



**SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION  
SANITAIRE BASSE-NORMANDIE  
2006-2011  
REVISION – SEPTEMBRE 2006**

## SOMMAIRE

### I - MEDECINE D'URGENCE

Propositions de révision du volet urgences du SROS (partie III-6)	page 3
Quantification régionale pour la médecine d'urgence	page 30

### II – REVISION ET ERRATA RELATIFS AU SROS

- Insuffisance Rénale Chronique	page 34
- Réanimation	page 38
- Réanimation pédiatrique	page 39
- Néonatalogie	page 40
- Psychiatrie	page 40
- Equipements matériels lourds	page 44
- Cancérologie	page 46
- Périnatalité – Assistance Médicale à la Procréation	page 49
- Textes réglementaires	page 50

**NB : les modifications apportées sont mentionnées en couleur rouge dans le texte.**

### **III.6. Prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins**

Le volet prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins du SROS III de Basse-Normandie vise à :

- Assurer un accès aux soins urgents de qualité pour l'ensemble de la population bas-normande, en adaptant les moyens mis en œuvre, sous tutelle de l'ARH et en favorisant une meilleure orientation des patients au sein de l'offre de soins,
- Améliorer l'articulation de l'organisation hospitalière avec la permanence des soins de la médecine de ville et l'ensemble des acteurs de l'urgence,
- Améliorer la fluidité, la qualité et la sécurité des prises en charge :
  - o Par l'optimisation des organisations internes des services d'urgence,
  - o Par le développement de l'implication de l'établissement, dans son ensemble, à la prise en charge des urgences,
  - o Par le développement des coopérations à l'échelle du territoire de santé.

### **III.6.1. Eléments du contexte**

#### *III.6.1.1. Eléments réglementaires*

Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique.

Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicable aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique.

Arrêté du 12 juillet 2006 fixant le seuil d'activité de médecine d'urgence mentionné à l'article R. 6123-9 du code de la santé publique.

Circulaire DHOS 2003-195 du 16 avril 2003, relative à la prise en charge des urgences

Circulaire DHOS 2003-238 du 20 mai 2003, relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences

Circulaire DHOS 2004-151 du 29 mars 2004, relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente

Plan urgences 2003-2006

#### *III.6.1.2. Eléments significatifs du diagnostic*

Le bilan du SROS II réalisé au cours de l'année 2003 a permis d'obtenir un état des lieux et de mesurer les réalisations effectives par rapport aux préconisations, et ainsi de mettre en évidence un certain nombre de problématiques.

##### **III.6.1.2.1. Sur le plan de l'offre de soins et de l'accessibilité**

Sur le plan sanitaire, le maillage territorial est réalisé par :

- 22 services d'urgences autorisés : 7 services d'accueil et d'urgence (SAU) et 15 unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU), publics, PSPH ou privés,
- 2 permanences des soins (Aunay-sur-Odon et Saint Hilaire-du-Harcouët),
- 10 services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR) et 9 antennes SMUR autorisés,

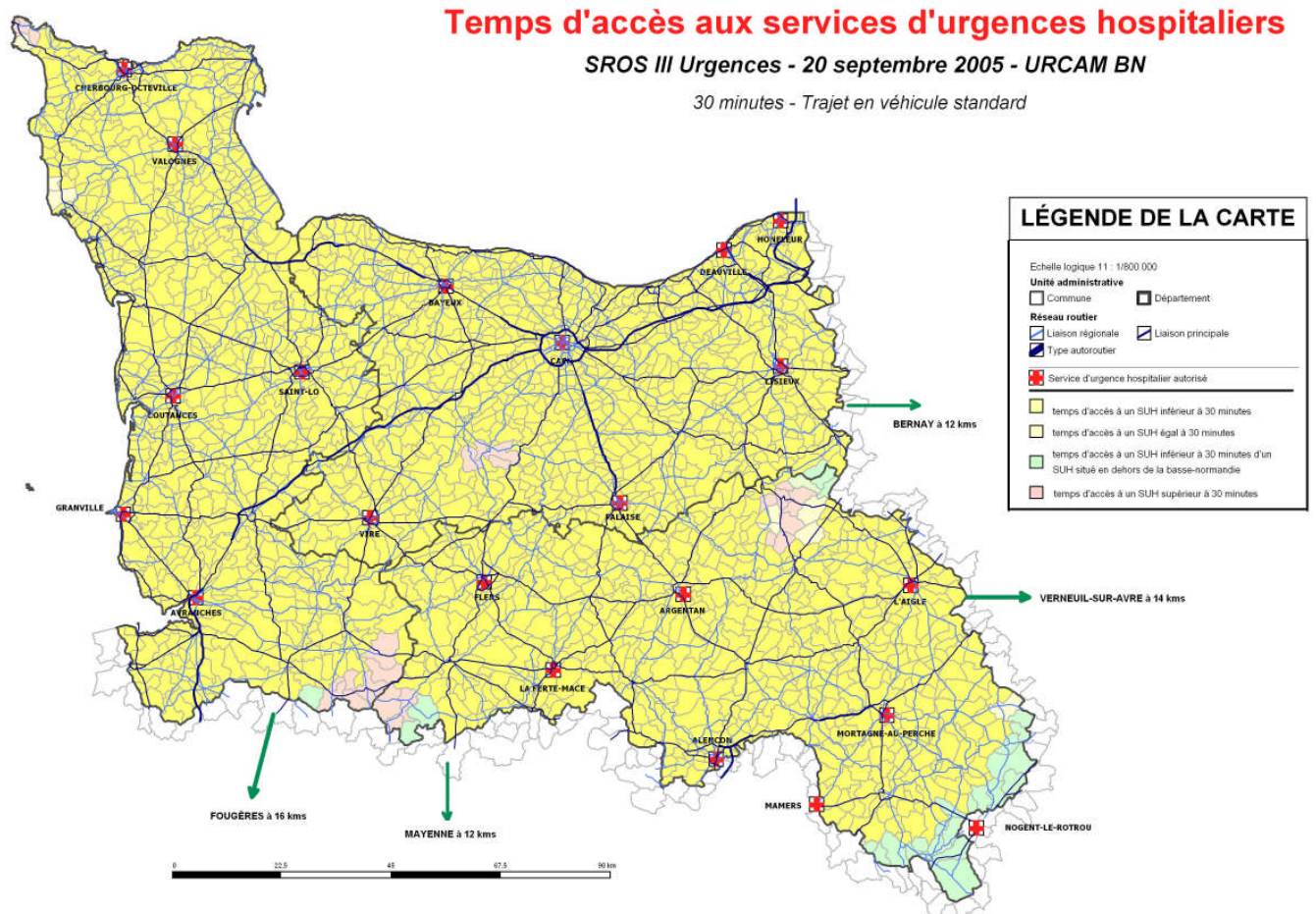
- 1 antenne d'antenne SMUR non autorisée (Domfront),
- 3 services d'aide médicale urgente (SAMU).

Auxquels il convient de rajouter, l'UPATOU et l'antenne SMUR du CH de Mamers, gérées dans le cadre du CHIC Alencon-Mamers, constitué pendant la période du SROS II.

Etat de l'offre de soins hospitalière concernant la prise en charge des urgences, à l'issue du SROS II

<b>Etablissement</b>	<b>Service d'accueil des urgences</b>	<b>SMUR &amp; antenne</b>	<b>SAMU</b>
<b>Secteur sanitaire n°1</b>			
CHU - Caen	SAU	SMUR	oui
SIH du Bessin	UPATOU	SMUR	-
CH - Falaise	UPATOU	SMUR	-
Clinique Miséricorde - Caen	UPATOU	-	-
Polyclinique du Parc - Caen	UPATOU	-	-
CHP Saint Martin - Caen	UPATOU	-	-
<b>Secteur sanitaire n°2</b>			
CH Robert Bisson - Lisieux	SAU	SMUR	-
CH de l'Estuaire - Honfleur	UPATOU	Antenne SMUR	-
Polyclinique - Deauville	UPATOU	Antenne SMUR	-
<b>Secteur sanitaire n°3</b>			
CH Louis Pasteur - Cherbourg	SAU	SMUR	-
CH - Valognes	UPATOU	Antenne SMUR	-
<b>Secteur sanitaire n°4</b>			
CH Mémorial - Saint Lô	SAU	SMUR	oui
CH - Coutances	UPATOU	Antenne SMUR	-
<b>Secteur sanitaire n°5</b>			
CH - Avranches-Granville (site d'Avranches)	SAU	SMUR	-
CH - Avranches-Granville (site de Granville)	UPATOU	SMUR	-
CH - Saint Hilaire-du-Harcouët	Non Autorisé	Antenne SMUR	-
<b>Secteur sanitaire n°6</b>			
Site - Vire	UPATOU	Antenne SMUR	-
CHIC des Andaines - CH de La Ferté-Macé	UPATOU	Antenne SMUR	-
CH Jacques Monod - Flers	SAU	SMUR	-
<b>Secteur sanitaire n°7</b>			
CHIC Alencon-Mamers (site d'Alencon)	SAU	SMUR	oui
CHIC Alencon-Mamers (site de Mamers)	UPATOU	Antenne SMUR	-
CH Saint-Louis - L'Aigle	UPATOU	Antenne SMUR	-
CH - Mortagne-au-Perche	UPATOU	Antenne SMUR	-
CH - Argentan	UPATOU	Antenne SMUR	-

Les implantations des services d'accueil des urgences laissent apparaître un certain nombre de communes pour lesquelles le temps d'accès des patients<sup>1</sup> est supérieur à 30 min. L'implantation des SMUR et antennes SMUR permet une couverture complète du territoire dans un délai maximal de 30 min (en posant comme hypothèse que 30 minutes de trajet SMUR correspondent à 40 min de trajet en véhicule classique)<sup>2</sup>.



