Annexe 2

Médecine d’urgence

Médecine d'urgence

Le décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 prévoit que l'exercice de soins de médecine d'urgence, exercice soumis à autorisation, se décline en une ou plusieurs des modalités suivantes:

« La régulation des appels adressés au Service d'Aide Médicale Urgente mentionnée à l'article L.6112-5

La prise en charge des patients par le Service Mobile d'Urgence et Réanimation (SMUR)

La prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences (SU) ou dans la structure des urgences pédiatriques ».

Les établissements autorisés s'engagent à respecter les conditions techniques de fonctionnement prévus par les décrets n° 2006-576 et 2006-577 du 22 mai 2006, et notamment, la qualification des personnels médicaux, la composition des équipes SMUR, la mise à niveau des effectifs en fonction de l'évolution de l'activité, leur adaptation au flux quotidien ou saisonnier, l'accès au plateau technique 24h/24 et 7j/7.

La qualité et la sécurité des soins doivent être garanties aux patients pris en charge par les structures d'urgence, et la complémentarité entre les différents acteurs doit être développée. En amont, l'articulation des structures d'urgence avec les acteurs des soins de 1er recours représente un enjeu essentiel dans un contexte de difficultés démographiques et d'aspirations nouvelles. De même, la coordination et l'organisation avec les transporteurs sanitaires doivent être améliorées. L'articulation territoriale entre moyens du SDIS et SAMU doit évoluer.

Le parcours des patients relevant de plateaux techniques spécialisés (PTS) ou exigeant des soins complexes sera consolidé à travers l'organisation des filières de soins au sein des territoires ou de la région, en lien avec les professionnels des disciplines concernées. L'accès dans un délai compatible avec l'état du patient sera garanti à travers une organisation plus efficiente des SMURs terrestres et aériens.

Dans les territoires à plus de 30' d'une structure d'urgence, le développement des dispositifs Médecins Correspondants SAMU (MCS) doit se poursuivre, et les réseaux existants doivent être confortés.

L'activité des services d'urgence est en augmentation constante, et des phénomènes de saturation sont régulièrement observés pendant les périodes d'épidémie ou en période estivale du fait de la forte attraction touristique de la région. Ces phénomènes sont de plus en plus fréquemment observés hors de ces contextes clairement identifiés. La fluidité du parcours des patients au sein des urgences doit être prise en considération par l'établissement qui doit s'organiser et mettre en place une véritable politique de gestion des lits d'aval et d'anticipation des sorties. La solidarité entre les établissements d'un même territoire doit être renforcée. Le parcours des populations spécifiques ou fragiles doit être mieux coordonné.

L'ensemble des structures d'urgence devra s'intégrer dans un réseau des urgences afin d'optimiser à la fois l'organisation des ressources de proximité et l'organisation des filières, au niveau territorial et régional.

Les outils structurant le réseau des urgences sont d'ores et déjà opérationnels :

- Le répertoire opérationnel des ressources (ROR), véritable annuaire de l'offre de soins, est en place et poursuit son développement.

- L'Observatoire Régional des Urgences (ORU) assure le recueil des Résumés de Passage aux Urgences autorisant un suivi de l'activité des urgences à la fois quantitatif et qualitatif. L'exhaustivité et la complétude des items ne sont cependant pas atteintes pour disposer de véritables tableaux de bord de pilotage.

- L'intégration dans le Serveur Régional de Veille et Alerte des indicateurs de tension doit permettre leur saisie en routine afin de mieux anticiper les épisodes de tension liés à des phénomènes structurels ou conjoncturels et de suivre leur évolution.

- La mise en place du registre régional des refus et du support de saisie des fiches d'évènements indésirables est une priorité.

Médecine d’urgence

Principes d’organisation

Médecine d'urgence

Principes d'organisation

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Le parcours de santé en médecine d'urgence suppose des articulations entre les champs de la prévention, des soins de premiers recours, du médico-social et de l'hospitalisation. L'offre de soins non programmés doit être organisée de façon cohérente afin d'éviter les passages inappropriés aux urgences. Le maillage doit être pertinent et garantir sécurité et qualité des soins. Le droit du patient au libre choix, principe fondamental, sera respecté dans les limites imposées des situations d'urgence nécessitant des soins particuliers ou l'accès à des techniques spécifiques.

1- Prévention / Education à la santé

- Développer des campagnes d'information et de communication vers un large public sur le recours aux urgences et le bon usage des numéros d'urgence.
- Assurer la visibilité des ressources et de l'offre de soins en journée et aux heures de PDSa (Permanence des Soins en médecine Ambulatoire).
- Repérer les points de fragilité du parcours de santé des populations spécifiques.

2- Premiers recours et médico-social :

- Améliorer l'articulation ville/hôpital en amont et en aval des structures d'urgence.
- Développer des outils de coordination nécessaires à l'évaluation de la situation d'urgence et à la transmission de l'information afin de garantir la continuité et la sécurité des soins.
- Développer les réseaux départementaux de MCS dans les zones à plus de 30', et soutenir les dispositifs existants.
- Optimiser la coordination urgences/continuité des soins/permanence des soins ambulatoire, et favoriser les coopérations entre professionnels (Maison Médicale de garde [MMG], Maison de Santé Pluriprofessionnelle [MSP],…).
- Améliorer la coordination des moyens SDIS-SAMU et poursuivre la mise en cohérence entre le SROS et le SDACR (Schémas Départementaux d'Analyse et de Couverture des Risques) du SDIS (Circulaire interministérielle DHOS/O1/DDSC/BSIS n° 2007-457 du 31 décembre 2007).

3- Faciliter l'orientation du patient:

- Par une meilleure connaissance des dispositifs sanitaires,
- En garantissant le respect du libre choix du patient
- En formalisant le réseau territorial des urgences en charge de l'organisation des ressources de proximité, des filières de soins au sein du territoire et de l'articulation avec le niveau régional.
- En développant la coordination régionale et interrégionale des SAMU
- En optimisant la coordination des moyens SMUR, des transports sanitaires et des moyens du SDIS
- En favorisant l'accès direct du patient au plateau technique spécialisé
- En intégrant le vecteur héliporté dans l'organisation des filières de soins
- En garantissant la cohérence des parcours des populations spécifiques : population, âgée, enfants, pathologies chroniques, patients obèses, détenus...

Médecine d'urgence

Principes d'organisation

LANGUEDOC-ROUSSILLON

- **Accessibilité géographique**

- Développer l'organisation territoriale des structures de médecine d'urgence à travers un maillage pertinent pour optimiser l'orientation des patients: mise en œuvre du réseau territorial des urgences en lien avec le niveau régional

- Réviser le découpage des zones d'intervention des SMUR en tenant compte des évolutions de la démographie, des temps d'accès et des structures d'urgence limitrophes.

- Dans les zones situées à plus de 30' d'un SMUR, identifier et organiser les ressources MCS. Soutenir la formation d'équipes territoriales afin de venir en soutien aux dispositifs existant. Soutenir tout projet renforçant l'offre de soins de médecine ambulatoire.

- **Accessibilité des populations spécifiques ou fragiles**

- Garantir des parcours de soins adaptés aux personnes âgées, aux patients ayant des pathologies chroniques, aux enfants.

- Développer une prise en charge spécifique pour les personnes handicapées et les patients psychiatriques.

- **Accessibilité financière et sociale** pour les personnes en situation de précarité : articulation avec les dispositifs PASS.

- **Performance**

- Favoriser l'articulation de la régulation SAMU afin d'assurer la continuité du service en cas de dysfonctionnement/débordement et/ou sur la base de l'activité constatée.

- Harmoniser les règles d'utilisation du SMUR héliporté et encourager la mutualisation des vecteurs pour une meilleure efficience. Mettre en place le suivi régional.

- Poursuivre le développement d'un système d'information des structures d'urgence exhaustif, fiable et partagé. L'activité des SAMU reste à ce jour difficile à documenter.

- **Qualité- efficacité**

- Développer la coordination et la coopération entre les SAMU. Actualiser la charte inter-SAMU. Renforcer l'articulation avec les acteurs de soins de 1er recours.

- Formaliser les filières de soins des patients exigeant l'accès à des soins complexes ou de haute technicité. Evaluer l'organisation et l'activité des plateaux techniques spécialisés dans le cadre de leur recours par les structures d'urgence.

- Veiller au respect des obligations des établissements autorisés à l'exercice de médecine d'urgence : réseau territorial des urgences, registre des refus et fiches ReTex.

- Mettre en œuvre un SMUR régional doté de compétence pédiatrique. Soutenir le transferts de compétences des pédiatres vers les médecins urgentistes. Renforcer la coopération entre les SAMU et la CROP .

- **« Evitabilité»**

- Améliorer la lisibilité de l'offre de soins en direction de la population et des professionnels de santé

- Diminuer les passages inappropriés en optimisant le parcours des personnes âgées ou des patients avec pathologies chroniques. Améliorer les mécanismes de coordination ville-hôpital et EHPAD.

