

SROS

Schéma Régional d'Organisation Sanitaire en Midi-Pyrénées

1999-2004



Juin 1999

Les travaux d'élaboration du schéma ont mis en évidence la particularité de Midi-Pyrénées : parce que le service d'urgence doit desservir une population, mais aussi un territoire, il est nécessaire de garder un maillage aussi dense que possible des services offerts.

1 - Le constat

Les habitants de notre région ont de plus en plus recours aux services d'urgence des établissements de santé, publics ou privés. Le volume des passages augmente d'environ 5 % par an. Dans un peu plus de la moitié des cas, les pathologies traitées relèvent de la traumatologie. Mais plus des deux tiers des personnes arrivent aux urgences par leurs propres moyens, et la même proportion repart de même. L'accroissement du recours aux services d'urgence ne correspond pas à une augmentation des urgences graves, mais à des affections qui pourraient, souvent, être aussi bien prises en charge par la médecine de ville.

C'est pourquoi la question des urgences dépasse le seul cadre des établissements de santé. Il est également nécessaire de mieux organiser et coordonner, en amont, les dispositifs d'intervention et d'orientation : SAMU, SMUR, services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), transporteurs sanitaires privés et médecine libérale. Pour sa part, le schéma ne traite que de l'organisation des établissements sanitaires, mais l'ARH de Midi-Pyrénées participe à une politique plus globale en liaison avec l'ensemble des acteurs concernés, et notamment l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) et l'union régionale des médecins libéraux (URML).

■ Le secteur public assure les trois quarts de l'activité

Notre région dispose d'un maillage assez dense en établissements dotés de service d'urgence :

- une offre publique proposée dans 44 communes ;
- une offre privée assurant près du quart de l'activité, davantage concentrée dans les grandes villes, déployée dans 25 communes.

Peu de zones demeurent à plus de 45 mn en voiture de tout service d'urgences. Les plus peuplées se situent autour de Laguiole, entre

Saint-Affrique et Mazamet, et à l'est de l'Ariège, sur le plateau Cerdan.

Les conditions de fonctionnement des services sont très diverses : 10 sites publics et la plupart des sites privés connaissent moins de 7 000 passages par an. A l'autre extrémité, le CHU en reçoit plus de 75 000 et la clinique de l'Union 13 000. Les niveaux d'entraînement des équipes et leur degré d'isolement peuvent donc varier assez considérablement.

2 - Les orientations

Dans le respect du décret du 30 mai 1997, le volet "urgences" du schéma a pour ambition d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge des urgences, tout en conservant une prestation de proximité :

- en rappelant les normes strictes de fonctionnement en matière de personnels, d'équipements et de locaux fixées par l'autorité réglementaire ;
- en formalisant un réseau coordonné entre tous les établissements ;
- en précisant la nature des pathologies qui peuvent être traitées dans chaque établissement, et celles qui doivent être transférées à un autre. L'encadrement de ces transferts par des "contrats de relais" constituera le fondement-même du réseau.

Le décret du 30 mai 1997 reconnaît trois types de services d'urgences :

- **Trois types de services d'urgences** - le **service d'accueil des urgences** (SAU) traite la totalité des urgences qu'il accueille. Il anime et assure la coordination des services d'urgence de sa zone géographique ;
- l'**unité de proximité** (UPACOR) accueille toutes les urgences qui se présentent, et passe le relais à d'autres établissements quand l'activité de son établissement siège ne permet pas un traitement dans de bonnes conditions de sécurité et de qualité. Elle peut conclure des contrats de relais avec plusieurs établissements, y compris en dehors de la région ;
- le **pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences** (POSU) offre une prestation équivalente à celle d'un SAU, mais orientée vers des domaines très spécifiques (neurochirurgie, pédiatrie, pathologies cardio-vasculaires...)