La conformité des structures publiques n'est actuellement pas réglée. Aucune de ces structures autorisées en juin 2000 n'a fait l'objet de la visite de conformité prévue par la réglementation.

Le déploiement des UHCD n'est pas achevé au 1er janvier 2005. L'enquête réalisée par le groupe thématique de travail (GTT) urgences en avril 2005, n'a retrouvé que 79 places installées. Le ratio régional moyen est de 2,7 places/10 000 passages non programmés aux urgences.

### III.6.1.2.2. Sur le plan de l'activité réalisée

En 2002, l'ensemble des services d'urgences de la région a enregistré près de 390 000 passages, soit plus d'un passage pour quatre habitants bas-normands. Cette fréquentation s'est accrue de près de 17% entre 1998 et 2002. Parallèlement, le nombre d'hospitalisations à partir des services d'urgences a augmenté de 10%. Plus d'un patient sur quatre a été hospitalisé après passage aux urgences.

<sup>1</sup> Temps d'accès à un service d'urgences hospitalier autorisé situé ou non en Basse-Normandie

<sup>2</sup> Analyse cartographique réalisée par l'URCAM

Cependant, les modalités actuelles de décompte de l'activité ne permettent pas une comptabilisation rigoureuse du nombre de passages non programmés dans les services d'urgences, et ne permettent d'estimer ni la lourdeur des pathologies, ni les besoins de la population.

**Volume d'activité des services d'urgences** (source : bilan du volet urgences du SROS II)

Etablissements	Nombre total passages 2002	Variation 1998-2002
CHU Caen	57 099	8,1%
CH Louis Pasteur - Cherbourg	30 573	23,3%
CH d'Alençon	28 762	18,5%
CH de Lisieux	21 080	10,8%
CHP Saint Martin - Caen	20 766	414%
CH Mémorial - Saint Lô	19 730	15,2%
SIH Bessin-CH Bayeux	18 363	-2%
CH Avranches -Granville - site de Granville	15 837	19,3%
CH Avranches -Granville - site d'Avranches	14 702	22,7%
CH Jacques Monod - Flers	14 337	-9,2%
CH d'Argentan	13 871	8,7%
CH de L'Aigle	13 234	14,9%
Polyclinique du Parc Caen	12 936	62,7%
CH de Coutances	12 714	26,7%
Polyclinique de Deauville	11 828	N.C.
CH de Falaise	11 006	1,9%
Clinique de la Miséricorde - Caen	10 769	-14,2%
site de Vire	11 243	N.C.
CH de Valognes	10 254	1,5%
CH Saint Hilaire-du-Harcouët	8 214	N.C.
CH de l'estuaire - Honfleur	8 006	6,5%
CH Mortagne-au-Perche	7 568	-15,6%
CHIC Andaines - Site de la-Ferté-Macé	7 102	49,0%
CH Aunay-sur-Odon	6 980	24,2%
CH de Domfront	2 720	-6,3%
Total	389 694	+ 16,6%

Concernant la prise en charge préhospitalière des urgences, les 20 SMUR ou antennes SMUR, au cours de l'année 2002, ont effectué plus de 15 000 sorties, soit une augmentation de 5,6% par rapport à l'année 1998. Ceci correspond à un peu plus d'une sortie pour 100 habitants. L'augmentation des sorties secondaires est plus marquée avec une progression de 27% sur la même période.

**Activité des services SMUR et antennes SMUR** (source : bilan du volet urgences du SROS II)

SMUR	Nombre total de sorties 2002	variation 1998-2002	Nombre de sorties quotidiennes / lignes de garde
SMUR de Caen	3 373	-15,5%	3,1
SMUR d'Alençon	2 402	-2,3%	3,3
SMUR de Cherbourg	1 479	58,2%	4,1
SMUR d'Avranches-Granville - site de Granville	1 178	36,2%	1,6
SMUR de Saint Lô	1 124	-0,7%	1,5
SMUR Saint Lô - antenne de Coutances	778	60,4%	2,1
SMUR de Flers	725	10,7%	2,0
SMUR d'Alençon - antenne d'Argentan	639	-4,1%	0,9
SMUR d'Avranches-Granville - site d'Avranches	596	45,4%	1,6
SMUR Alençon - antenne de L'Aigle	523	4,6%	1,4
SMUR de Lisieux	412	-7,8%	0,6
SMUR de Bayeux	532	7%	0,7
SMUR de Flers - antenne de la Ferté - Macé	430	N.C.	1,2
SMUR Alençon - antenne Mortagne-au-Perche	366	N.C.	1,0
SMUR de Falaise - antenne de Vire	301	6,7%	0,4
SMUR de Lisieux - antenne de Deauville	295	-4,5%	0,8
SMUR de Falaise	269	-13,5%	0,7
SMUR d'Avranches-Granville - antenne de Saint Hilaire-du-Harcouët	247	87,1%	0,7
SMUR de Lisieux - antenne de Honfleur	115	5,5%	0,3
SMUR de Cherbourg - antenne de Valognes	-	-	-
<b>Somme</b>	<b>15 784</b>	<b>+ 5,6%</b>	

L'augmentation massive des appels aux trois SAMU - Centre 15 entre 2000 et 2002 est une constatation marquante de ce bilan. 345 000 appels en 2002, soit un appel toutes les 1 min 30s, soit une progression moyenne de près de 64%.

Les causes de cette augmentation d'activité sont multiples : montée en charge des services d'urgences autorisés, modification de l'organisation de la permanence des soins de la médecine libérale, modification du comportement des usagers se traduisant par une attractivité croissante des services d'urgences hospitaliers du fait de la disponibilité 24h/24, de la technicité, de la gratuité apparente des soins.

Il existe une hétérogénéité de volume d'activité entre les différents établissements. A côté de certains services à très forte activité, saturés, on retrouve des structures dont la faible activité doit conduire à envisager leur évolution dans le cadre du présent SROS.

Le bilan réalisé courant 2003, a été complété par une enquête prospective réalisée par M. Macé, géographe de la santé. Ce travail, a recensé, auprès de l'ensemble des établissements disposant d'un service d'urgences autorisé (ainsi que les permanences de soins mises en place au niveau des centres hospitaliers d'Aunay-sur-Odon et de Saint Hilaire-du-Harcouët) l'ensemble des primo passages pris en charge pendant la période allant du 17 mai au 31 juillet 2005.

### **III.6.2. Principes d'organisation**

L'activité de soins, d'accueil et de traitement des urgences mentionnée dans le décret 2005-76 du 31 janvier 2005, s'exerce selon les trois modalités suivantes :

- La régulation médicalisée des appels,
- La prise en charge préhospitalière des patients par les SMUR,
- L'accueil et la prise en charge par les services hospitaliers des urgences.

Les préconisations du SROS III concernant l'organisation de la réponse hospitalière et préhospitalière à la demande de soins urgents ne peuvent être définies sans la prise en compte du cadre organisationnel de la permanence des soins de la médecine de ville élaboré au niveau régional par la mission régionale de santé (MRS) et arrêté par les autorités préfectorales, après avis des comités départementaux de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins (CODAMUPS), sous la forme d'un cahier des charges départemental.

#### *III.6.2.1. Assurer l'accessibilité au dispositif de prise en charge des soins urgents*

##### III.6.2.1.1. Positionner la régulation médicale préhospitalière comme pivot de la prise en charge des urgences

Seule une régulation organisée et médicale par des acteurs formés, permet le déclenchement d'une réponse adaptée et coordonnée à la demande de soins en urgence. La régulation médicale est donc le point d'entrée quasi-exclusif de la prise en charge hospitalière des urgences.

Afin de ne pas mobiliser inutilement les services d'urgences et de limiter les déplacements des médecins de permanence chaque fois que cela est possible, le déplacement du malade vers le lieu de soins doit être privilégié.

Le SAMU - centre 15 devra assurer l'orientation des patients concernés dans une filière spécifique de prise en charge.

La régulation médicale comportera une régulation de médecin hospitalier, ainsi qu'une régulation par la médecine libérale. Ces deux modalités de régulation seront interconnectées et une procédure formalisée devra organiser cette connexion et garantir la fiabilité de la réponse ainsi que la bonne orientation du patient.