- Réduire les sorties blanches et carences ambulancières

- **Sécurité et risques :**

- Actualiser les plans « Hôpital en tension » et améliorer la solidarité entre les établissements et les acteurs de 1er recours au sein des territoires.

- Garantir la veille et la sécurité sanitaire : coordination des structures de médecine d'urgences (SAMU, SMUR, SU) – Zone de défense sud. Assurer les urgences collectives (plan blanc élargi)

- Mettre en place le recueil des indicateurs de suivi des tensions et améliorer les systèmes d'alerte et informations

Médecine d'urgence

Eléments remarquables et enjeux

Médecine d'urgence

Eléments remarquables et enjeux principaux - (source des données : SAE, SRVA, ORU)

- En 2013, les **29** services d'urgence (SU) ont enregistré **775 056 passages**, soit une progression de **26%** sur les 5 dernières années (source SAE). En 2014, le seuil des 800 000 passages a été largement dépassé (**863 078 passages**- SRVA). Le taux de recours aux urgences, estimé à **26 passages/100 habitants** en 2014, est plus élevé sur les territoires de l'Aude et des Pyrénées Orientales. Le taux d'hospitalisation régional après passage aux urgences s'élève à **15.6%** (Source ORU). La part des personnes âgées de 75 ans ou plus a représente **14%** du total des admissions aux urgences, soit 105 341 patients, avec des variations importantes entre les services: de 2 à 30 patients âgés de 75 ans ou plus accueillis quotidiennement selon les SU.

- Les missions SMURs I^aires^ et les transferts médicalisés inter-hospitaliers (TIH) par voie terrestre ou aérienne ont progressé de près de 9% entre 2009 et 2013. L'activité des SAMU-centre 15 reste soutenue avec une participation active des médecins libéraux: la régulation libérale en nuit profonde n'est cependant pas implantée dans tous les SAMU-Centre 15, et la régulation libérale n'est pas mise en œuvre sur le territoire de la Lozère. L'articulation de la régulation entre les SAMU est à développer selon l'activité observée. Les carences ambulancières sont trop élevées. L'organisation et la coordination des transporteurs sanitaires (TS) doit être améliorée, de même l' articulation avec le SDIS.

- La régulation régionale des transports héliportés ou son suivi régional n'a pas abouti : l'engagement et la disponibilité des vecteurs aériens doivent être connus des SAMU, pour une utilisation rationnelle, optimisée et mutualisée. Les règles d'engagement doivent être définies, et le recueil d'activité doit être harmonisé. Le partenariat avec les hélicoptères de la Sécurité Civile doit être amélioré.

- L'organisation et la coordination des transports des patients relevant des plateaux techniques spécialisés ou de soins complexes restent à préciser ou finaliser. La sollicitation des plateaux techniques spécialisés à partir des structures d'urgence doit être évaluée.

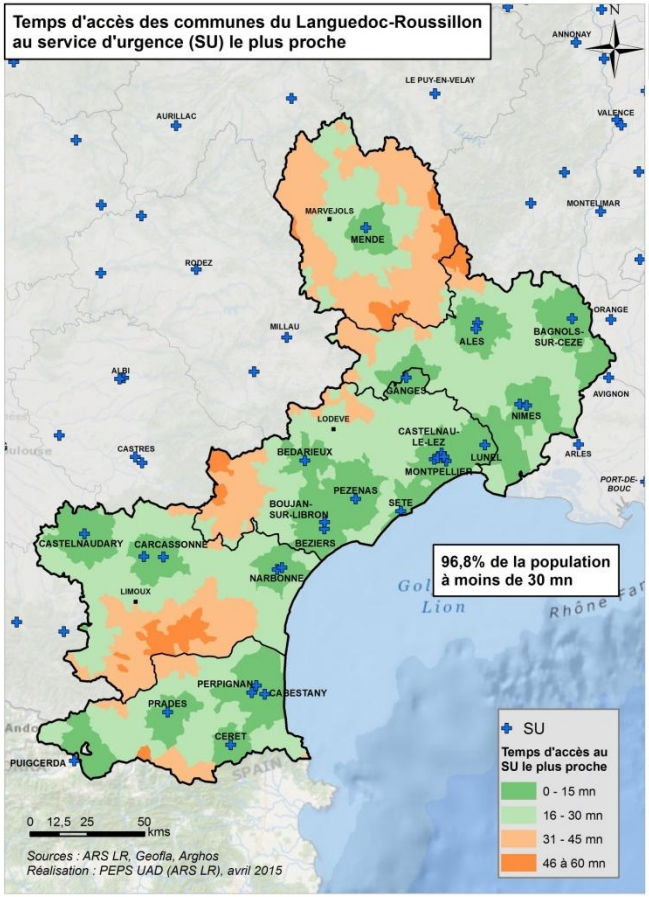
- En fonction de l'évolution des textes règlementaires, certaines structures d'urgence peuvent être amenées à devenir des centres de soins non programmées ou constituer des antennes de services d'urgence.

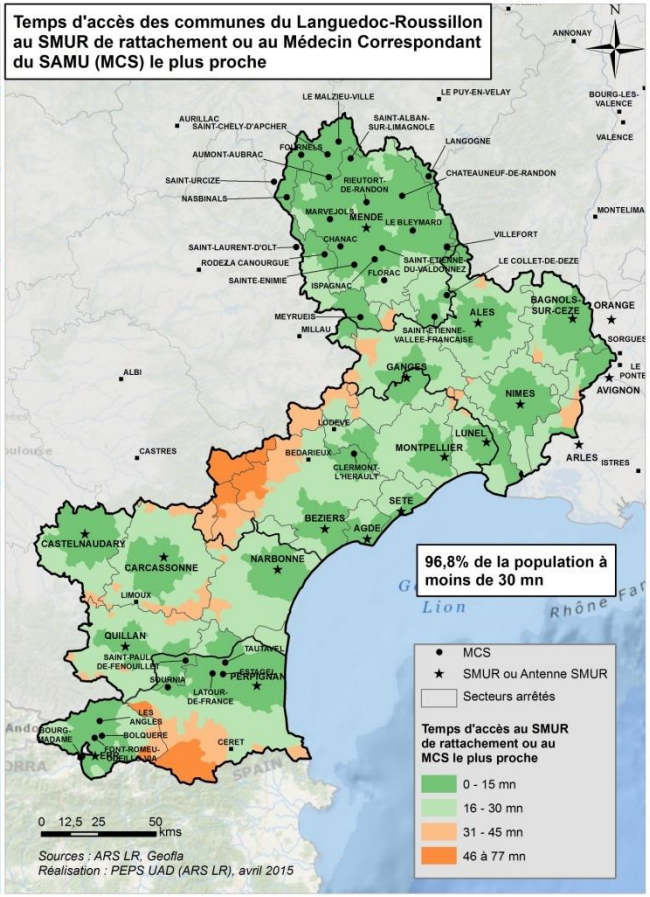
- L'harmonisation des données d'activité entre les différents serveurs régionaux doit être poursuivie.

Médecine d'urgence

Diagnostic

Médecine d'urgence





Offre de soins sur le territoire de santé au 31 mai 2015

Temps d'accès aux structures d'urgence

- **Superficie :** 27 376 km²
- **Population municipale :** 2 700 266 hab.
- **Densité :** 98.6 hab./km²

INSEE- Décret n° 2014-1611 du 24 /12/2014

- **SAMU :** 5
- **SMUR :** 10 + 6 antennes
- **SMUR aérien**: 1 dispositif régional
- **SU :** 29 SU
  (+ 1 autorisation non mise en œuvre)

- **Régulation libérale:** active dans 4 territoires
- **Régulation libérale Nuit Profonde** active dans 2 territoires
- **MCS : 4 dispositifs + 2 en déploiement**
- **MMG : 14**

- **Bassin populationnel/SU:** 93 112 hab. (LR)

- **Taux recours Urgence :** 26 pas./100 hab.

ORU - 2014

MEDECINE D'URGENCE

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Eléments de diagnostic régional (source des données : SAE, SRVA, ORU)

SAMU : L'absence d'harmonisation des données d'activité collectées et l'absence d'exhaustivité d'une année sur l'autre compliquent le suivi régional annuel des SAMU-centre15. A l'exception de la Lozère, la part des Dossiers de Régulation (DR) varie entre 64 et 69% du nombre total d'appels reçus (SAE 2013).

SMUR : Les transports SMUR terrestres et aériens, primaires et inter-établissements inclus représentent un total de **36 278** interventions en 2013. L'activité SMUR I^{aire}, est de l'ordre de 10,5 sorties /1000 habitants. En 2013, les SMURs héliportés ont réalisé un total de **2 009** missions, représentant **5.4%** du total des missions médicalisées.

Médecins Correspondants SAMU (MCS) : 4 réseaux sont en place, 2 réseaux sont en déploiement (Aude et nord-Gard) ; la Fédération Régionale des MCS est créée.

