Béziers-Sète arrive au seuil de population justifiant la création d'un plateau technique spécialisé, à condition de pouvoir réunir les ressources médicales nécessaires.

L'ARH souhaite que soient clairement identifiées et calibrées les filières de rééducation spécialisées pour ces patients.

5. Plateaux techniques spécialisés pour les grands brûlés

La prise en charge des grands brûlés fait l'objet de l'élaboration d'un SIOS (Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire) pour l'inter-région Languedoc-Roussillon - PACA - Corse.

L'ARH souhaite que soient clairement identifiées et calibrées les filières de rééducation spécialisées pour ces patients.

6. Plateaux techniques non retenus

C'est le cas de la chirurgie complexe de la main, des urgences graves en ophtalmologie et de la médecine hyperbare.

Dans les trois domaines en question, des compétences humaines et techniques existent sur la région.

Il est important que la population puisse y recourir et si possible par un accès direct.

La solution la plus rationnelle et acceptable serait d'intégrer les compétences existantes, pour ces 3 types de prise en charge, dans le répertoire opérationnel des ressources prévu dans le réseau de prise en charge des urgences et mis à disposition de chaque SAMU.

Les compétences existantes présentes dans certains établissements et répertoriées dans leur CPOM sont intégrées au répertoire opérationnel des ressources. Le SAMU disposant de ce répertoire peut de ce fait orienter directement l'urgence vers la ressource adéquate afin de limiter au maximum les délais de prise en charge. En tout état de cause, cette orientation doit s'appuyer sur une bonne information du patient et respecter son libre choix.

C. Les plateaux techniques spécialisés en Languedoc Roussillon

- Lors de la concertation des sous-comités médicaux des CODAMUPS, il a été rappelé la définition et les bases réglementaires concernant les plateaux techniques spécialisés.
- La démarche de concertation régionale avec les responsables de SAMU a été expliquée et les propositions d'implantation géographiques des plateaux techniques spécialisés pour le département ont été présentées.
- Les sous-comités médicaux des CODAMUPS ont validé dans leur ensemble les implantations proposées.
- Le tableau ci-après fait la synthèse des plateaux techniques spécialisés qu'il serait possible de reconnaître en Languedoc Roussillon avec leur localisation géographique par territoire de santé.

Quand l'implantation d'un plateau technique n'est pas prévue dans un territoire, il est indiqué la localisation du plateau technique le plus proche vers lequel les patients seront préférentiellement orientés.

Nombre et implantation des plateaux techniques spécialisés par territoire de santé

	Polytraumatismes graves, complexes et multiples		Traumatismes crânio-cérébraux et médullaires		Neuro-vasculaire		Cardiologie		Grand brûlés	
	Nombre	Implantation	Nombre	Implantation	Nombre	Implantation	Nombre	Implantation	Nombre	Implantation
Perpignan	Orientation vers Montpellier	Perpignan	1	Perpignan	1	Perpignan	2	Perpignan	Orientation vers Montpellier ou Toulouse	
Narbonne	Orientation vers Montpellier	Orientation vers Perpignan	Orientation vers Perpignan		Orientation vers Perpignan		Orientation vers Perpignan		Orientation vers Montpellier	
Carcassonne	Orientation vers Montpellier ou Toulouse	Orientation vers Perpignan ou Toulouse	Orientation vers Perpignan ou Toulouse		1	Carcassonne	Orientation vers Perpignan ou Toulouse		Orientation vers Montpellier ou Toulouse	
Béziers - Sète	Orientation vers Montpellier	Orientation vers Montpellier	Orientation vers Montpellier		1	Béziers	Orientation vers Montpellier		Orientation vers Montpellier	
Montpellier	1	Montpellier (référence)	1	Montpellier (référence)	2	Montpellier (dont 1 référence)	3	Montpellier (2) Castelnau (1)	1	Montpellier
Nîmes - Bagnols sur Cèze	Orientation vers Montpellier	Nîmes (Coopération public / privé)	1	Nîmes (Coopération public / privé)	1	Nîmes	2	Nîmes	Orientation vers Montpellier	
Alès	Orientation vers Montpellier	Orientation vers Nîmes ou Montpellier	Orientation vers Nîmes ou Montpellier		Orientation vers Nîmes ou Montpellier		Orientation vers Nîmes ou Montpellier		Orientation vers Montpellier	
Mende	Orientation vers Montpellier ou Clermont-Ferrand	Orientation vers Montpellier ou Clermont-Ferrand	Orientation vers Montpellier ou Clermont-Ferrand		Orientation vers Montpellier ou Rodez ou Clermont-Ferrand		Orientation vers Montpellier ou Rodez ou Clermont-Ferrand		Orientation vers Montpellier ou le Puy en Velay	