Afin de garantir un bon fonctionnement de la régulation entre ces différents acteurs, des référentiels de réponse relatifs aux interventions médicales et aux conditions de transport, doivent être établis et validés. Un suivi périodique des incidents doit être mis en place, associant les représentants des régulateurs, des médecins effecteurs et des transporteurs.

L'interconnexion des différents centres d'appels (15 - 18 - SOS médecins - centre d'appel de la médecine libérale) devra être réalisée, notamment en ce qui concerne la transmission des informations recueillies.

Les trois SAMU- centres 15 devront être équipés d'outils informatiques compatibles entre eux permettant un accès rapide et partagé aux moyens disponibles pour répondre à la prise en charge des patients. Ces outils devront intégrer la capacité de délester les appels entrant d'un centre-15 vers un autre en cas d'afflux d'appels dépassant la capacité de réponse d'un des centres-15 (interconnexion des trois centres -15 départementaux). En outre, il est recommandé que ce système informatique puisse s'interconnecter avec le serveur de veille et d'alerte sanitaire afin de pouvoir alimenter en routine et de façon automatisée, les indicateurs relatifs à l'activité des urgences préhospitalières.

Les centres-15 devront disposer en temps réel, et pour l'ensemble de la région, de la connaissance des moyens disponibles et de leur localisation en ce qui concerne :

- Les médecins libéraux de garde,
- Les maisons médicales de garde,
- Les véhicules et équipes du SMUR,
- Les hélicoptères,
- Les véhicules de secours aux victimes (VSAV) des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS),
- Les véhicules ambulanciers disponibles,
- Les capacités d'hébergement hospitalières,
- Les filières spécifiques de prise en charge identifiées.

Pour répondre à cet élargissement de leur mission, les moyens affectés à la régulation préhospitalière devront être renforcés. Les acteurs de la régulation devront pouvoir être formés à la relation de service. Les pics prévisionnels d'activité devront être identifiés et les effectifs (pour les régulateurs médicaux comme pour les permanenciers auxiliaires de la régulation médicalisée (PARM) devront pouvoir être ajustés pour répondre aux variations d'activité.

### III.6.2.1.2. Articuler l'organisation hospitalière avec les autres acteurs de l'urgence

- Avec la **permanence des soins de la médecine libérale**

De nombreuses réponses aux demandes de soins non programmés ou urgents sont offertes à la population. Des travaux ont montré la grande hétérogénéité de ces demandes, quant au degré réel d'urgence et aux moyens à mettre en œuvre pour y répondre. Une organisation efficiente et articulée implique que le rôle et les missions de chacun des intervenants soient clarifiés.

## RECOMMANDATIONS

Le SROS III recommande que les besoins de soins exprimés en urgence soient définis selon la typologie suivante :

1. Le besoin de **soins immédiats**, engageant le pronostic vital et/ou fonctionnel et qui exige l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et la mobilisation d'un plateau technique lourd,
2. Le besoin de **soins urgents**, qui nécessite la mobilisation rapide d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir,
3. Le **besoin de consultation exprimé en urgence** qui appelle dans un délai relativement rapide mais non immédiat, la présence d'un médecin.

Les niveaux 1 et 2 relèvent de la mission des services d'urgences. Le niveau 3 relève de la médecine libérale.

**La mise en œuvre de cette articulation est du ressort de la régulation médicale préhospitalière en premier recours et de l'orientation par les services d'urgences pour les patients consultant sans orientation préalable dans un service d'urgences hospitalières.**

- Avec les **Services départementaux d'incendie et de secours (SDIS)**

Acteurs de l'organisation des secours, leurs missions sont fixées par la réglementation (loi 96-369 du 3 mai 1996). L'organisation de leurs moyens est sous compétence préfectorale.

Leurs missions, dans le domaine de l'urgence, sont particulièrement axées sur les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation. Ils disposent de compétences et de moyens particuliers, pour intervenir dans les lieux publics ou dans les situations difficiles, notamment pour effectuer des dégagements de victimes avec le cas échéant utilisation de renforts techniques lourds (moyens de sauvetage y compris nautiques).

## RECOMMANDATIONS

- Rendre opérationnelles les conventions tripartites liant le SDIS, les ambulanciers privés et les SAMU (circulaire du 29 mars 2004) dans chacun des trois départements
- Développer le partenariat SDIS-SAMU (plate-forme commune et/ou interconnexions).

### III.6.2.1.3. Assurer un maillage territorial des services d'urgences

L'implantation des services d'urgences hospitaliers doit permettre d'assurer à l'ensemble de la population un accès à ces structures dans des délais compatibles avec la qualité et la sécurité des prises en charge. Compte tenu de la lourdeur d'un plateau technique d'urgences, il est nécessaire de prendre en compte le contexte géographique, en ce qui concerne la densité de la population et la répartition actuelle de l'offre de soins.

#### **RECOMMANDATIONS**

Les implantations des services d'urgences hospitaliers devront réaliser un maillage territorial tendant à ce que l'ensemble des communes de Basse-Normandie soit situé à 30 min au maximum d'un de ces services.

Il s'agit donc de :

- Maintenir l'implantation des structures actuellement autorisées,
- Autoriser l'implantation d'un service d'urgences hospitalier sur les sites de Saint Hilaire-du-Harcouët et d'Aunay-sur-odon,
- Assurer la couverture, au sein du territoire Sud-Est, des communes frontalières avec la région Centre, situées à plus de 30 min d'un service d'urgences hospitalier bas-normand, mais dans un délai de 30 min du centre hospitalier de Nogent-le-Rotrou (Eure et Loir) par cet établissement. A ce titre, une convention sera formalisée entre le SAMU 61, le SAMU 28 et le centre hospitalier de Nogent-le-Rotrou,

Favoriser l'implantation au titre de la couverture territoriale, d'une maison médicale de garde, de préférence sur le site de l'hôpital local de Vimoutiers.

### III.6.2.1.4. Intégrer les maisons médicales de garde dans la prise en charge des urgences

La vocation des maisons médicales de garde est de contribuer à l'accueil et à la prise en charge des urgences, en complémentarité avec les services hospitaliers, tout en assurant une qualité et une sécurité de ces prises en charges. Leur accès doit être médicalement régulé.

Elles sont en principe ouvertes selon les horaires de la permanence des soins de la médecine de ville tels que définis par la réglementation (soit de 20h à 8h les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés)<sup>3</sup>.

Leur implantation est conditionnée par l'existence d'un projet articulé avec un service d'urgences hospitalier, formalisé par une convention entre les deux structures ainsi qu'avec le SAMU - centre 15. La rédaction de protocoles, concernant les patients pouvant être pris en charge et les conditions de transfert, est essentielle.

Il apparaît souhaitable que les médecins libéraux, intervenant dans la maison médicale de garde, puissent bénéficier d'une formation continue dans le service des urgences référent.

Une analyse médico-économique devra préalablement être réalisée, au regard notamment de l'activité et du fonctionnement du service des urgences hospitalier ainsi que des besoins de la population.

---

<sup>3</sup> Décret du 7 avril 2005

Deux types de maisons médicales de garde sont envisageables :

- **Maison de garde médicale située à proximité d'un service d'urgences hospitalier** : elle participe à la stabilisation du nombre de passages dans le service des urgences de l'établissement. L'accès à cette structure sera obligatoirement régulé.
- **Maison de garde médicale située dans une zone non couverte par un service d'urgences autorisé** : elle permet à la population éloignée d'un service d'urgences hospitalier de bénéficier d'une prise en charge diagnostique et thérapeutique plus poussée qu'en cabinet de ville et évite ainsi le déplacement non justifié d'un certain nombre de patients vers un service d'urgences hospitalier. L'accès à cette structure, sera de préférence régulé par le centre 15 et/ou le centre de régulation de la médecine libérale. L'accès direct du patient reste possible. L'accès de ces structures à un plateau technique minimal de proximité (laboratoire de biologie médicale, radiologie conventionnelle) devra être favorisé, en particulier en privilégiant leur implantation au sein d'un établissement hospitalier et formalisé par la signature de conventions.

#### III.6.2.1.5. Consolider le fonctionnement des SMUR

L'ensemble des interventions des SMUR, primaires et secondaires, doit être régulé par le SAMU - centre 15.

La consolidation des SMUR implique, en priorité, la mise en conformité à la réglementation de l'ensemble des équipages SMUR (équipage de trois membres : ambulancier, infirmier, médecin) ainsi que l'adéquation du nombre d'équipages au bassin de population desservi. La présence d'un(e) infirmier(ère) anesthésiste diplômé(e) d'état (IADE), à la place d'un(e) infirmier(ère) diplômé(e) d'état (IDE) est recommandée pour les équipages des SMUR primo-secondaires.

Les établissements ayant une activité en nombre de sorties SMUR faible, pourront mutualiser le médecin et l'infirmier entre le service des urgences et l'équipage SMUR, dans la mesure où la permanence médicale et paramédicale est assurée et protocolisée au niveau du service des urgences.

L'informatisation des SMUR, en lien et en cohérence avec le SAMU-centre 15 et les services d'urgences hospitaliers est une priorité. Le développement des dossiers médicaux informatisés pour les SMUR devra être organisé, en intégrant l'interconnexion avec les services d'urgences hospitaliers et le SAMU de référence.