Transports sanitaires: en 2013, le taux régional de carences ambulancières est de **21/10 000 habitants**; il varie de façon considérable entre les territoires, mais progresse, quel que soit le territoire.

SDIS: les conventions SAMU-SDIS sont formalisées au sein des territoires. Le réseau Antarès est toujours en cours de déploiement dans 2 territoires: le Gard et l'Hérault.

SU : Le nombre de passages dans les structures d'urgence est en hausse de **26 %** sur la période 2009-2013 (source : SAE). L'année 2014 enregistre une nouvelle hausse estimée à **6,6%** selon les données du SRVA (809 529 passages en 2013 et 863 078 en 2014).

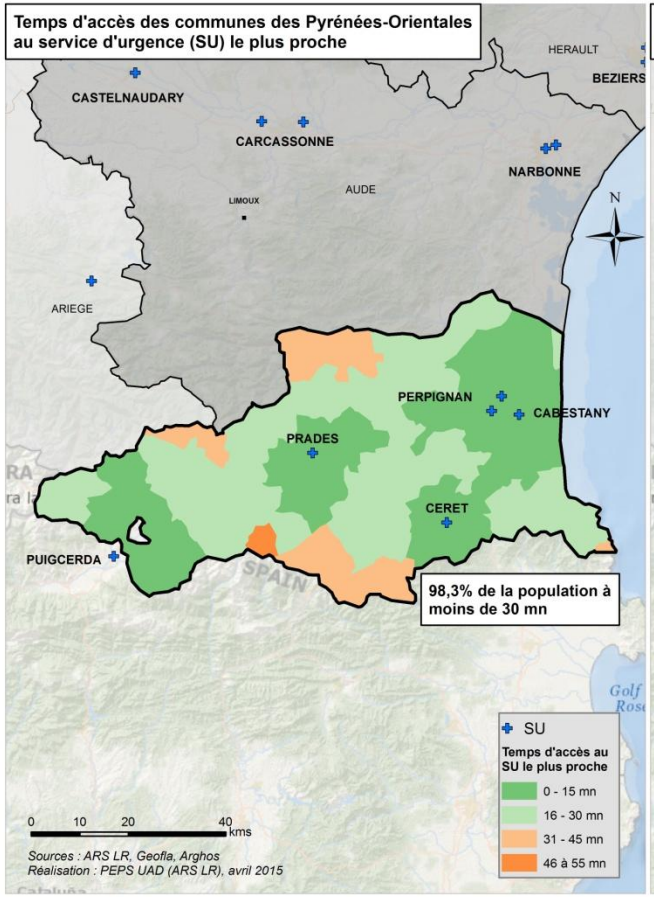
SI: l'ensemble des SAMU est informatisé; 27 des 29 établissements sièges d'un SU adressent les RPU. Toutes les structures d'urgence renseignent le SRVA.

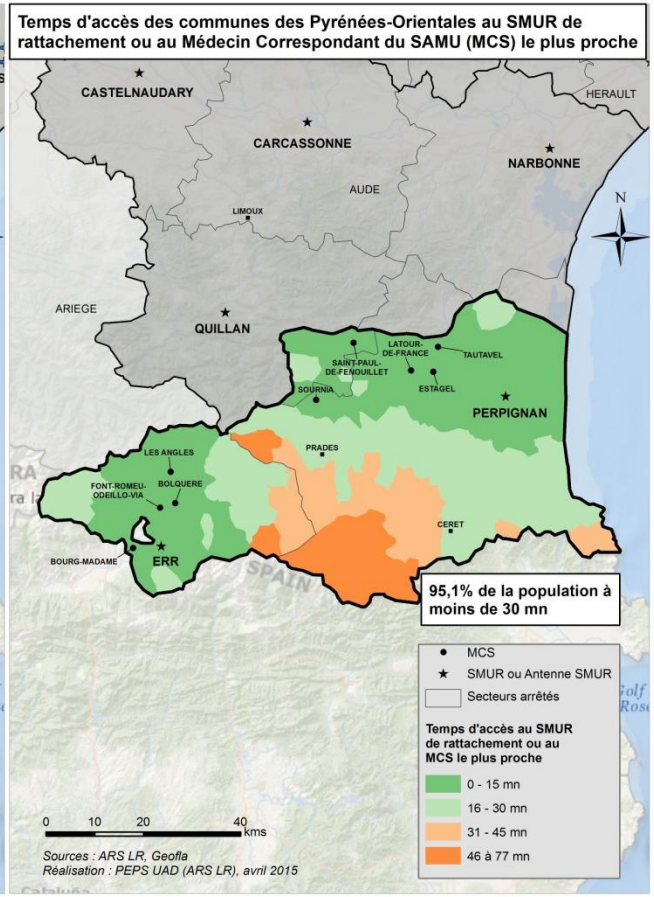
PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé): elles sont opérationnelles dans les 10 établissements publics sièges d'une structure d'urgence

Points de vigilance

- L'harmonisation des données d'activité des SAMU-centre 15 doit être réalisée sur la base d'un thésaurus partagé. L'exhaustivité et la qualité des RPU restent perfectibles. Le Registre des refus et les fiches de dysfonctionnement sont des objectifs prioritaires.
- La coordination inter-SAMU n'est pas suffisamment développée: la charte inter-SAMU est à réactualiser. Le suivi de la disponibilité de l'ensemble des vecteurs aériens du dispositif régional permettrait un gain d'efficacité sur la rationalisation de l'organisation. Enfin, l'articulation de la régulation, sur la base de l'activité constatée, est à mettre en place dans le ou les territoires concernés.
- Les transferts périnataux et pédiatriques, la coordination CROP/SAMU restent un sujet à stabiliser, de même que le transfert des patients relevant des filières de soins.
- Le nombre de carences ambulancières reste important : une meilleure organisation et coordination est à mettre en place.
- Les articulation avec le SDIS sont perfectibles, en particulier sur la coordination des moyens SAMU-SDIS.
- Une meilleure prise en compte des moyens et temps d'accès des zones frontalières des territoires doit guider l'actualisation du Schéma des SMURs .
- Le recours aux urgences des personnes âgées est élevé , un certain nombre de passages pourraient être évités.
- Les conventions avec les plateaux techniques spécialisés sont à formaliser, et l'activité des plateaux techniques spécialisés doit être évaluée.

MEDECINE D'URGENCE





Offre de soins sur le territoire Des Pyrénées Orientales

Temps d'accès aux structures d'urgence

- **Superficie : 4 116** km²
- **Population municipale: 457 793** habitants
- **Densité : 110** hab./km²

INSEE- Décret n° 2014-1611 du 24 /12/2014

- **SAMU :** 1
- **SMUR :** 1 + 1 antenne
- **SMUR aérien**: 1 hélicoptère dispositif régional
- **SU :** 5

- **MCS :** 2 dispositifs (Cerdagne-Capcir et Fenouillèdes)
- **Régulation libérale** active en nuit profonde (33 médecins au 01/01/2014)
- **MMG :** 1

- **Bassin populationnel/SU:** 91 558 hab. (66)
- **Bassin populationnel/SU:** 93 112 hab. (LR)

- **Taux recours urgences:** 28 pas./100 hab.

ORU - 2014

MEDECINE D'URGENCE

Données d'activité (sources des données : SAE , SRVA, ORU [RPU])

SAMU : Une défaillance informatique en 2012 et 2013 n'a pas permis de renseigner l'activité SAE. En 2011, le nombre de Dossier de Régulation (DR) était de **134 342** (SAE), en 2014 ce nombre était de **136 360** (source établissement), soit une progression de **1.5%** en 4 ans. La régulation libérale est active, couvrant la nuit profonde. Le réseau de radiocommunication Antarès est opérationnel, mais le relief très accidenté et l'insuffisance de relais expliquent l'existence de zones blanches.

SMUR : l'activité globale des SMUR terrestres et aériens apparaît stable entre 2011 et 2013 avec en moyenne **5 500** missions annuelles. En 2013, les missions SMUR laires représentent **11 à 12 sorties /1 000 habitants**. En 2013, le SMUR héliporté a effectué **401** missions pour 338 heures de vol dans le cadre du dispositif régional héliporté. Les médecins du CH de Perpignan médicalisent par ailleurs l'hélicoptère de la Sécurité Civile.

Transports sanitaires: les carences ambulancières progressent chaque année. Entre 2012 et 2014, l'augmentation a été de **32%**, soit un taux de **42.9/10 000** habitants. La convention bi-partite portant sur l'organisation de la réponse à l'urgence est en phase de finalisation. Il n'y a pas de coordonateur ambulancier.

Articulation avec le SDIS : la convention SAMU/SDIS sur le secours à personne est opérationnelle. La conventions d'appui logistique du SDIS à l'antenne SMUR est en place. La plateforme commune SAMU/SDIS fonctionne depuis 2012. Les Systèmes d'information sont spécifiques.

MCS : les réseaux Cerdagne-Capcir et Vallée du Fenouillèdes fonctionnent bien, mais restent fragiles compte tenu de la démographie médicale.