La géographie des urgences en Midi-Pyrénées s'inscrira dans ce cadre réglementaire. Le schéma promeut par ailleurs la nécessité

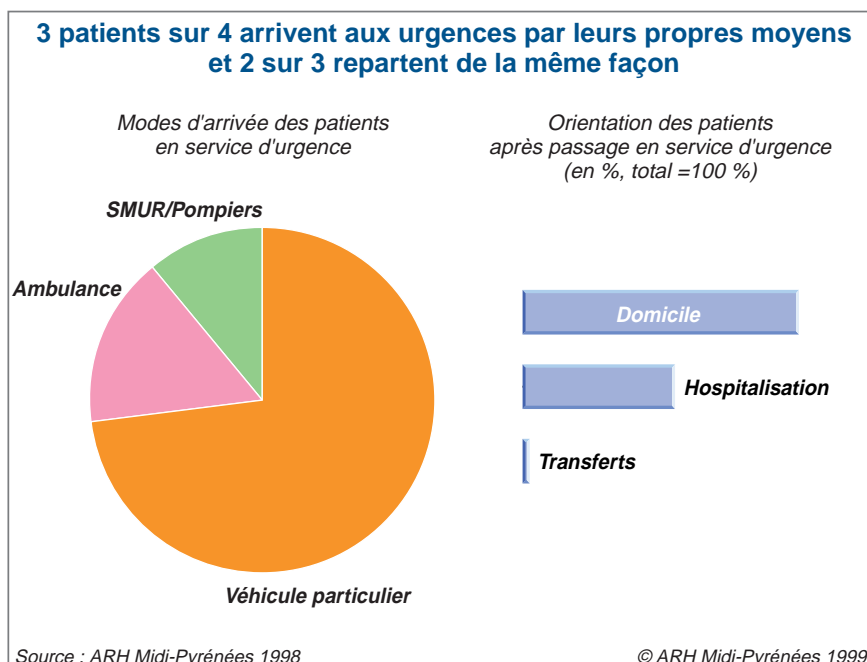
Une offre de proximité dans un réseau régulé

de conserver une offre de proximité. La mise en réseau des services d'urgence de la région devra permettre de concilier qualité et sécurité des soins, et l'accessibilité pour toute la population. La nouvelle carte des services d'urgence ne laisse que très peu de terroirs et d'habitants à plus de trois quarts d'heure en véhicule. L'est de l'Ariège, avec une implantation à Lavelanet, bénéficiera d'une offre consolidée. Autour de Toulouse, il est souhaitable que l'est et le sud de l'agglomération soient couverts chacun par un service d'urgence, compte tenu de l'importance de la population concernée.

D'une façon plus générale, dans les principales agglomérations de la région équipées d'un SAU, pourra être envisagée l'autorisation d'une unité de proximité, en complément, si son activité prévisible et sa couverture géographique le justifient.

Pour les quelques zones à plus de 45 minutes de tout service d'urgences, on proposera en priorité des organisations alternatives, par exemple avec les médecins libéraux, les services mobiles de réanimation et d'urgence (SMUR) et les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS). En coordination étroite avec le centre 15 du SAMU, le réseau assurera ainsi une meilleure continuité de la couverture géographique.

Il revient au SAU non seulement de savoir traiter toutes les urgences (notamment les plus graves sauf quelques pathologies lourdes très spécifiques) mais aussi de coordonner, en relation avec le centre 15, l'ensemble du réseau des services d'urgence dans sa zone