2006

V. LE RESEAU DE PRISE EN CHARGE DES URGENCES

A. Principaux éléments pour leur mise en place

- Les décrets du 22 mai 2006, l'arrêté du 12 février 2007, relatif à la fiche de dysfonctionnement et la circulaire DHOS du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences, définissent le rôle des réseaux des urgences, leur fonctionnement et les modalités de leur mise en place.
- Le réseau de prise en charge des urgences n'est pas un réseau de santé mais doit être considéré comme un ensemble de liens fonctionnels permettant d'optimiser l'organisation des ressources disponibles.
- Chaque établissement autorisé à exercer une activité de soins de médecine d'urgence doit participer au réseau, ainsi qu'à sa mise en place sur son territoire de santé.
- Les réseaux peuvent avoir une compétence territoriale, régionale ou interrégionale, voire transfrontalière.
- Le réseau doit contribuer à la coordination des prises en charge des urgences et de leurs suites afin :
 - d'assurer l'accès à des compétences médicales,
 - d'assurer l'accès à des techniques,
 - de permettre une gestion des capacités d'hospitalisation dont ne dispose pas obligatoirement chaque établissement,
 - de coordonner leurs actions et leurs moyens.
- Chaque réseau pourra comprendre, outre les établissements de santé, d'autres partenaires :
 - médecins libéraux, notamment ceux participant à la PDS,
 - médecins correspondants du SAMU,
 - pharmaciens,
 - établissements sociaux et médico-sociaux (notamment les EHPAD).
- Le réseau doit optimiser à la fois l'organisation des ressources en proximité et l'organisation, au niveau régional, des recours aux plateaux techniques spécialisés en s'appuyant sur le répertoire opérationnel des ressources.
- La régulation médicale assurée par le centre 15 privilégiera l'orientation directe des patients vers la structure adéquate.

→ Organisation des ressources en proximité

- L'organisation se fait à l'échelle du territoire de proximité autour d'un établissement disposant d'une Structure des Urgences. C'est la « maille » du réseau des urgences.
- Les spécialités et capacités de cette « maille » seront enregistrées dans le répertoire opérationnel des ressources et actées dans le CPOM de l'établissement concerné.
- Une coordination sera à réaliser avec le dispositif local de PDS.

- La conférence de territoire débat de l'organisation des « mailles » du réseau pour son territoire de santé (cohérence avec le Projet Médical de Territoire - PMT). Un groupe de travail veille à la mise en œuvre des principes établis dans le cahier des charges opérationnel et au suivi des fiches de dysfonctionnement.

- Le cahier des charges opérationnel précise les relations entre les établissements, les protocoles d'accès, les modalités d'admission et de transferts des patients ainsi que la gestion des disponibilités en lits. Il peut comprendre des référentiels partagés de bonnes pratiques.

→ Organisation du réseau et coordination au niveau régional

- L'organisation mise en place sera définie autour des établissements disposant d'un SAMU. Une organisation régionale autour d'un des SAMU de la région peut être envisagée. Pour certaines disciplines du SIOS, une organisation interrégionale est possible.

- L'interopérabilité est nécessaire entre les réseaux au sein d'une même région.

- Sont concernés par cette organisation : les plateaux techniques disposant de spécialités médicales et chirurgicales spécifiques (cardiologie, ophtalmologie, ORL), les établissements de recours dans certaines spécialités (soins intensifs, réanimation, néonatalogie...) et les établissements ayant un plateau technique spécialisé.

- Les engagements contractuels de chaque établissement participant au réseau sont mentionnés dans son CPOM.

- Une instance régionale collégiale assure une coordination des réseaux au niveau régional et s'assure de la cohérence des « mailles » de proximité entre elles et de l'interopérabilité.

▫ **Des conventions constitutives des réseaux (zone de couverture des SAMU) sont élaborées par les professionnels des urgences.**

Une convention régionale peut également être établie.

Ces conventions se substituent aux contrats relais préexistants.

Elles intègrent en annexe les cahiers des charges opérationnels de chaque « maille » du réseau.

- Elles prévoient les modalités d'alimentation et de gestion du répertoire opérationnel des ressources.

Elles s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles définies par la Haute Autorité de Santé (HAS) et les sociétés savantes.

- Elles sont à mettre en place avant mars 2009.

▫ **L'ARH veille à la cohérence du réseau et à l'articulation avec les réseaux des régions limitrophes.**

- Elle organise la mise en place de l'instance régionale collégiale et s'assure du respect des engagements formalisés dans les CPOM.