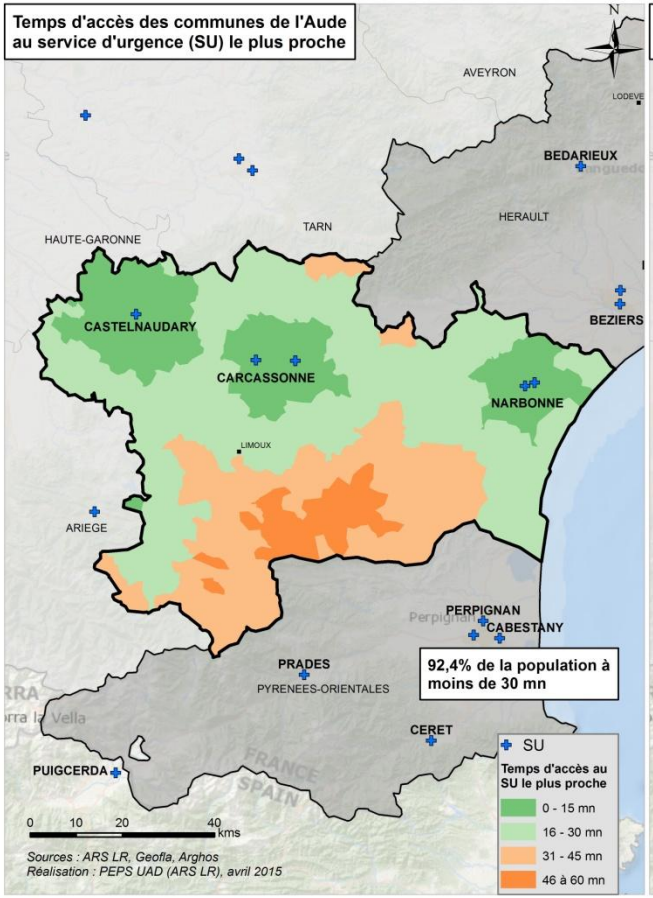
MMG: située sur Perpignan, elle est très active et soutien la PDSa dans différents secteurs selon les besoins.

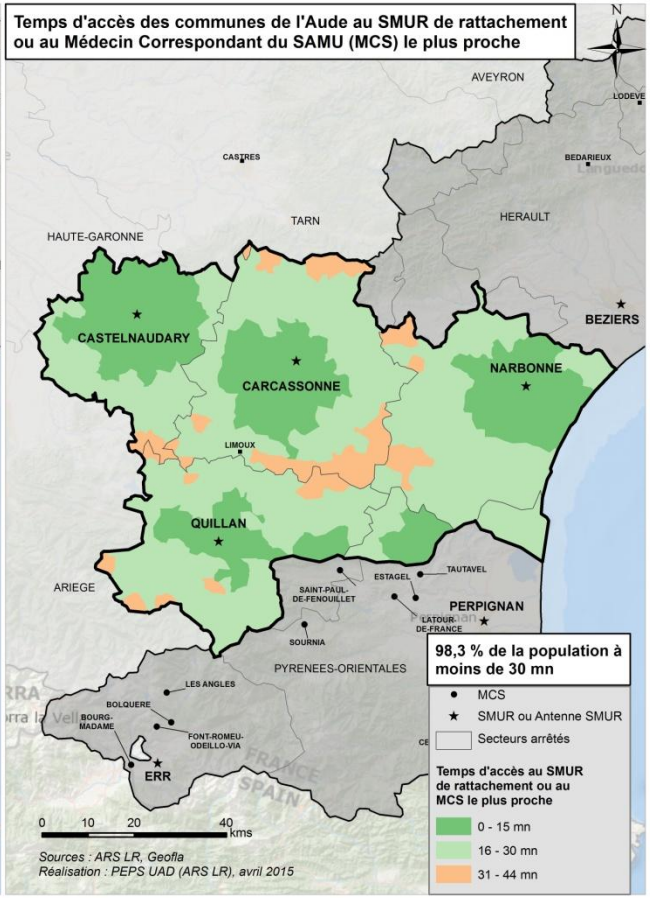
Structures d'urgence : entre 2009 et 2013, les SU ont enregistré une augmentation moyenne d'activité de **13.4%** : CH Perpignan +16%, Cl St Roch +19%, Cl St Michel +5%, Cl St Pierre +5% (SAE). Le taux d'hospitalisation après passage aux urgences en 2013, était de **11.9 %** pour un taux régional de **15,6%**. (source SRVA). L'autorisation d'exercice de soins d'urgence de la Clinique du Vallespir a été mise en œuvre en juin 2013. L'attrait touristique, aussi bien hivernal qu'estival, impacte fortement l'activité et le flux des passages aux urgences. Par ailleurs, la part des plus de 75 ans pèse également lourdement sur l'activité des services et la fluidité d'aval.

Points de vigilance

- Le nombre de carences ambulancières est trop élevé. L'insuffisance organisationnelle rejaillit en amont et en aval des urgences, participant aux phénomènes de tension soutenus observés sur le territoire.
- La démographie médicale fragilise les réseaux MCS et la PDSa sur les secteurs à plus de 30'. Les liens MCS-SAMU doivent être confortés.
- La part des admissions des personnes âgées de 75 ans ou plus est élevée: une solution pour contrôler les passages aux urgences évitables doit être recherchée.
- Les plans « Hôpital en tension doivent être révisés et une réflexion doit être engagée sur l'amélioration de la coopération entre les établissements public/privés au décours des épisodes de tension.
- La qualité et l'exhaustivité des RPU doivent être améliorés, de même que la collecte des indicateurs d'activité du SAMU.
- Le service des urgences du GECT-Hôpital de Cerdagne est opérationnel depuis la mi-septembre 2014: dans la réflexion quant à la délocalisation de l'antenne SMUR d'Err sur le GECT Hôpital de Cerdagne, l'impact sur les temps d'accès, les aspects financiers et la couverture des besoins sur l'ensemble du territoire doivent être analysés.

MEDECINE D'URGENCE





Offre de soins sur le territoire

De l'Aude

Temps d'accès aux structures d'urgence

- **Superficie : 6 139** km²
- **Population municipale : 362 339** habitants
- **Densité : 59** hab./km²

INSEE- Décret n° 2014-1611 du 24 /12/2014

- **SAMU :** 1
- **SMUR :** 2 + 2 antennes
- **SMUR aérien**: 1 hélicoptère dispositif régional
- **SU :** 5

- **Dispositif MCS :** 1 en cours de déploiement
- **Régulation libérale**, non active en nuit profonde
- **MMG** : 4
- **Point fixe**: 1

- **Bassin populationnel/SU:** 72 467 hab. (11)
- **Bassin populationnel/SU:** 93 112hab. (LR)

- **Taux recours urgences :** 29 hab./100 hab.

ORU - 2014

MEDECINE D'URGENCE

AUDE

Données d'activité (source : SAE, SRVA, ORU)

SAMU : plateforme 15/18 avec SI mutualisé qui complexifie tout projet d'articulation entre les SAMU. Le nombre de DRM (Aide Médicale Urgente) est stable sur les années 2012 et 2013 (**63 544/63 179**). La régulation médicale libérale, non opérationnelle en nuit profonde, est active avec 37 médecins (01/01/2014), Le planning de présence est couvert à 100%. Des appuis ponctuels sont nécessaires en période estivale et période hivernale (épidémies). Le réseau de radio communication Antarès est opérationnel.