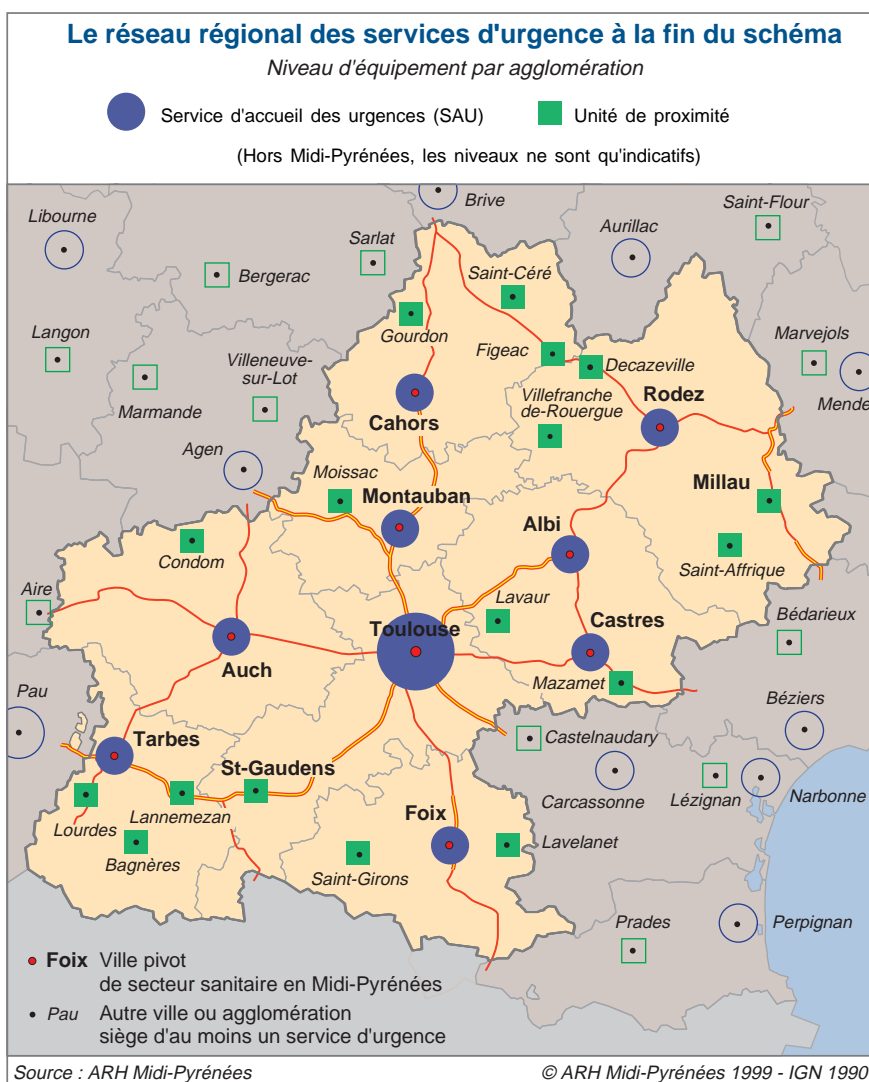


La plupart des patients arrivent et repartent des urgences sur leurs pieds.

Seul le quart des patients admis aux urgences y ont été acheminés par une ambulance, le SMUR ou les pompiers.

géographique. Celle-ci doit correspondre à une population d'environ 200 000 habitants. On visera donc dans la région un SAU par département, sauf pour la Haute-Garonne (trois SAU) et le Tarn (deux SAU).

Pour les établissements publics autorisés, l'orientation vers l'un ou l'autre des types de service d'urgence ne modifiera pas *a priori* l'allocation des ressources. Le budget sera modulé *a posteriori* en fonction de l'activité réalisée (en quantité et qualité) et de la capacité du service des urgences à améliorer son organisation interne : être SAU n'ouvrira en soi aucune créance particulière auprès de la tutelle ; *a contrario*, être unité de proximité ne pourra donner prétexte à une limitation de moyens.