→ Le répertoire opérationnel des ressources :

- Il est destiné à tous les professionnels de l'urgence et en particulier aux SAMU pour leur permettre d'orienter les patients vers l'établissement le plus adapté à leur prise en charge. Il a vocation à s'inscrire dans un cadre régional.
- Les informations contenues dans le répertoire doivent être actualisées et fiables et portent sur les spécialités au sein de chaque établissement, les fonctionnalités techniques (équipements), les modalités d'accès aux plateaux techniques et aux services d'hospitalisation, les horaires de fonctionnement, les modalités de présence des médecins (garde, astreinte), les capacités d'hospitalisation et toute autre information utile.
- Le répertoire opérationnel des ressources est élaboré à partir des informations transmises par les établissements dont les engagements figurent dans le CPOM. Les données transmises sont validées par l'ARH.
- Le répertoire devra être un outil informatisé et partagé. Un acteur identifié assurera sa gestion, sa coordination et sa mise à jour, sous l'égide de l'ARH et en lien avec les SAMU.
- Le répertoire pourra être conçu selon une logique progressive pour pouvoir intégrer de nouvelles fonctionnalités : disponibilités en lits, cartographie, PDS, transports sanitaires, autres structures.

→ La fiche de dysfonctionnement

- Il s'agit d'une procédure spécifique de signalement des événements indésirables et des dysfonctionnements d'ordre organisationnel et/ou logistique, préjudiciables au patient.
- Cette fiche permet de relever le dysfonctionnement au sein de l'établissement et dans son environnement dans le cadre de la prise en charge des urgences. Elle permet de mesurer en continu le fonctionnement des urgences et la bonne organisation du réseau.
- Les fiches de dysfonctionnement sont anonymisées pour les patients et les personnels qui les remplissent. Elles peuvent être intégrées au sein d'une démarche globale de signalement d'événements indésirables.
- Le traitement et le suivi de ces fiches est à organiser au sein de la structure de prise en charge d'une part, de l'établissement d'autre part, et du réseau des urgences quand le dysfonctionnement porte sur l'environnement.
- L'engagement de l'établissement à respecter la procédure d'utilisation de la fiche de dysfonctionnement est inscrit dans son CPOM.
- La procédure de gestion des dysfonctionnements doit s'inscrire dans le cadre d'une démarche globale de gestion des risques et d'amélioration de la qualité des soins.

→ Développement des coopérations

- Le développement de coopérations au sein des établissements doit être favorisé. Le rapprochement des structures de médecine d'urgence (SU, SAMU et SMUR) doit se poursuivre, avec la participation des équipes SMUR à l'activité des urgences, afin de favoriser la mutualisation des équipes et des compétences. L'organisation en pôle doit être encouragée, ainsi que la proximité géographique des structures des urgences au sein de l'établissement.
- Les structures d'urgences ayant une activité modérée (proche du seuil annuel des 8 000 passages) doivent mettre en place une coopération avec un autre établissement autorisé pour une SU ayant une plus forte activité, afin de garantir la qualité des prises en charges par le maintien des compétences. Cette coopération peut prendre la forme d'une fédération médicale interhospitalière ou d'un groupement de coopération sanitaire (GCS).
- Un rapprochement de certains SAMU au niveau régional pourra être recherché pour optimiser la gestion des ressources humaines : mutualisation la nuit, gestion des crises sanitaires,...

B. Le réseau des urgences en Languedoc Roussillon

→ Concertation régionale

- La mise en place du réseau de prise en charge des urgences en Languedoc Roussillon a été abordée lors de la réunion de septembre 2007 à l'ARH, regroupant les responsables de SAMU de la région, des représentants des établissements privés, des représentants de l'Assurance Maladie, des DDASS et des DRASS.
- Une présentation des éléments à mettre en place, décrits dans le chapitre précédent, a été faite aux participants.
- Les principaux points actés lors de cette concertation régionale sont les suivants :
 - Création d'un pôle régional et universitaire de ressources et de références inter CHU pour garantir la qualité du dispositif. Ce pôle sera animé par les professeurs DELACOUSSAYE et ELEDJAM et répondra à l'instance régionale collégiale prévue par les textes. Dans ses missions figurera la mise en place du répertoire opérationnel des ressources et la création d'une revue « mortalité / morbidité » périodique.
 - La mise en place du réseau des urgences se fera en partant du niveau régional puis sera déclinée au niveau des départements et territoires. Des référentiels régionaux seront à la base des réseaux.
 - Le rôle de la régulation est majeur pour gérer la volumétrie des appels et les effets de pic qui maximalisent les besoins (qualité du traitement de l'appel).
 - Nécessité de faire travailler tous les acteurs (SAMU, SMUR, médecins de ville, établissements de santé, pompiers, ambulanciers) et de contractualiser. Il est nécessaire de respecter le leadership de l'acteur qui prend la main (15 ou 18).
 - Proposer une formation labellisée aux acteurs pour assurer leur compétence et éviter ainsi les pertes de chance. L'activité des professionnels exerçant dans plusieurs structures, sans respecter les repos de sécurité, devra être contrôlée.