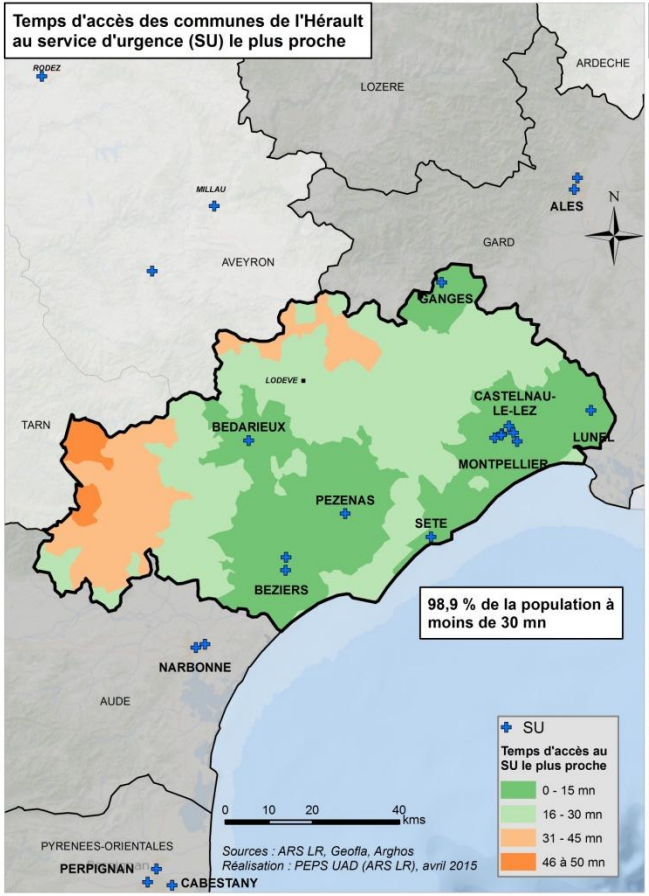
SMUR : fléchissement de l'activité globale des missions SMUR noté entre 2009 et 2013 (**-4.6%**) avec **10 missions SMUR I^aires^/1 000 habitants**. Rebond d'activité observé en 2014 avec **5 480** missions (**+ 16 %**) [SRVA]. L'activité du SMUR héliporté est également en augmentation avec **488** missions en 2014 contre **460** missions en 2013 pour un nombre d'heures de vol équivalent. En période estivale, l'hélicoptère est délocalisé sur zone littorale, en réponse à l'afflux de touristes et aux difficultés de déplacement par voie terrestre. L'antenne SMUR de Castelnaudary, médicalisée par le CH de Carcassonne, enregistre une faible activité (moins d'une intervention/jour) : elle est organisée en 12 heures et l'équipe SMUR ne participe pas à l'activité d'accueil du SU du CH de Castelnaudary.
Transporteurs sanitaires: Ie nombre de carences ambulancières reste à un niveau trop élevé avec un taux de **49.6/10 000 h** en 2013 (taux régional: 21/10 000h). Le dispositif organisationnel avec coordonnateur ambulancier n'est plus opérationnel.
Articulation avec le SDIS : la convention SDIS-SAMU sur le Secours A Personne est en place. Les conventions d'appui logistique aux antennes SMUR de Castelnaudary et Quillan sont opérationnelles. Deux VLI sont positionnées sur Narbonne et Carcassonne en H24. En période estivale, la zone littorale est renforcée sur Gruissan et Leucate avec la présence d'Infirmier Sapeur-Pompier (ISP).
MCS : le déploiement du réseau audois est en cours et devrait être opérationnel d'ici la fin du 2^è^ trimestre 2015.
MMG: hors la MMG de Castelnaudary fermée en semaine suite à une faible activité, les autres MMG sont très actives. Les MMG de Narbonne et Carcassonne ont la particularité de fonctionner le samedi matin.

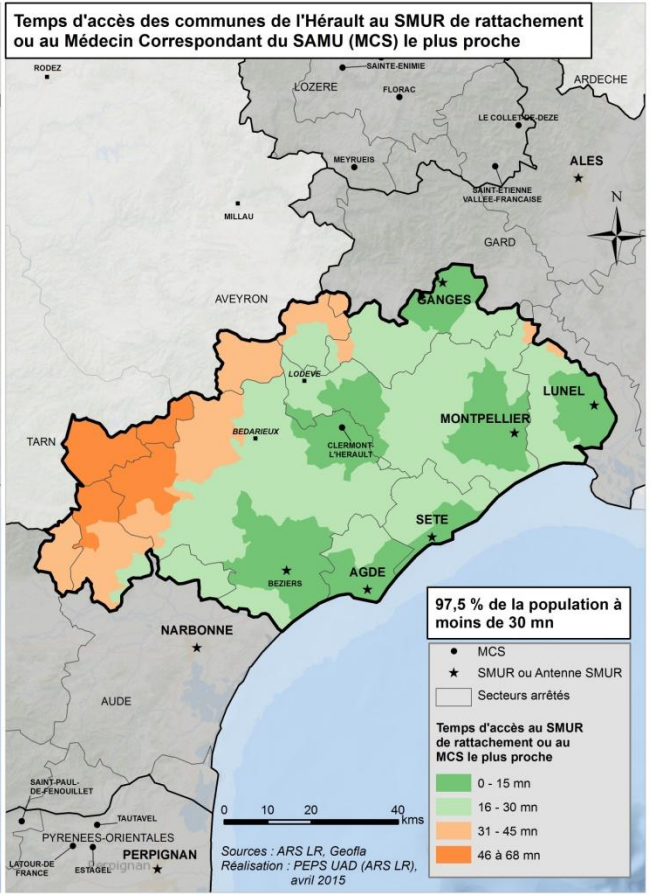
Structures d'urgence : entre 2009 et 2013, le nombre total de passages aux urgences a augmenté de **18%** et représentait **15%** du total des passages en LR pour **13,5%** de la population régionale (CH Carcassonne + 22%, CH Narbonne +23%, Clinique Montréal +54%, Polyclinique du Languedoc -14%, CH Castelnaudary +11% [SAE]). L'activité nocturne est essentiellement supportée par les SU des établissements publics de Narbonne et Carcassonne. Le taux d'hospitalisation après passage aux urgences est de **19 %** (SRVA- année2013) pour un taux régional de **15,5%**, avec des variations marquées entre les services.

Points de vigilance

- Une réflexion doit être engagée avec les acteurs des territoires trans-frontaliers pour optimiser les secteurs d'intervention SMUR en cours de révision
- Le nombre de carences ambulancières reste trop élevé: l'organisation et la convention doivent être revues.
- La démographie médicale suscite des interrogations quant à la pérennisation de l'offre de soins de 1er recours sur certains secteurs.
- Sur le secteur chaurien, au regard de l'activité de l'antenne SMUR, de la typologie des patients accueillis par le SU de Castelnaudary, de leur flux, du faible taux d'hospitalisation après passage aux urgences (5,7%), des difficultés organisationnelles du plateau d'imagerie du SU, au regard de l'activité de la MMG, une réponse mieux adaptée aux besoins de la population doit être proposée (Réseau territorial des Urgences).

MEDECINE D'URGENCE





Offre de soins sur le territoire De l'Hérault

Temps d'accès aux structures d'urgence

- **Superficie : 6 101** km²
- **Population municipale : 1 077 627** habitants
- **Densité : 176.6** hab./km²

INSEE- Décret n° 2014-1611 du 24 /12/2014

- **SAMU :** 1
- **SMUR :** 3 + 3 antennes
- **SMUR héliporté**: 1 hélicoptère dispositif régional
- **SU :** 13 (+1 autorisation non mise en œuvre)

- **Dispositif MCS :** 1
- **Régulation libérale,** non active en nuit profonde
- **MMG:** 6

- **Bassin populationnel agglo. Montpellier:** 71 257 hab/SU
- **Bassin populationnel/SU:** 82 894 hab. (34)
- **Bassin populationnel/SU:** 93 112 hab. (LR)

- **Taux recours urgences :** 26 pas./100 hab.

ORU - 2014

MEDECINE D'URGENCE

Données d'activité (source : SAE, SRVA, ORU 2014)

SAMU : le nombre d'appels et le nombre de DR ont modérément diminué entre 2009 et 2013 avec respectivement **-6%** et **-9%**, cependant le nombre de DRM reste très élevé **(218 498** en 2013). La régulation libérale (20 médecins) n'est pas opérationnelle au-delà de 1 heure du matin. Des renforts ponctuels le samedi matin sont possibles. Le réseau de radiocommunication Antarès n'est pas encore opérationnel: son déploiement en articulation avec le SDIS se poursuit.

SMUR : l'activité SMUR terrestre ou aérien a augmenté entre 2009 et 2013: **+6%** pour les primaires, **+16,6%** pour les TIH (en 2013, **11 missions SMURs** ^{laires}**/1 000 hab**.). La régulation régionale des SMURs aériens n'a pas abouti, comme le SMUR régional à compétence pédiatrique. L'activité du SMUR aérien est importante avec en moyenne **600 missions/an**: ce SMUR assure une mission régionale, en particulier vers la Lozère, et inter-régions, tout particulièrement vers l'Aveyron. L'activité de l'antenne SMUR d'Agde étendue à l'année à titre expérimental depuis octobre 2013 est soutenue, avec plus de **1000 missions** sur l'année 2014.

Garde ambulancière : le nombre de carences ambulancières semble maîtrisé (**5,9/10 000 hab**.). La présence d'un coordonnateur ambulancier n'est pas stabilisée.

Articulation avec le SDIS : plateforme 15/18 sans mutualisation des SI. La convention bipartite SAMU-SDIS sur le Secours à personne est finalisée. Les conventions d'appui logistique du SDIS aux antennes et SMUR du CHBT sont opérationnelles. L'hélicoptère de la Sécurité Civile participe ponctuellement aux missions sanitaires à la demande du SAMU 34.