#### **Maillage territorial par les SMUR primaires**

(Mission définie par le 1<sup>er</sup> alinéa de l'article R.6123-15)

Les implantations des SMUR et antennes SMUR recommandées dans le cadre du SROS II permettent une couverture suffisante de l'ensemble du territoire<sup>4</sup>.

Afin de prendre en compte l'évolution de la réglementation, et sauf situations particulières ci-dessous précisées, les sites géographiques disposant d'une antenne SMUR dans le SROS II, ont vocation à disposer d'un SMUR.

---

<sup>4</sup> Postulat : un trajet de 30 min en véhicule SMUR correspond à un trajet de 40 min en véhicule classique

## RECOMMANDATIONS

L'ensemble du territoire doit être accessible, avec les moyens des SMUR, dans un délai maximal de 30 min.

Il n'est pas recommandé d'implantation de nouveaux SMUR, mais le maintien du site géographique des implantations existantes (SMUR et antennes SMUR).

Sauf situations particulières la couverture territoriale sera assurée sous la forme de SMUR.

Situations particulières :

- territoire Nord-est : compte tenu du contexte local **et dans l'attente de l'ouverture du site unique de la Côte Fleurie**, l'établissement de ce territoire demandeur ou titulaire de l'autorisation de prise en charge des patients par un SMUR, a vocation à mettre en œuvre deux antennes SMUR sur le site géographique de la Côte Fleurie.
- Territoire Sud-ouest : compte tenu du contexte local sur le site géographique de Domfront, un des établissements titulaire ou demandeur de l'autorisation de prise en charge des patients par un SMUR, a vocation à mettre en œuvre une antenne SMUR sur le site géographique de Domfront.

..

## Organisation des **transferts médicalisés inter établissements** (SMUR secondaires)

(Mission définie par le 2ème alinéa de l'article R.6123-15)

## RECOMMANDATIONS

Dans le cadre d'une optimisation des moyens disponibles, les SMUR secondaires pourront être mobilisés dans le cadre de sorties primaires. Ainsi, il est recommandé de retenir la notion d'équipes de SMUR primo-secondaire.

Les établissements qui auront pour mission d'assurer les sorties SMUR secondaires, ont vocation à disposer de deux équipages distincts :

- Un équipage SMUR primaire,
- Un équipage SMUR primo-secondaire.

Compte tenu du volume constaté d'activité ainsi que d'une probable augmentation des transports secondaires médicalisés au cours du présent SROS III (du fait du développement des filières de prises en charge, de la recomposition des plateaux techniques), il est recommandé une mutualisation des moyens, décentralisée à l'échelle du département, pour assurer les sorties SMUR secondaires. **Ainsi, l'implantation d'au moins une équipe de SMUR primo-secondaire par département est recommandée.**

## Médecins correspondants du SAMU

Ce mode de prise en charge des urgences a pour objectif l'optimisation de la réponse apportée à l'urgence vitale ou présumée telle, dans les zones géographiques isolées où la dispersion

de la population ne permet pas l'implantation de structure médicalisée mobile lourde. Ce dispositif permet de garantir la population une prise en charge rapide et de qualité jusqu'à l'arrivée du SMUR.

L'intervention du médecin correspondant du SAMU est obligatoirement régulée par le SAMU.

Un équipement minimum en télécommunication (permettant une liaison directe permanente avec le SAMU), des matériels de réanimation (notamment un défibrillateur) doivent être mis à la disposition de ces médecins.

Une formation théorique et pratique aux gestes d'urgence ainsi qu'à l'utilisation du matériel suscité devra leur être apportée sous l'autorité du service hospitalo-universitaire de référence en liaison avec le SAMU, les services d'urgences et les SMUR.

L'adhésion des médecins libéraux à ce dispositif passe par la reconnaissance de cette activité permettant en outre :

- D'offrir à ces médecins correspondant du SAMU (MCS) une couverture juridique,
- D'envisager leur rémunération,
- De faciliter leur accès aux plateaux techniques hospitaliers (SMUR, service des urgences, réanimation...) dans le cadre de formations et du maintien leurs compétences.

Le cas échéant, la mise en place d'un binôme médecin correspondant du SAMU - infirmier pourra être favorisée. L'infirmier devra avoir bénéficié d'une formation spécifique aux gestes d'urgence, dans les mêmes conditions que le médecin.

La mise en place de médecins correspondants du SAMU est recommandée au niveau des zones rurales.

La mise en œuvre de ce dispositif devra faire l'objet d'une évaluation annuelle par le SAMU référent, portant sur le volume d'activité, les délais d'intervention, la qualité et la sécurité des prises en charge, le nombre de sorties SMUR évitées.

#### III.6.2.1.6. Optimiser l'organisation des transports hélicoptés médicalisés

La réglementation<sup>5</sup> distingue deux types de transports sanitaires hélicoptés : le vol d'ambulance en hélicoptère (vol planifié considéré comme un transport aérien normal) et le vol de service médical d'urgence par hélicoptère (SMUH). Seuls les vols SMUH entrent dans le cadre de l'aide médicale urgente et font l'objet de recommandations.

L'intérêt de l'hélicoptère réside dans l'égalité d'accès aux soins urgents pour les patients situés en zone accidentée, rurale isolée ou maritime. L'emploi de l'hélicoptère est discutable en zone urbaine ou pour des distances de transport inférieures à 90 kilomètres en zone non montagneuse. Il ne s'agit pas d'une substitution aux moyens terrestres mais d'un outil complémentaire.

Les transports SMUH nécessitent :

---

<sup>5</sup> Circulaire DHOS n°2000-535 et DGAS n°1342 du 13 octobre 2000

- Un hélicoptère et un pilote possédant une autorisation spécifique délivrée par la Direction générale de l'aviation civile (DGAC),
- Une aire de posé : hélisurface ou hélisation, selon le nombre de posés, répondant à des normes spécifiques (cela ne concerne pas les hélicoptères de l'Etat),
- La connaissance de la position et de la disponibilité du vecteur par le médecin régulateur du SAMU.

### **RECOMMANDATIONS**

Compte tenu des moyens disponibles en et hors région, il n'existe pas actuellement de saturation des moyens dédiés aux transports d'urgences hélicoptérés. La centralisation des moyens (notamment en cardiologie interventionnelle, en néonatalogie, en neurochirurgie) sur Caen amène à reposer la question de l'implantation de moyens hélicoptérés supplémentaires.

Une actualisation du recensement des moyens existants devra être réalisée et diffusée auprès des trois SAMU. Ce recensement concerne :

- Les hélicoptères autorisés SMUH (base, coordonnées),
- Les aires de posé aux normes.

La mise aux normes des aires de posé devra être progressivement réalisée, en priorisant les sites à forte activité.

Les SAMU devront être informés en temps réel de la disponibilité et de la position des hélicoptères SMUH.

Le matériel médical embarqué a vocation à être standardisé selon un cahier des charges à établir par l'ensemble des SAMU concernés.

Des indications sur l'utilisation des vols SMUH feront l'objet d'une réflexion régionale des trois SAMU visant à standardiser et optimiser l'utilisation du vecteur hélicoptéré. Ce travail servira de guide pour les régulateurs médicaux.

#### **III.6.2.1.7. Développer les filières de prise en charge spécifiques**

L'orientation directe des urgences préhospitalières médicalisées vers les services ou plateaux techniques spécialisés adaptés doit être favorisée. Une permanence médicale continue doit être organisée par ces structures. Ces filières de prise en charge spécifiques devront être décrites dans les projets médicaux de territoire.

Le SAMU-Centre 15 doit être le régulateur de cette orientation. Il devra disposer en temps réel de l'état de chaque filière.

### **RECOMMANDATIONS**

Au minimum, les filières suivantes doivent être organisées à l'échelle de la région :

- Neurochirurgie - prise en charge des traumatisés crâniens et médullaires graves (procédure décrite dans le volet correspondant du SROS),
- Admission dans les unités neurovasculaires,

- Admission dans les services de réanimation,
- Admission dans les USIC et accès en urgence au plateau technique de cardiologie interventionnelle,
- Urgences périnatales dont la réanimation néonatale.

### III.6.2.2. *Améliorer le fonctionnement des services d'urgences*

L'afflux régulièrement croissant des patients dans les services d'urgences entraîne des perturbations dans le fonctionnement de ces services dont l'organisation est réglementée par les décrets de 1995 et 1997. Améliorer les organisations afin de diminuer les délais d'attente excessifs, d'éviter la saturation des services, de garantir une efficacité et une sécurité des prises en charge, est devenu une nécessité.

#### III.6.2.2.1. Positionner les urgences comme une mission fondamentale des établissements de santé

**La prise en charge des urgences est affirmée comme étant une mission centrale des établissements autorisés à cette activité de soins. A ce titre, cette mission ne peut être assurée seulement par le service des urgences. C'est l'ensemble de l'établissement qui doit être impliqué dans cette mission, au sein d'un projet collectif, mobilisant la totalité des services de soins, des plateaux techniques et des services administratifs.** Le projet médical et le projet de soins infirmiers inclus dans les futurs projets d'établissements devront prendre en compte cet impératif et intégrer cette dimension à l'échelle du fonctionnement de l'ensemble de l'établissement.