- Maîtriser la communication en ayant une argumentation technique de qualité : sécurité, coût / efficacité.

→ Concertation départementale

- Lors de la concertation des sous-comités médicaux des CODAMUPS, une présentation générale des dispositions réglementaires régissant la mise en place des réseaux des urgences a été réalisée.
- La mise en place du pôle régional de ressources et de références a été présentée.
- Les sous-comités médicaux des CODAMUPS ont été informés qu'ils auraient à participer à la mise en place en 2008 du ou des cahiers des charges opérationnels pour leur département, ainsi qu'à l'élaboration de la convention constitutive du réseau départemental.
Ces travaux seront menés en lien avec le pôle régional de ressources et de références.

ANNEXES

ANNEXE 1
TEXTES, CIRCULAIRES ET RAPPORTS

- ◇ Décret n° 2006 - 576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).
- ◇ Décret n° 2006 - 577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).
- ◇ Lettre DHOS n° 02908 du 09 juin 2006 sur les dispositions d'entrée en vigueur des décrets n° 2006 - 576 et 577 relatifs à la médecine d'urgence et aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence.
- ◇ Arrêté du 12 juillet 2006 fixant le seuil d'activité de médecine d'urgence.
- ◇ Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU).
- ◇ Arrêté du 12 février 2007 relatif à la fiche de dysfonctionnement mentionnée à l'article R 6 123 - 24 du code de la santé publique.
- ◇ Circulaire DHOS/01/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences.
- ◇ Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/01/1B n°2007 - 137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence de soins en médecine ambulatoire.
- ◇ Circulaire INT/E/07/00129/C du 31 décembre 2007 relative à la nécessité d'établir une mise en cohérence des Schémas Départementaux d'Analyse et de Couverture des Risques (SDACR) et des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS).
- ◇ Circulaire DHOS/SDO N° 238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences
- ◇ Circulaire DHOS/01/DGS/DGAS/2004 /517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent
- ◇ «Les maisons médicales de garde», juillet 2006 : rapport remis à Monsieur Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités par le Docteur Jean-Yves GRALL.
- ◇ «Réduire les temps de passage aux Urgences ; Recueil de bonnes pratiques organisationnelles», 2006 : rapport de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH).
- ◇ « Organisation des Centres 15, chaque appel compte, chaque seconde compte », février 2007 : rapport de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH).

⇨ « La prise en charge des urgences médicales », 07 février 2007 : rapport d'information n° 3672 déposé à l'Assemblée nationale par Monsieur Georges COLOMBIER, député (Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales).

⇨ « Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins », août 2007 : rapport remis à Madame Roselyne BACHELOT - NARQUIN, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, par le Docteur Jean-Yves GRALL.

GLOSSAIRE

ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
AROMSA	Association régionale des organismes de mutualité sociale agricole
AVC	Accident vasculaire cérébral
CCMU	Classification clinique des malades des urgences
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CODAMUPS	Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRF	Centre de rééducation fonctionnelle
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DHOS Santé)	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Ministère
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DSS	Direction de la sécurité sociale (Ministère)
GCS	Groupement de coopération sanitaire
EHPAD	Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
ELSM	Echelon local du service médical du régime général
ERSM	Echelon régional du service médical du régime général
HAS	Haute autorité de santé
IDM	Infarctus du myocarde
JF	Jours fériés
MCS	Médecin correspondant du SAMU
MEAH	Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
MAISON MÉDICALE DE GARDE	Maison médicale de garde
MAISON DE SANTÉ PLURI-DISCIPLINAIRE	Maison de santé pluridisciplinaire
PDS	Permanence des soins
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PMT	Projet médical de territoire
POSU	Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences
SAMU	Structure d'aide médicale urgente
SAU	Service d'accueil et de traitement des urgences
SDARC	Schéma départemental d'analyse et de couverture du risque
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SIOS	Schéma inter-régional d'organisation sanitaire
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SU	Structure des urgences
UNV	Unité neuro-vasculaire
UPATOU	Unité de proximité d'accueil de traitement et d'orientation des urgences
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
VSAV	Véhicule de secours et d'assistance aux victimes