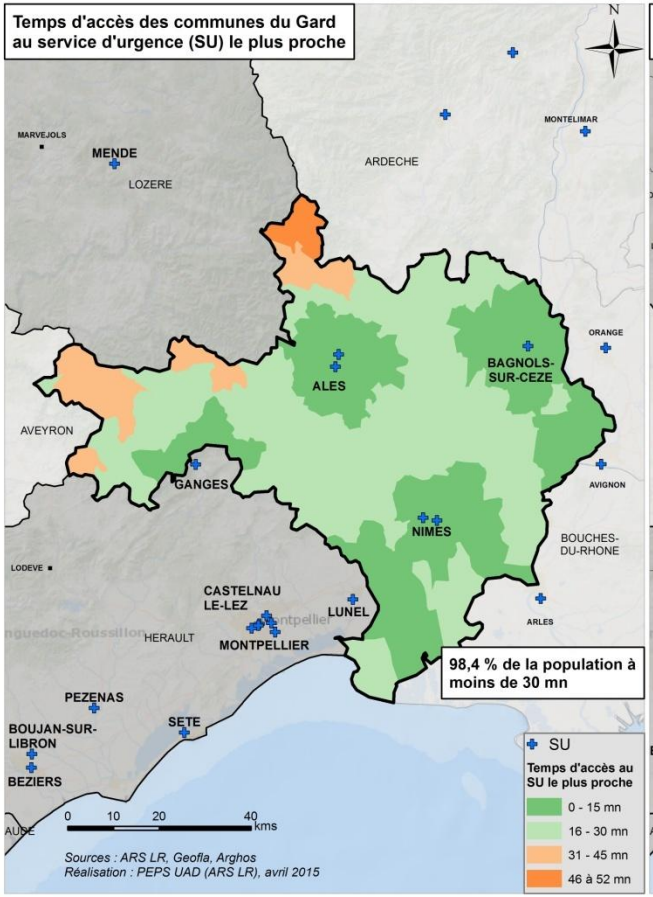
MCS : un réseau MCS avec appui logistique par le SDIS 34 est en place sur le Pays Cœur d'Hérault. **MMG**: six MMG sont installées sur le territoire; l'activité totale est en progression (+ 7,5% entre 2012 et 2013).

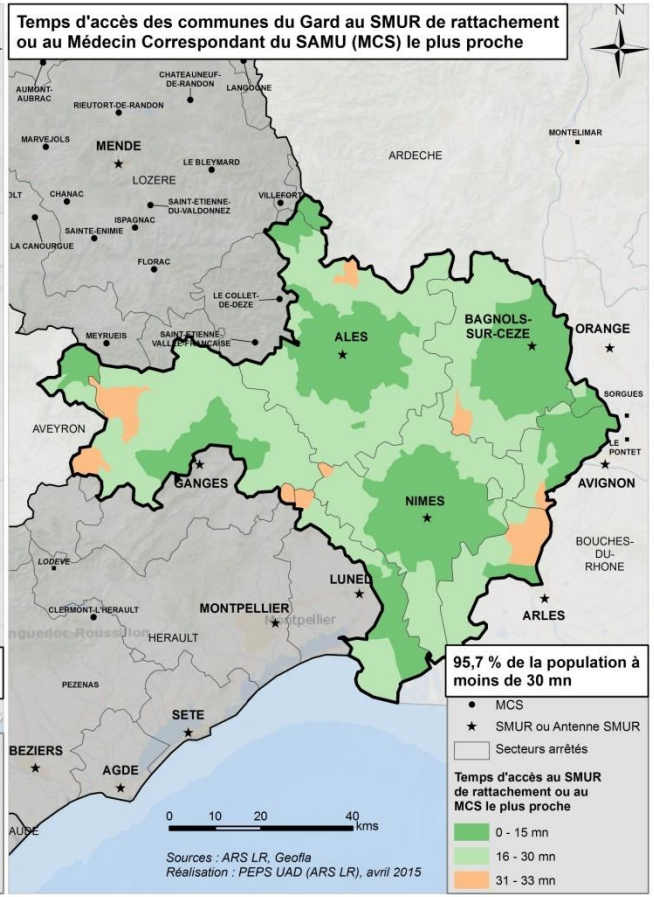
Structures d'urgence : Entre 2009 et 2013, l'évolution globale de l'activité a été de **+26%,** avec un total de **346 083** passages enregistrés en 2013, soit 43% des admissions urgence de la région. L'activité varie considérablement entre les structures, et l'attrait touristique du territoire impacte fortement l'activité des SU de la zone littorale. L'activité nocturne est inégalement répartie, essentiellement supportée par les SU des établissements publics. Le taux d'hospitalisation est relativement faible **11,9 %** contre **15,6%** en LR(ORU 2014). Sur l'agglomération montpelliéraine, le bassin populationnel par structure d'urgence est de **71 257** habitants contre **82 894** habitants sur le territoire de l'Hérault et **95 157** habitants sur la région.

Points de vigilance

- Une attention toute particulière doit être portée sur l'adéquation des effectifs /activité de régulation du SAMU-centre 15 qui révèle une insuffisance d'effectifs sur la période de référence.
- Le nombre de médecins participant à la régulation libérale est peu important, et la possibilité de couverture en nuit profonde pose interrogation.
- Une partie du secteur nord-ouest du territoire est au-delà des 30' d'une réponse SMUR: une solution adaptée doit être réfléchie en tenant compte des problématiques partagées au niveau des zones frontières du territoire. Le schéma des SMUR tiendra compte des organisations inter-territoriales existantes.
- L' optimisation de l'organisation des transferts périnataux et pédiatriques doit se poursuivre en intégrant l'ensemble des compétences territoriales.
- Le recours des 75 ans et plus, est important: les actions visant à éviter les déplacements inutiles doivent être soutenues.
- L'organisation de la prise en charge des patients relevant d'un plateau technique spécialisé doit être optimisée, et l'activité de ces plateaux , évaluée.
- La qualité des RPU est perfectible et l'ensemble de établissements doivent satisfaire à leur obligation de remontée d'activité.
- Sur l'agglomération de Montpellier, considérant le bassin populationnel par SU et la faible activité nocturne de certains sites, le maintien d'un aussi grand nombre de services d'urgence ne se justifie pas. Le nombre de SU nécessaires pour couvrir les besoins de la population de l'agglomération est estimé à 5.
- Une réflexion est à mener sur le Centre d'Accueil et de Permanence des Soins implanté sur le site du CH de Lodève dont l'autorisation de soins de médecine d'urgence n'a pas été mise en œuvre et dont la pertinence n'est pas démontrée.

MEDECINE D'URGENCE





Offre de soins sur le territoire du Gard

Temps d'accès aux structures d'urgence

- **Superficie : 5 853** km²
- **Population municipale : 725 618** habitants
- **Densité : 124** hab./km²

INSEE- Décret n ° 2014-1611 du 24 /12/2014

- **SAMU :** 1
- **SMUR :** 3
- **SMUR héliporté**: 1 hélicoptère dispositif régional
- **SU : 5**

- **Dispositif MCS :** en cours de déploiement
- **Régulation libérale** active en nuit profonde
- **MMG**: 3

- **Bassin populationnel/SU:** 145 123 hab. (30)
- **Bassin populationnel/SU:** 93 112 hab. (LR)

- **Taux recours urgences :** 23 pas./100 hab.

Après exclusion zone d'Avignon : 25,5/100 habitants

ORU - 2014

MEDECINE D'URGENCE

Données d'activité (source : SAE, SRVA, ORU)

SAMU : diminution modérée du nombre de DR entre 2009 et 2013 **(-7.6%),** mais le niveau de DRM reste cependant élevé (**157 031**) [SAE]. La régulation libérale est active et opérationnelle en Nuit Profonde et repose sur 19 ML. Le nombre de DRM régulés par les libéraux est de **49 686** en 2013 (SAE).

SMUR : les missions primaires et les TIH ont augmenté respectivement de **21.8%** et de **26%** entre 2009 et 2013. Cette augmentation globale se poursuit en 2014 (+4%). Ratio: **11 missions SMURs Ires/1 000 hab** L'activité du SMUR d'Alès qui a connu une augmentation de **25%** entre 2009 et 2013, est soutenue et les temps d'intervention sont élevés compte-tenu de la géographie du secteur.

Garde ambulancière : le nombre de carences ambulancières entre 2013 et 2014 est en augmentation (+42%). Le taux actualisé de carences est de 32/10 000 h contre 22.9/10 000 hab. en 2013.

Articulation avec le SDIS : la convention SAMU-SDIS-sur le Secours A Personne est finalisée. Les conventions d'appui logistique du SDIS au SMUR d'Alès et Bagnols sont en place. Le réseau ANTARES est en cours de déploiement.

MCS : le dispositif des MCS au nord du département (Bessègues-Saint-Ambroix-Barjac) est en cours de déploiement.