#### **RECOMMANDATIONS**

- Généraliser la mise en place des commissions des admissions et des consultations non programmées (CACNP) au sein des CME des hôpitaux publics tel que prévu par la Circulaire DHOS 2003-195 du 16 avril 2003. Au sein des établissements privés (PSPH ou non), la CME devra remplir cette fonction,
- Organiser dans chaque établissement autorisé, les modalités d'intervention dans le service des urgences, des médecins spécialistes seniors en précisant, en particulier, les délais d'intervention. Une liste d'astreinte validée par les différents chefs de services et la CACNP, sera établie. Le cas échéant, la mobilisation d'une spécialité pour la prise en charge des urgences pourra prendre la forme d'une consultation non programmée à horaires élargis,
- Protocoler l'accès aux différents services médico-techniques,
- Connaître en temps réel la disponibilité des lits d'aval dans chaque spécialité apparaît fondamental. Les établissements doivent mettre en œuvre les procédures nécessaires à cette information,
- Evaluer des besoins en lits à réserver pour les urgences, sur la base de l'activité du service, réalisée dans le cadre de la CACNP,
- Organiser le recours à un médecin référent dans les services d'aval, susceptible de favoriser des admissions plus rapides,
- Formaliser l'engagement de l'établissement dans la prise en charge des urgences par une **contractualisation interne, formalisée sous la forme d'une charte interne de fonctionnement pour la prise en charge des urgences.**

### III.6.2.2.2. Optimiser le fonctionnement des services d'urgences

#### - *Organiser l'accueil à l'entrée des services d'urgences*

La réorientation médicalement validée, de patients se présentant spontanément aux urgences et dont l'état n'impose pas une prise en charge immédiate par le plateau technique hospitalier, vers la modalité de prise en charge la plus adaptée à son état, est encouragée.

A cette fin, la mise en place d'une fonction de régulation et d'orientation à l'entrée des services d'urgences est recommandée [infirmière d'accueil et d'orientation (IAO), médecin de régulation et de tri (MRT)] en priorité au niveau des services ayant une activité annuelle d'au moins 25 000 passages non programmés. Cette organisation sera permanente ou viendra renforcer l'équipe des urgences au moment des pics d'activité.

La réorientation des patients implique l'existence de protocoles entre les différents intervenants (services d'urgences, permanence de la médecine libérale, maison médicale de gardes, consultations non programmées...). L'orientation implique un adressage direct formalisé par le service d'urgences au médecin qui sera amené à prendre en charge le patient.

L'orientation ne pourra se faire qu'après l'accord du patient, celui-ci ayant préalablement été informé.

Une traçabilité des patients orientés devra être instaurée.

#### - *Recentrer le médecin urgentiste sur ses missions :*

Le temps de médecin urgentiste est une ressource rare, dont la disponibilité peut être vitale dans le cadre d'un service d'urgences. Il est nécessaire que les médecins et l'équipe soignante puissent concentrer leur travail sur la prise en charge médicale des patients.

Le principe d'un accueil unique est retenu. L'urgentiste est polyvalent et il n'y a pas lieu de distinguer des permanences médicales et chirurgicales séparées.

L'urgentiste n'a pas vocation à assurer la permanence interne des soins non urgents de l'établissement. Chaque service se doit d'organiser la continuité des soins pour les patients placés sous sa responsabilité. L'équipe du SMUR ou le médecin du service des urgences a en revanche pour mission d'intervenir au sein de l'établissement en cas d'urgence vitale ou grave<sup>6</sup>.

Les établissements devront dégager les médecins urgentistes des tâches qui ne relèvent pas de leurs missions. Ainsi, la recherche de place pour les patients relevant d'une hospitalisation devrait impliquer prioritairement les cadres soignants et administratifs de l'établissement.

#### - *Adapter les effectifs à l'activité :*

---

<sup>6</sup> Société française anesthésie et de réanimation (SFAR) : recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales, intra-hospitalières (conférence d'experts 2004)

Les urgences connaissent des variations d'activité dont l'ampleur peut être importante et venir impacter sur la qualité des prises en charge. Il est primordial que la taille de l'équipe soignante puisse être adaptée aux flux des patients, notamment par un renforcement des équipes au moment des pics d'activité. La permanence de la présence d'un personnel qualifié formé à l'urgence devra être assurée pendant les périodes de congés.

La mutualisation des équipes locales entre service des urgences et SMUR est recommandée, avec une participation croisée aux listes de garde, en particulier pour les structures à faible activité et à effectifs restreints.

- *Développer les consultations non programmées à horaires élargis :*

Il s'agit de consultations situées à l'intérieur de l'établissement, de préférence à proximité des services d'urgences. Leur horaire d'ouverture devra permettre un accès en première partie de soirée. L'objectif est le désengorgement des services d'urgences et la qualité des soins.

Deux types de consultations sont envisageables :

- Recours non programmé à un spécialiste (par exemple ORL, ophtalmologiste...) : il s'agit de plages de consultations de spécialistes mises à la disposition du service des urgences, permettant une prise en charge spécifique, seniorisée, non réalisable aux urgences.
- Consultations externes sans rendez-vous : prise en charge de patients dont l'état ne justifie pas le recours au plateau technique du service des urgences, mais plutôt à un besoin de soins de niveau 3. Ce type de consultations pourrait être développé en milieu rural, d'autant plus si les médecins libéraux participent à leur fonctionnement.

La mise en place de telles consultations sera à envisager par les établissements en fonction du contexte local.

L'accès à ces consultations devra être protocolisé et restreint afin d'éviter le développement de circuits de consultations parallèles. L'orientation vers ces structures ne pourra être effectuée que par la régulation médicale préhospitalière et le service des urgences (en particulier par l'IAO).

#### III.6.2.2.3. Développer l'implantation et organiser le fonctionnement des unités d'hospitalisation de courte durée

L'UHCD est une unité d'hospitalisation non conventionnelle ayant pour fonction de recevoir 24h/24, et pour des durées brèves, des patients admis par le service des urgences, qui nécessitent une surveillance, sont en attente d'un diagnostic ou reçoivent un traitement. Le développement de ces unités répond à un objectif d'amélioration de l'efficacité des services d'urgences.

#### **RECOMMANDATIONS**

La création d'une UHCD dans tous les établissements disposant d'un service d'urgences autorisé est une priorité.

La taille recommandée pour ces unités est de 3 à 5 lits pour 10 000 passages non programmés annuels, avec un minimum de 2 lits.

La durée maximale des séjours ne devrait pas dépasser 24h. L'accueil et la sortie de l'unité devront pouvoir se faire 24h/24.

Ces unités ont vocation à admettre les urgences psychiatriques afin de permettre l'évaluation psychiatrique initiale.

Ces unités ont vocation à admettre les urgences gériatriques afin de permettre la réalisation de l'évaluation gériatrique.

Ces unités ont vocation à être implantées au sein du service des urgences ou en contiguïté avec celui-ci. Elles sont placées sous la responsabilité du médecin responsable du service des urgences. Leur médicalisation doit être assurée par un médecin ayant la qualification et/ou l'expérience nécessaire pour exercer au sein d'un service d'urgences. L'intervention d'au moins une IDE, une aide-soignante qualifiée (ASQ) et un agent de service hospitalier (ASH) est recommandée. Pour les unités importantes, la présence d'un personnel spécifique à l'UHCD, intervenant en rotation au sein du personnel du service d'urgences, sera organisée.

Le fonctionnement de l'UHCD, organisé selon les recommandations de la société française de médecine d'urgence (SFMU), devra être formalisé dans un règlement intérieur, validé par la commission des admissions non programmées de l'établissement.

#### **Cas particulier des UHCD pédiatriques**

Les établissements mettant en œuvre, pour les urgences pédiatriques, un niveau référent ou un niveau de recours avec unité fonctionnelle (UF) pédiatrique, ont vocation à individualiser une unité UHCD pédiatrique. La taille recommandée pour ces unités est de 1 lit pour 1 500 passages non programmés annuels, avec un minimum de 2 lits.

L'UHCD pédiatrique sera implantée au sein de l'unité fonctionnelle pédiatrique ou au sein du service d'urgences pédiatriques. Les chambres devront être aménagées de façon à permettre l'accueil d'un parent.

Les autres recommandations concernant les UHCD, sont applicables aux UHCD pédiatriques.

#### III.6.2.2.4. Organiser l'accueil de populations spécifiques

- *Prise en charge en urgence des enfants et adolescents :*

L'âge limite définissant un accueil pédiatrique en urgence ne peut dépasser 18 ans.

#### **RECOMMANDATIONS**

##### ***Gradation des plateaux techniques***

La prise en charge hospitalière des urgences de l'enfant et de l'adolescent devra être organisée selon une gradation en trois niveaux de plateau technique :

**Niveau référent ou régional :** Ce niveau correspond à une **structure des urgences pédiatriques** telle que prévue par le 3<sup>ème</sup> alinéa de l'article R.6123-1 et décrite dans les articles D.6124-26-2 à D.6124-26-5 du code de la santé publique.