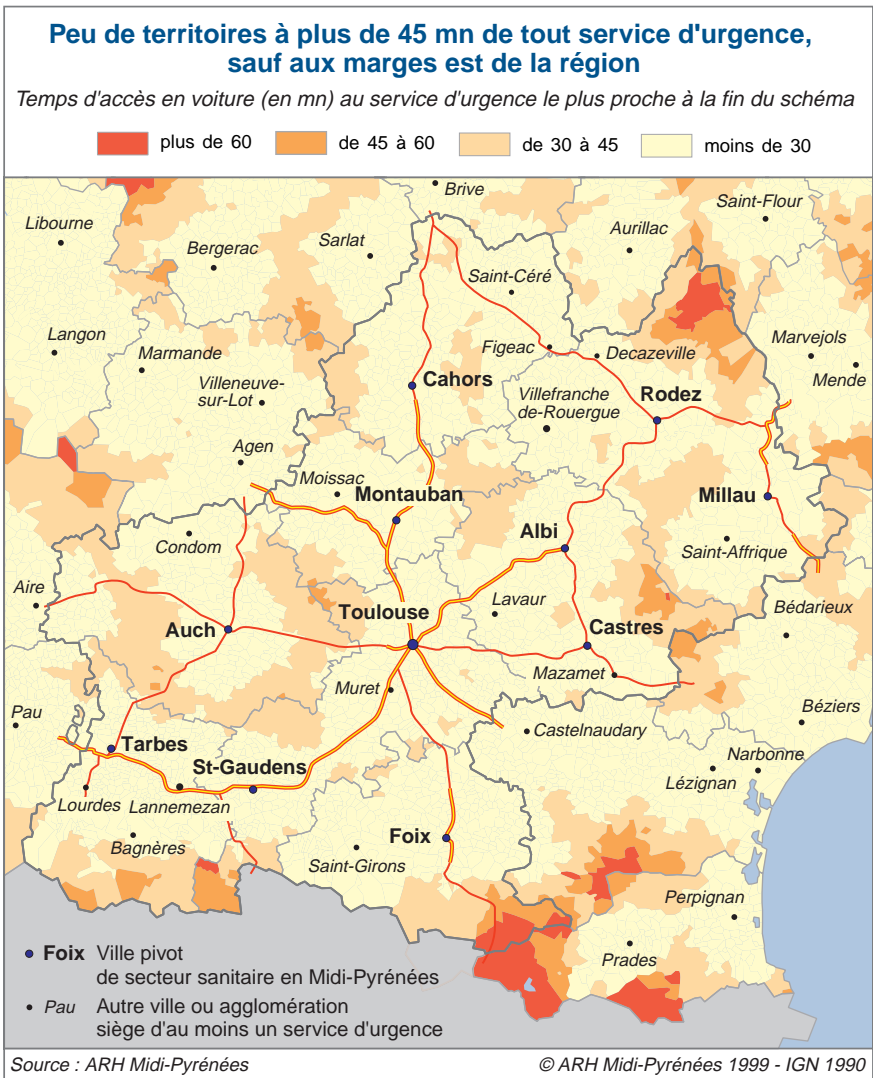


Le réseau régional des urgences s'articulera autour de 26 agglomérations équipées, dont 9 de SAU.

**Vers
des équipes
communes
d'urgentistes**

La qualité des soins dépend également de l'organisation humaine. Comme beaucoup d'activités médicales, l'exercice de la médecine d'urgence nécessite une pratique quotidienne importante, pour garantir la qualité et la sécurité des prestations. Il est donc demandé à tous les établissements réalisant une faible activité d'organiser une rotation des urgentistes avec un SAU ou une unité de proximité bénéficiant d'une activité plus importante. La configuration à rechercher consiste à créer une équipe intégrée, respectant les statuts, en rattachant l'ensemble des urgentistes des établissements concernés au site à plus forte activité, et à leur demander d'assurer le fonctionnement du ou des sites à plus faible activité.

Il conviendra d'examiner la possibilité d'associer sous une même fédération de services animée par le SAU toutes les unités d'un même



Les communes en orange et rouge sur la carte seront situées à plus de 45 minutes du service d'urgence le plus proche, à la fin du schéma.

Parmi ces territoires, le plus peuplé se situe au nord de l'Aveyron.

secteur sanitaire. Le réseau des urgences est d'abord un réseau de proximité, organisé dans chaque bassin de santé, chaque terroir.

En liaison avec le collège régional des urgentistes, l'agence mettra en place dès la publication du schéma un groupe d'évaluation et de suivi de l'activité des urgences. Il aura pour mission de mettre en œuvre la méthodologie d'évaluation qualitative des urgences préconisée par le collège régional d'experts.

Enfin, tous les acteurs concernés ont élaboré des recommandations* relatives à la prise en charge des personnes âgées, de la douleur aiguë, des situations de précarité et des urgences psychiatriques, ainsi qu'un projet ambitieux de convention départementale quadripartite (SAMU-SDIS-ambulanciers-médecins libéraux) organisant les urgences pré-hospitalières. La télémédecine sera introduite dans les services d'urgence au cours du présent schéma.

3 - Et maintenant

L'adoption du schéma ouvre une «fenêtre» de quatre mois pendant laquelle chaque établissement devra déposer un dossier pour l'autorisation de son service d'urgence (et éventuellement de son SMUR), et son classement dans une catégorie, en fonction de sa spécificité. Au terme de ces quatre mois, l'agence, dans un délai de six mois, délivrera l'autorisation de fonctionner aux services retenus. Ceux-ci disposeront alors d'un délai de quatre ans pour satisfaire aux normes du décret de mai 1997*. Les services non autorisés devront se reconverter.

Résumé des indicateurs de suivi

Nombre d'équipes communes constituées

Nombre de contrats-relais signés

Taux de transferts réalisés par contrat-relais

**Taux d'hospitalisation ajusté
sur le degré de gravité de l'état du malade**

* : cf tome II : «Données de travail»