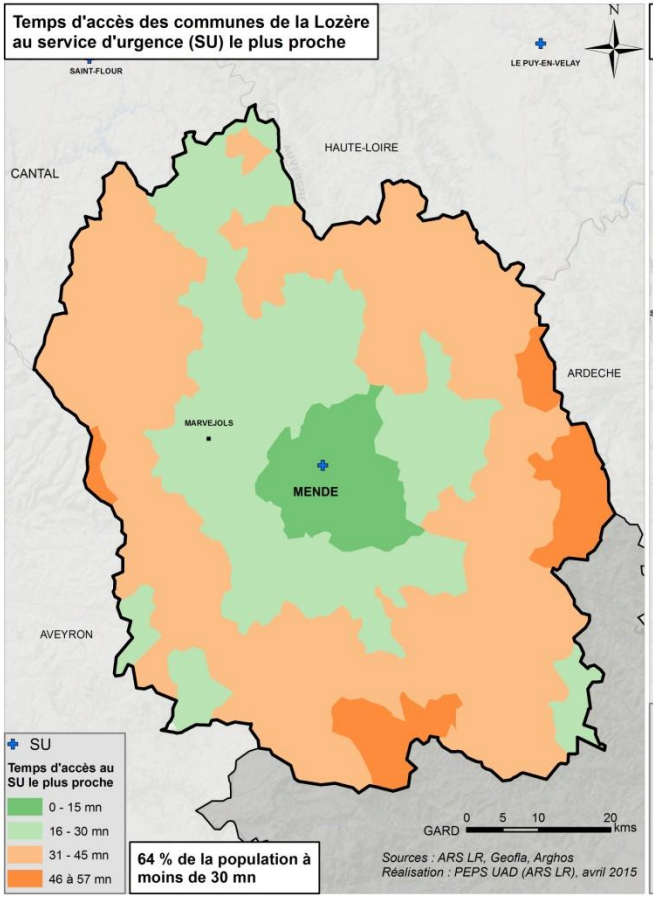
MMG: l'activité est en progression sur les MMG de Nîmes et Alès**;** celle de la MMG d'Uzès dont le fonctionnement peut être assimilé à un point fixe, est faible (730 C; 2013).

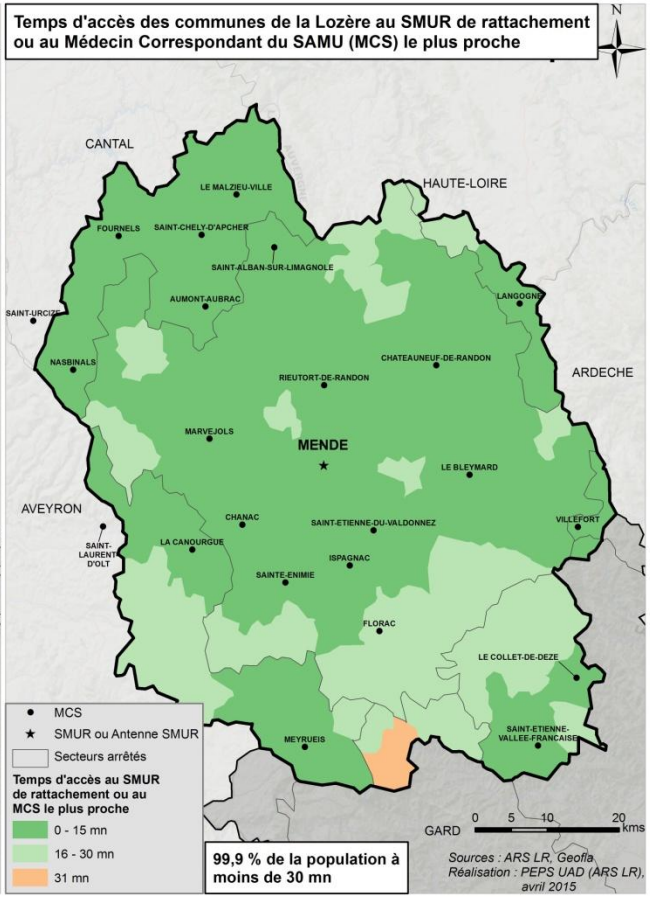
Structures d'urgence : elles ont accueillies **159 679** patients en 2013, soit une évolution de 15% depuis 2009, avec des variations inter-sites très hétérogènes: Polyclinique Grand Sud: 22%, CHU Nîmes: 12%, CH de Bagnols: 10.5%, CH d'Alès: 19.6 % et Clinique Bonnefon: 7.6% (SAE). Le taux d'hospitalisation est de **18.7 %**, supérieur au taux régional (**15.6%**) (SRVA), mais plus faible pour les SU des établissements privés De même, les flux de patients sur 24 heures sont différents avec une activité nocturne essentiellement supportée par les SU des établissements publics.

Points de vigilance

- La mise à niveau des ressources selon l'activité se doit d'être surveillée, au même titre que les obligations des établissements autorisés à l'exercice des soins de médecine d'urgence. Le SU du CH d'Alès connait une activité très soutenue, qui continue à progresser: la coopération avec la Clinique Bonnefon doit être développée, et de façon plus globale, la coopération public/privé sur le territoire.
- Le déploiement d'Antarès en articulation avec le SDIS doit se poursuivre. La coordination entre moyens SMUR et SDIS doit être améliorée, de même l'articulation Inter-SAMU.
- Le nombre de carences ambulancières est trop élevé et l'organisation doit être améliorée.
- Une attention doit être portée sur le secteur d'Uzès à la limite des 30'd'intervention des 3 SMURs du territoire.
- La fluidité du parcours au sein des urgences doit être garantie, et toute solution visant à diminuer les passages inappropriés ou inutiles doit être recherchée et sera accompagnée.
- L'activité de la Clinique Bonnefon a peu évolué, le taux d'hospitalisation est en deçà du taux régional (11,2%) et le flux nocturne est anormalement faible.
- La qualité et l'exhaustivité des RPU restent perfectibles.

MEDECINE D'URGENCE





Offre de soins sur le territoire De la Lozère

Temps d'accès aux structures d'urgence

- **Superficie : 5 167** km²
- **Population municipale : 76 889** habitants
- **Densité : 14.9** hab./km²

INSEE- Décret n° 2014-1611 du 24 /12/2014

- **SAMU :** 1
- **SMUR :** 1
- **SU :** 1

Pas de vecteur héliporté du dispositif régional

- **Dispositif MCS :** 1
- **Régulation libérale: non**
- **MMG: non**
- **Point fixe**: 1 dans le Nord Lozère

- **Bassin populationnel/SU** 76 889hab. (48)
- **Bassin populationnel/SU:** 93 112 hab. (LR)

- **Taux recours urgences :** 21 pas./100 hab.

ORU - 2014

MEDECINE D'URGENCE

Données d'activité (source : SAE, SRVA, ORU 2014)

SAMU : entre 2009 et 2013, le nombre d'appels a progressé de **47%.** Dans le même laps de temps, le nombre de DRM augmentait de **12%** (**21 908 DRM** en 2013). Les appels entrants relevant de la régulation médicale libérale sont identifiés à partir d'un n° à 10 chiffres aboutissant au 15: pour autant, il n'y a pas de médecin régulateur libéral présent au SAMU-Centre 15. La prise d'appel est assurée par l'ARM ; cet appel est régulé par le médecin hospitalier mais peut faire l'objet d'une conférence tripartite (médecin hospitalier/ médecin libéral PDSA/patient). Le réseau radiocommunication Antarès est opérationnel, mais les relais sont encore insuffisants.

SMUR : entre 2009 et 2013, l'activité globale du SMUR est stable avec un peu plus de **1 200 missions annuelles** (**15 sorties SMURs l^aires^/1 000 habitants**). Les particularités géographiques et les conditions climatiques sont à l'origine de temps d'intervention élevés. Lors de sorties SMUR concomitantes , il peut exister une problématique d'effectifs . Dans la mesure du possible, les TIH sont réalisés par les équipes SMUR des établissements qui assureront la suite de la prise en charge du patient.

Transports sanitaires : le nombre de carences ambulancières reste modéré, avec moins d'une carence par semaine déclarée.

Articulation avec le SDIS : la convention SAMU-SDIS portant sur le Secours à Personne est en place. Il existe également une convention SAMU-SDIS pour la mutualisation d'un hélicoptère de la Sécurité Civile en période estivale. Sauf exception, la médicalisation de ce vecteur n'est pas assurée par le CH de Mende. L'articulation SAMU-SDIS est un élément fondamental dans l'organisation des secours et de l'AMU.

MCS : le réseau départemental des médecins libéraux (ALUMPS) est un effecteur essentiel du SAMU compte-tenu de la complexité du relief et des temps d'accès du SMUR. En 2013, les MCS ont réalisé **516** interventions. La durée moyenne d'intervention a été de **31' (**Source : ALUMPS). Au 31/12/2014, 37 médecins étaient identifiés MCS.

Structure d'urgence : entre 2009 et 2013, le nombre de passages a progressé de **4.2%** pour s'établir à **18 085** passages en 2013. Le taux d'hospitalisation est plus élevé que le taux régional : **25%** contre **15.6%.** La part des 75 ans ou plus est proche du taux observé au niveau régional: **14.3%.** Enfin le taux de recours aux Urgences est le plus faible avec **21 pas. pour 100 hab**. en 2014 contre **26 pas./100 hab**. en région (ORU).