- Ce niveau a vocation à prendre en charge toutes les urgences médicales ou chirurgicales de l'enfant et du nourrisson, qui requièrent une équipe d'anesthésie ou de réanimation pédiatrique. Il représente un recours pour les plateaux techniques de niveau inférieur. Sur son bassin de recrutement, il assure une prise en charge de proximité,
- L'établissement doit comporter en propre, un service d'accueil des urgences, au moins un service de pédiatrie médicale, un service de chirurgie pédiatrique, une unité de réanimation pédiatrique,
- Une permanence médicale en pédiatrie médicale, en chirurgie pédiatrique, ainsi qu'un recours, dans des délais brefs à un anesthésiste - réanimateur et à un radiologue expérimenté en pédiatrie, devront être organisés,
- Les enfants sont accueillis dans une filière d'accueil séparée comportant des locaux spécifiques et du personnel médical et paramédical ayant une expérience dans l'accueil et la prise en charge des enfants,
- A terme, pour ce niveau de prise en charge, l'accueil des urgences pédiatriques médico-chirurgicales sera individualisé de l'accueil des urgences adultes,
- Pour l'ensemble de la Basse-Normandie, un seul établissement est autorisé à développer ce niveau de prise en charge.

**Niveau de recours** : Ce niveau ne correspond pas à la structure des urgences pédiatrique définie dans le 3<sup>ème</sup> alinéa de l'article R.6123-1 du code de la santé publique

- L'établissement doit comporter en propre, un service d'accueil des urgences et au moins un service de pédiatrie médicale,
- Il doit être lié par convention avec un service de chirurgie pédiatrique et l'unité de réanimation pédiatrique régionale,
- L'organisation est adaptée en fonction du volume d'activité d'urgences pédiatriques. Lorsque le nombre de passages le justifie, une unité fonctionnelle pédiatrique des urgences (UF pédiatrique) devra être individualisée. La responsabilité de cette UF pédiatrique peut relever du chef de service de pédiatrie,
- Le public doit percevoir l'accueil pédiatrique comme une entité spécifique,
- Pour les structures sans UF pédiatrique, une filière d'accueil séparée dans des locaux spécifiques (au minimum salle d'attente et un box d'examen) est organisée. La prise en charge initiale par un urgentiste est recommandée. Les modalités d'intervention d'un pédiatre dans le service des urgences devront être protocolisées de façon à assurer une couverture 24h/24, dans des délais brefs,
- Pour les structures où une UF pédiatrique aura été individualisée, un protocole entre le chef de service des urgences et celui de pédiatrie précise la responsabilité de chacun des deux services dans la prise en charge des enfants. L'accueil initial par le service des urgences est privilégié et l'orientation est réalisée par l'équipe d'accueil et d'orientation.

**Premier niveau du plateau technique (niveau 1)** : Ce niveau ne correspond pas à la structure des urgences pédiatrique définie dans le 3<sup>ème</sup> alinéa de l'article R.6123-1 du code de la santé publique

- Ce niveau est représenté par les établissements autorisés pour un service d'urgences mais ne disposant pas d'un service de pédiatrie. Ces services n'ont pas vocation à accueillir de manière spécifique des enfants, en particulier les nourrissons,
- L'accueil des enfants est réalisé par un urgentiste ou éventuellement un pédiatre,
- Ces établissements doivent impérativement passer une convention, sous la forme d'un contrat relais, avec un établissement référent et/ou de recours permettant d'identifier un service de pédiatrie médicale et de chirurgie pédiatrique référents. Les profils des patients (âge et type de prise en charge pouvant être réalisés par l'établissement ou nécessitant un

transfert dans un service de pédiatrie ou de chirurgie pédiatrique) figurent dans ces contrats relais.

### Maillage territorial proposé

ETABLISSEMENT	Service de pédiatrie médicale	Proposition de niveau SROS III
<b>Territoire de CAEN</b>		
CHU Côte de Nacre - Caen	oui	REFERENT Autorisation d'un service des urgences pédiatriques
SIH du Bessin	oui	RECOURS ou NIVEAU 1 selon l'évolution du service de pédiatrie
CH - Falaise	oui	RECOURS
Clinique Miséricorde - Caen		NIVEAU 1
Polyclinique du Parc - Caen		NIVEAU 1
CHP Saint Martin - Caen		NIVEAU 1
CH - Aunay-sur-Odon		NIVEAU 1
<b>Territoire NORD-EST</b>		
CH - Lisieux	oui	RECOURS + UF pédiatrique
CH - Honfleur		NIVEAU 1
Polyclinique - Deauville		NIVEAU 1
<b>Territoire NORD-OUEST</b>		
CHLP - Cherbourg	oui	RECOURS + UF pédiatrique
CH - Valognes		NIVEAU 1
CH Mémorial - Saint Lô	oui	RECOURS + UF pédiatrique
CH - Coutances		NIVEAU 1
<b>Territoire SUD-OUEST</b>		
CH Avranches-Granville, site Avranches	oui	RECOURS + UF
CH Avranches-Granville, site Granville		NIVEAU 1
CH - Vire		NIVEAU 1
CH - Flers	oui	RECOURS + UF pédiatrique
CHIC Andaines - La Ferté-Macé		NIVEAU 1
CH - Saint Hilaire-du-Harcouët		NIVEAU 1
<b>Territoire SUD-EST</b>		
CHIC Alençon-Mamers, site d'Alençon	oui	RECOURS + UF pédiatrique
CH - L'Aigle		NIVEAU 1
CH - Mortagne-au-Perche		NIVEAU 1
CH - Argentan	oui	RECOURS
CHIC Alençon-Mamers, site de Mamers		NIVEAU 1

- Accueil des patients gériatriques dans les services d'urgences

On entend par patient gériatrique, un patient âgé polypathologique ou très âgé présentant un fort risque de dépendance physique ou sociale et dont la prise en charge ne relève pas d'un service de spécialité d'organe<sup>7</sup>.

Selon une étude de la Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 40% des personnes âgées de plus de 80 ans fréquentent les services d'urgences, au moins une fois par an (20%, toute classe d'âge confondue). Ces passages se caractérisent par l'existence d'une orientation médicale préalable dans deux tiers des cas, un taux d'hospitalisation élevé (60%) et un temps de séjour dans le service d'urgences plus élevé que la moyenne.

## **RECOMMANDATIONS**

Tout patient gériatrique admis dans un service des urgences doit pouvoir bénéficier dans des délais brefs d'une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale (cf. volet prise en charge des personnes âgées), au sein même du service des urgences. Il est donc nécessaire que tous les services d'urgences (publics et privés) puissent recourir, dans des délais brefs, à un avis gériatrique spécialisé, éventuellement par convention avec une équipe mobile de gériatrie ou un service de gériatrie pour les établissements ne disposant pas en propre de compétence gériatrique.

Les modalités d'organisation devront tenir compte du volume d'activité gériatrique du service des urgences. Le cas échéant, pour les structures à forte activité gériatrique, la présence programmée, dans le service, d'une équipe gériatrique, pourra être proposée.

Les patients gériatriques doivent pouvoir bénéficier d'une admission en UHCD pour réaliser cette évaluation, dans le respect des conditions de fonctionnement des UHCD.

Les modalités d'intervention de l'équipe gériatrique dans le service des urgences devront être protocolisées.

Les établissements mettant en œuvre un service d'urgences devront, s'il n'en disposent pas en propre, signer une convention avec un service de court séjour gériatrique.

L'effort de l'amélioration de la prise en charge du patient gériatrique doit également porter sur l'amont des services d'urgences. Les préconisations en ce sens sont formalisées dans le volet Personnes âgées du SROS.

### *- Accueil psychiatrique dans les services d'urgences*

En raison de l'intrication fréquente des pathologies psychiatriques et somatiques, l'urgence psychiatrique doit, de principe, être initialement prise en charge dans les services d'urgences hospitaliers.

Le principe de l'accueil du patient psychiatrique aux urgences est celui de l'accès initial à un examen somatique ainsi qu'à une expertise psychiatrique seniorisée dans des délais brefs afin d'éviter, chaque fois que possible, une hospitalisation en service de psychiatrie.

---

<sup>7</sup> Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5 n°2002-517 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. Volet personnes âgées chapitre III.2.

## RECOMMANDATIONS

Afin de pouvoir assurer une prise en charge de qualité il est nécessaire que :

- L'intervention, dans des délais brefs, d'un psychiatre et/ou d'un infirmier ayant acquis une expérience en psychiatrie soit organisée, conformément à la réglementation (Art. D. 6124-14 à D. 6124-16 du CSP), au niveau de chaque service d'urgences,
- La possibilité d'hospitalisation en UHCD soit offerte à ces urgences (par exemple pour les suicidants ou les patients nécessitant une surveillance somatique),
- Pour les établissements ayant un volume d'accueil d'urgences psychiatriques important, la mise en place, de préférence à proximité du service d'urgences, d'un centre d'accueil et de crise intersectoriel de 72h permettant la réalisation de bilans plus importants avant orientation définitive, est recommandée. Ces structures, indépendantes des services d'urgences, comportant quelques lits, ont vocation à être médicalisées et paramédicalisées par un personnel psychiatrique.

Concernant les urgences pédopsychiatriques, l'accueil initial sera, de préférence, réalisé dans un établissement disposant d'un service d'urgences comportant au moins une unité fonctionnelle d'urgences pédiatriques. L'évaluation psychiatrique initiale sera de préférence réalisée par un pédopsychiatre.

- *Médecine légale :*

## RECOMMANDATIONS

- Améliorer l'accueil des victimes adultes et enfants, notamment les victimes de sévices sexuels et de violence,
- Positionner le CHU comme pôle de référence régional d'accueil et de prise en charge des victimes, en étendant ses missions aux victimes majeures et en consolidant l'effectif de médecins légistes intervenant au sein du pôle,
- Créer des unités médico-judiciaires dans les centres hospitaliers ayant une activité d'urgences selon un maillage territorial adéquat (au moins une par territoire de santé),
- Former des médecins compétents en médecine légale (un référent par site d'accueil d'urgences),
- Formaliser un réseau régional coordonné de prise en charge médico-légale des victimes.

### III.6.2.2.5. Généraliser l'informatisation des services d'urgences

L'informatisation des services d'urgences est considérée, notamment par les médecins urgentistes, comme un outil majeur pour le bon fonctionnement des services et l'amélioration de la qualité des soins.

Dans la région, seuls 26 % des services d'urgences autorisés disposent d'un système d'information médicale informatisé minimal (données au 31 décembre 2005). Seul le CHU utilise un outil informatique complet, incluant l'informatisation du dossier médical. Les trois SAMU - centre 15 disposent déjà du même logiciel de gestion de la régulation, APPLI-SAMU.

Cependant, il n'existe aucun lien informatique avec les SMUR et les autres outils de communication en place ne sont pas interopérables. Des évolutions des outils existants, ainsi que des outils complémentaires sont requis pour permettre un accès rapide et partagé aux informations concernant les moyens disponibles pour répondre à la prise en charge des patients. L'interconnexion des divers systèmes (téléphonique et informatique) doit permettre de délester les appels entrants d'un centre 15 vers un autre en cas d'afflux d'appels débordant la capacité de réponse de l'un d'entre eux.

## RECOMMANDATIONS

L'informatisation, à court terme, de l'ensemble des services d'urgences est une priorité.

Le système d'information mis en place devra :

- Etre conforme au cahier des charges national pour l'informatisation des services d'urgences,
- Pouvoir fournir en routine les données nécessaires au renseignement du site d'alerte et de veille sanitaire. A cette fin, il est recommandé que les mécanismes d'alimentation automatique des indicateurs relatifs à l'activité des SAMU et des SMUR, soient mis en place entre les systèmes d'informations des SAMU - centre 15 et le serveur de veille et d'alerte sanitaire,
- Pouvoir fournir les données nécessaires au renseignement des indicateurs de suivi du SROS III,
- Intégrer l'informatisation du dossier médical en prévoyant l'interconnexion avec l'amont (SMUR) et l'aval le cas échéant (services d'hospitalisation),
- Standardisés les thésaurus utilisés (par exemple pour la typologie des passages) afin de permettre une analyse régionale comparative.
- **Permettre l'informatisation du registre chronologique des entrées prévu par la réglementation**

### **III.6.3. Coopérations et partenariats**

La prise en charge de l'urgence impose l'intervention d'acteurs multiples tant en amont qu'en aval des services d'urgences. Ainsi, les établissements autorisés pour la prise en charge des urgences, devront tisser des liens de coopération avec l'ensemble des intervenants de l'urgence, ainsi qu'avec les structures d'aval.

Ces coopérations devront prendre la forme de conventions interétablissements et/ou de contrats relais, de conventions ville-hôpital avec les associations de permanence des soins de la médecine libérale ou les maisons médicales de garde.

Ces conventions seront prioritairement organisées au sein du territoire de santé et seront formulées dans le projet médical de territoire.

Les thématiques prioritairement identifiées par le SROS III comme devant figurer dans les conventions sont les suivantes :

- Organisation des transferts de patients,
- Organisation des filières spécifiques de prise en charge,
- Echanges de compétence,
- Qualité des prises en charge,
- Organisation de la mise à disposition des lits d'aval,
- Organisation de la continuité des soins,
- Régulation médicalisée.
- L'ensemble des conventions sera diffusé aux SAMU - centre 15, dans le cadre de la régulation des prises en charge.

### **Réseau de prise en charge des urgences**

La gestion des multiples conventions nécessaires à l'organisation de la prise en charge des urgences, impose que celles-ci soient organisées au sein d'un réseau des urgences.

Ce réseau sera mis en place à l'échelle du territoire de santé. Il intégrera l'ensemble des établissements, ainsi que la médecine de ville participant à la prise en charge des urgences. Les établissements de santé ou médico-sociaux intervenant en aval des urgences seront inscrits dans ce réseau.

Au niveau de la région, un réseau régional permettra d'organiser les coopérations supra territoriales.

### **III.6.4. Information de la population**

La régulation médicale étant le point d'entrée dans le dispositif de prise en charge des urgences, il est essentiel que la population :

- Identifie ce mode d'accès aux soins et en reconnaisse la pertinence,
- Suive les recommandations émises par le régulateur (se rendre dans la maison médicale de garde, attendre la période de consultation de son médecin de ville, se rendre aux services des urgences, attendre les moyens dépêchés sur place selon la gradation des différentes situations).

Toute la communication devra être axée sur ces prérequis. Il en est de même pour les actions visant une meilleure relation de service à mener, d'une part en direction des régulateurs (médecins et PARM), et d'autre part en direction des IAO, pour gérer les arrivées non régulées à l'entrée des services d'urgences.

Un premier niveau d'information générale est à développer. De plus, la reconnaissance de l'urgence vraie est aussi une préoccupation d'ordre éducatif et non plus informationnelle. Elle doit se traduire par la diffusion de conseils, voire de formations pour aider la population à faire face à ces situations d'urgence dans les meilleures conditions.

Le recours à des organismes relais tels que recommandés fin 2003 (associations, formation de secouristes, structures assurant l'éducation pour la santé, les lieux de soins...) est toujours fortement recommandé.

### **III.6.5. Evaluation et suivi**

#### **RECOMMANDATION**

La création d'un observatoire régional des urgences, associant l'ARH, les professionnels et les représentants des usagers est recommandée. Il aura pour mission de réaliser une analyse annuelle de l'activité des services d'urgences, un suivi annuel de réalisation du volet urgences du SROS, de formuler des propositions pour l'évolution de l'offre de soins régionale ainsi que pour la mise en œuvre d'une démarche qualité.

#### *III.6.5.1. Evaluation de l'activité des services d'urgences*

Le recueil de l'activité devra être généralisé à l'ensemble des structures de prise en charge des urgences. Chaque service autorisé devra rédiger un rapport annuel d'activité présenté à la commission des admissions et des consultations non programmées (ou à la CME pour les établissements privés ou PSPH) puis transmis à l'ARH.

Les indicateurs à suivre et à analyser sont issus du cahier des charges constitutif du serveur régional de veille et d'alerte sanitaires.

#### **Evaluation de l'activité des services d'urgences - Serveur régional de veille et d'alerte sanitaire**

### **INDICATEURS D'ACTIVITE DES SAMU, SMUR ET SERVICES DES URGENCES**

#### **Indicateurs relatifs à l'activité préhospitalière**

- Nombre total d'affaires traitées par le SAMU : correspond au nombre total de dossiers de régulation médicale. Une même affaire peut donner lieu à plusieurs appels.
  - o dont affaires concernant les adultes âgés de plus de 75 ans
  - o dont affaires concernant les enfants de moins de 1 an
- Nombre total d'interventions SMUR en distinguant :
  - o Le nombre total d'interventions primaires, qu'elles soient aériennes ou terrestres

- Le nombre total d'interventions secondaires, qu'elles soient aériennes ou terrestres
- Nombre total d'admissions dans un service d'urgences suite à une régulation du SAMU en distinguant
  - Admissions d'adultes de plus de 75 ans
  - Admissions d'enfants de moins de 1 an
- Les transferts néonataux réalisés par les SMUR (nouveau-nés de moins de 28 jours)
- Les transferts infirmiers interhospitaliers
- Nombre d'interventions d'ambulances privées réalisées à la demande du SAMU
- Nombre total d'interventions réalisées par les SDIS à la demande du SAMU
- Affaires confiées à la médecine libérale correspondant au nombre d'interventions de médecins généralistes suite à une régulation par le SAMU

### **Indicateurs relatifs à l'activité des services des urgences**

- Nombre total de **primo-passages** aux urgences
  - Dont nombre de passages d'enfants âgés de moins de 1 an
  - Dont nombre de passages d'adultes âgés de plus de 75 ans
- Nombre d'hospitalisations dans l'établissement, hors UHCD, après passage aux urgences
- Nombre d'hospitalisations en UHCD après passage aux urgences
- Nombre de transferts, quel qu'en soit le motif, vers un autre établissement après passage aux urgences
- Nombre de patients présents à 15h aux urgences et devant être hospitalisés

### **INDICATEURS RELATIFS AUX DECES**

Nombre total de décès par établissement dont décès d'adultes âgés de plus de 75 ans

### **INDICATEURS RELATIFS A LA DISPONIBILITE DES LITS**

- Lit installé (source SAE)
- Lit fermé
- Lit ouvert : Lit pouvant accueillir un patient. Le nombre de lits ouverts est égal au nombre de lits installés moins le nombre de lits fermés
- Lit disponible
- Lit réservé (pour l'activité programmée des services)

Une analyse annuelle régionale des données est recommandée, dans le cadre des missions de l'observatoire régional des urgences.