Points de vigilance

- La collecte des indicateurs d'activité du SAMU et du SMUR doit être améliorée. De par l'activité constatée et les contraintes environnementales, l'articulation de la régulation SAMU est à considérer.
- La démographie médicale des ML généralistes est source de difficulté et ne permet pas une organisation connexe de la régulation libérale au sein du SAMU-centre 15. Des renforts sont régulièrement assurés pour la PDSa les WE et fériés.
- Les sorties SMUR concomitantes ont un impact important sur les effectifs et sont susceptibles de déstabiliser le fonctionnement « séniorisé » du SU.
- La coopération avec les SAMU aux confins du territoire doit être renforcée, de même, celle avec l'ensemble des effecteurs en amont (SDIS, TS, MG). La complémentarité entre les SMUR doit être recherchée.
- L'informatisation des urgences doit se mettre en place et les dispositifs de télémédecine doivent se développer.

Médecine d'urgence – Objectifs de l'offre de soins

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Territoires de santé		Implantations autorisées	Création/Suppression
Aude	SU	5	
	SMUR	2 + 2 antennes à l'année	
	SAMU	1	
Gard	SU	5	
	SU pédiatrique	1	
	SMUR	3	
	SAMU	1	
Hérault	SU	14	**-2**
	SU pédiatrique	1	
	SMUR	3 + 2 antennes à l'année + 1 antenne estivale	Extension à l'année de l'antenne estivale
	SAMU	1	
Pyrénées Orientales	SU	5	
	SU pédiatrique	1	
	SMUR	1 + 1 antenne à l'année	
	SAMU	1	
Lozère	SU	1	
	SMUR	1	
	SAMU	1	

Dans le contexte de planification des soins d'urgence, il est tenu compte:

- De l'accès aux soins en moins de 30' d'un SMUR
- Du bassin populationnel/SU/territoire
- Des conditions de fonctionnement des SU garantissant sécurité et qualité des soins

Coopérations des acteurs sur le territoire et coordination des soins

- Développer un maillage pertinent du territoire
- Mettre en œuvre le réseau des urgences pour des prises en charge adaptées, garantes de la qualité et sécurité des soins.
- Formaliser les filières de soins
- Poursuivre l'actualisation des ressources au sein du ROR

Plateaux techniques spécialisés (reconnaissance contractuelle par les CPOM)

Polytraumatismes graves, complexes et multiples : 3
Traumatismes crânio-cérébraux et médullaires : 3
Unités Neuro-vasculaires : 7
Cardiologie : 8
Chirurgie complexe de la main: 4

Plateaux techniques spécialisés soumis à autorisation

Grands brûlés (SIOS): 1
Caisson hyperbare: 1

Médecine d'urgence – Orientations stratégiques pour les territoires 11, 30 et 34.

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Aude. CH Castelnaudary	Une amélioration des conditions de fonctionnement de l'antenne SMUR et du SU du CH de Castelnaudary est attendue ainsi qu'une amélioration organisationnelle du service d'imagerie nécessaire à l'activité du SU. Le CH de Castelnaudary sera accompagné dans cet objectif, notamment afin qu'il intègre le réseau territorial des urgences et qu'une équipe médicale urgence de territoire soit constituée. Au regard de la typologie des patients accueillis, du flux des patients sur 24 heures, du taux d'hospitalisation après passage aux urgences (5.7%), au regard de l'activité et du fonctionnement de la Maison Médicale de Garde, le service des urgences du CH de Castelnaudary sera amené à évoluer si les textes règlementaires le permettent.
Hérault GCS SU Lodévois	Les problèmes de démographie médicale, la faible activité du CAPS implanté sur le site du CH de Lodève, n'ont pas permis au GCS SU Lodévois de mettre en œuvre l'autorisation de soins de médecine d'urgence. Les évolutions attendues des textes règlementaires permettront de trouver une réponse appropriée pour assurer les soins non programmés des patients du territoire.
Agglomération Montpelliéraine	L'agglomération Montpelliéraine concentre près de la moitié des SU du territoire de l'Hérault, et le bassin populationnel par structure d'urgence est inférieur de 25% au bassin populationnel/SU observé en région. Hors CHU, l'activité diurne est très différentes entre les structures variant de 68 à 30 passages quotidiens en moyenne, l'activité nocturne est faible, de 16 à 7 passages en moyenne sur la tranche horaire 20h00-08h00, dont 6 à 2 passages en nuit profonde. Ainsi, la réponse aux besoins de la population peut être assurée par un nombre inférieur de SU.
Gard Clinique Bonnefon	Considérant la population d'Alès agglomération, l'activité du SU de la Clinique Bonnefon reste modérée, sans véritable augmentation d'activité depuis 2009. En moyenne, 28 à 30 passages sont enregistrés quotidiennement, avec moins de 5 passages sur la tranche horaire 20h00-8h00. Le SU de la Clinique Bonnefon sera amené à évoluer si les textes règlementaires le permettent.

Médecine d’urgence

Orientations

Médecine d'urgence – Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Préconisations générales	Indicateurs
Améliorer l'accès aux soins non programmés et garantir l'accès aux soins d'urgence en moins de 30'	
• Poursuivre et étendre la coopération avec la médecine libérale • Garantir une réponse adaptée à travers une régulation mixte hospitalière et libérale • Mettre en place le numéro national de régulation libérale • Soutenir les projets de MMG répondant à un besoin identifié, en cohérence avec le Réseau Territorial des Urgences. • Poursuivre le développement des MCS dans les zones isolées ou à plus de 30' d'un SMUR et poursuivre l'accompagnement des dispositifs existants.	• % population à moins de 30' d'un SMUR/MCS • Nb de médecins libéraux participant à la régulation • Nb de secteurs où la PDSA est effective et modalités de réalisation
Conforter, optimiser et formaliser la coordination inter-SAMU	
• Définir les modalités d'engagement des SMUR Héliportés et assurer le suivi au niveau régional • Renforcer la coopération avec les hélicoptères de la Sécurité Civile • Mettre en place l'articulation de la régulation des SAMU selon l'activité constatée	• Procédure engagement • Charte inter-SAMU • Convention Sécurité civile
Améliorer la coordination des SAMU avec les transporteurs sanitaires et le SDIS	
• Réduire les sorties blanches et les carences ambulancières (harmonisation de la procédure de déclenchement auprès du SDIS après constat de carence) • Poursuivre la mise en œuvre de la migration vers le réseau Antarès	• Nombre et ratio de carences ambulancières • Nombre de SAMU ayant migré vers le réseau Antarès
Promouvoir un SMUR régional doté de compétences pédiatriques :	
• Préciser l'articulation CROP / SAMU • Définir l'organisation et la coordination des équipes médicales et paramédicales • Encourager le maintien des acquis et le renforcement des compétences des urgentistes en néonatalogie et pédiatrie en lien avec les médecins de la spécialité.	• Nb de missions I^aires^ ou TIH en néonatologie /pédiatrie • Nb formations et thèmes • Fiches Retex et registre des refus
Améliorer le suivi de l'activité des SAMU et des SMURs	
• Elaborer un thésaurus commun des indicateurs partagés et des indicateurs annuels d'activité. • Etudier, en lien avec l'ORU, une solution de collecte et d'exploitation de ces indicateurs.	• Thésaurus commun régional des indicateurs

Médecine d'urgence – Objectifs opérationnels

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Préconisations générales	Indicateurs
Formaliser le réseau territorial des urgences afin d'organiser les ressources de proximité et l'organisation des filières de recours aux plateaux techniques spécialisés en lien avec le niveau régional. Mettre en place des équipes médicales urgences de territoire et définir les modalités de mutualisation selon la démographie médicale ou l'activité.	• Convention constitutive réseau territorial des urgences
Communiquer sur l'offre de santé « urgence » en précisant son articulation et son organisation avec les soins de 1er recours en journée et aux heures de la PDSa.	
Améliorer l'organisation interne des SU et **faciliter** les hospitalisations nécessaires. • Mieux appréhender les situations de tension ponctuelles ou soutenues	• Temps de passage aux urgences (RPU) • Indicateurs de tension • Dispositifs de gestion des lits • Procédure « Hôpital en tension »
Plateaux techniques spécialisés: évaluer leur activité dans le contexte du recours par les SU	• Rapport d'activité annuelle • Registres refus / Fiche EIG
Garantir la cohérence du parcours des populations spécifiques sur le territoire • Mettre en place les actions nécessaires en amont des urgences pour éviter les déplacements inutiles des personnes âgées ou des populations spécifiques, et anticiper leur sortie en cas d'admission inévitable. Développer les admissions directes des personnes âgées. Eviter les recours inutiles aux urgences des patients souffrant de pathologies psychiatriques en organisation la coordination entre professionnels de 1er recours et professionnels de la psychiatrie.	• % de PA en provenance des EHPAD accueillis aux urgences
Améliorer l'exhaustivité des Résumés de passage aux Urgences et la qualité des contenus	• Nombre de RPU envoyés / % exhaustivité • % d'items RPU exploitables