#### *III.6.5.2. Suivi des objectifs du SROS*

Un suivi annuel des préconisations des volets du SROS III sera réalisé par l'observatoire régional des urgences. A minima, des indicateurs suivants seront utilisés :

Structures :

- Nombre d'établissements autorisés pour l'activité de soins d'urgence,
- Nombre de services d'accueil des urgences conformes à la réglementation,
- Nombre de SMUR et nombre d'équipages SMUR avec analyse de la conformité à la réglementation,

- Nombre d'UHCD avec nombre de places installées,
- Nombre d'UF pédiatriques des urgences,
- Nombre et localisation des aires de posé pour hélicoptère conformes,
- Nombre de maisons médicales de garde.

Personnels :

- Pour les médecins urgentistes, les IDE, les IADE, les ASQ, les PARM, les assistantes sociales : effectifs en ETP dédiés aux services d'urgences.

Organisation interne :

- Nombre d'établissements ayant mis en place une CACNP,
- Nombre d'établissements ayant formalisé une charte interne de fonctionnement pour la prise en charge des urgences - analyse du contenu,
- Nombre d'établissements ayant instauré un règlement intérieur pour l'UHCD,
- Nombre d'établissements disposant d'une IAO avec protocolisation de l'orientation,
- Nombre de consultations non programmées à horaires élargis.

Coopérations - articulation :

- Bilan des contrats relais,
- Bilan des conventions avec les maisons médicales de garde,
- Bilan des conventions avec la médecine libérale (régulation médicale, médecins correspondants du SAMU...).

## **V.2. Quantification régionale pour la médecine d'urgence**

## V.2.1. Territoire Centre

### V.2.1.7. Activités de soins concernées par les objectifs quantifiés en implantation

Implantations		
	Aujourd'hui	A échéance du SROS III
<u>Médecine d'urgence</u>	7 implantations pour l'accueil et le traitement des urgences dont 1 permanence des soins au sens du SROS II 3 SMUR 1 SAMU Centre 15	- 1 implantation pour la régulation des appels adressés au SAMU - 3 implantations pour la prise en charge par le SMUR - 8 implantations pour les structures d'urgences dont 1 structure d'urgences pédiatriques

## V.2.2. Territoire Nord-Est

### V.2.2.7. Activités de soins concernées par les objectifs quantifiés en implantation

Implantations		
	Aujourd'hui	A échéance du SROS III
<u>Médecine d'urgence</u>	3 implantations pour l'accueil et le traitement des urgences 1 SMUR + 2 antennes SMUR	- 2 implantations pour la prise en charge par le SMUR - 2 implantations pour les structures d'urgence

## V.2.3. Territoire Nord-Ouest

### V.2.3.7. Activités de soins concernées par les objectifs quantifiés en implantation

Implantations		
	Aujourd'hui	A échéance du SROS III
<u>Médecine d'urgence</u>	4 implantations pour l'accueil et le traitement des urgences 2 SMUR + 2 antennes SMUR 1 SAMU Centre 15	- 1 implantation pour la régulation des appels adressés au SAMU - 4 implantations pour la prise en charge par le SMUR - 4 implantations pour les structures d'urgence

## V.2.4. Territoire Sud-Est

### V.2.4.7. Activités de soins concernées par les objectifs quantifiés en implantation

			Implantations	
			Aujourd'hui	A échéance du SROS III
<b><u>Médecine d'urgence</u></b>	5 implantations pour l'accueil et le traitement des urgences dont un site extrarégional 1 SMUR + 4 antennes SMUR dont une extrarégionale 1 SAMU Centre 15			- 1 implantation pour la régulation des appels adressés au SAMU - 5 implantations pour la prise en charge par le SMUR dont un site extrarégional - 5 implantations pour les structures d'urgence dont une extrarégionale

## V.2.5. Territoire Sud-Ouest

### V.2.5.7. Activités de soins concernées par les objectifs quantifiés en implantation

			Implantations	
			Aujourd'hui	A échéance du SROS III
<b><u>Médecine d'urgence</u></b>	6 implantations pour l'accueil et le traitement des urgences dont 1 permanence des soins au sens du SROS II 3 SMUR + 3 antennes SMUR dont une délocalisée partiellement sur Domfront			- 6 implantations pour la prise en charge par le SMUR dont une avec antenne sur Domfront - 6 implantations pour les structures d'urgence

**REVISION ET ERRATA  
SEPTEMBRE 2006**

## **Insuffisance rénale chronique**

### **III.12.2.1.4 Flux des patients et bassins de recrutement**

Dans la partie consacrée à l'attractivité extrarégionale des équipes de Lisieux sur l'Ouest de l'Eure et d'Alençon sur le Nord de la Sarthe et de la Mayenne (proximité), le tableau se présente en fait comme suit :

Centres	Secteur contigu Basse-Normandie		Extrarégional	
	Valeur absolue	Pourcentage	Valeur absolue	Pourcentage
Lisieux	13/82	15,8% +	<b>25/82</b>	<b>30,5%</b>
Cherbourg	5/99	5%	0	
Saint Lô	46/87	<b>52,9%</b>	0	
Flers	6/49	12,3%	1/49	2%
Alençon	2/71	2,8%	<b>14/71</b>	<b>19,7%</b>

### **Objectifs quantifiés :**

#### **IV.2 Méthodologie d'élaboration**

Pour cette thématique, la méthodologie retenue pour la détermination des objectifs quantifiés dans le SROS III a été détaillée comme suit :

*"Pour cette activité, ni le PMSI, ni la SAE ne sont utilisables. Une enquête a été réalisée en juin 2003 et a été utilisée comme base de travail.*

*Comme pour d'autres activités, la borne basse correspond à l'activité actuellement réalisée.*

*La borne haute tient compte des évolutions attendues du nombre de patients souffrant d'IRC, mais aussi de l'impact prévisionnel des modifications prévues (en 2008) de l'offre dans ce domaine, selon les estimations des professionnels de cette discipline.*

**Borne basse** : nombre de dialysés au 1 juin 2003

**Borne haute** :

*Les professionnels ont constaté une augmentation annuelle moyenne de 2% par an du nombre de dialysés de 99 à 2003 et l'on considère que cette tendance se poursuit jusqu'en 2011.*

*A partir du 31 décembre 2007, c'est-à-dire pour l'année 2008 :*

*Dans le territoire Sud-Ouest : création d'un centre UDM sur Avranches ce qui devrait entraîner la prise en charge de 43 patients supplémentaires dans ce territoire (30 anciennement pris en charge sur le territoire Nord-Ouest + 13 anciennement pris en charge en extrarégional),*

*Dans le territoire Sud-Est : renforcement de l'offre sur Alençon permettant de prendre en charge 10 patients supplémentaires sur ce territoire anciennement pris en charge en extrarégional."*

**Concernant la borne basse** : il importe de préciser que pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique, cette borne correspond au nombre de dialysés dénombrés dans l'enquête sus citée. Elle peut par conséquent être supérieure à la borne haute qui tient compte des modifications de l'offre de soins préconisées dans le SROS III et donc d'une répartition des prises en charge entre les territoires de santé sensiblement différente dès 2008 et à plus forte raison à échéance du SROS.

**Concernant la borne haute, la première phrase est précisée comme suit :**

Entre 1999 et 2003, les professionnels ont constaté une augmentation annuelle moyenne de 2% par an du nombre de dialysés au 31 décembre de chaque année. On considère que cette tendance se poursuit jusqu'en 2011.

Dans le détail, l'application de la méthodologie décrite ci-dessus donne les calculs suivants :

Territoire	Nombre de dialysés au 1er juin 2003	31/12/04	31/12/05	31/12/06	31/12/07	31/12/08	31/12/09	31/12/10
CENTRE	213	217	222	226	231	235	240	245
NORD EST	82	84	85	87	89	91	92	94
NORD OUEST	186	190	194	197	201	$201 \times 1.02 - 30 = 175$	179	182
SUD OUEST	49	50	51	52	53	$53 \times 1.02 + 30 + 13 = 97$	99	101
SUD EST	71	72	74	75	77	$77 \times 1.02 + 10 = 88$	90	92

A la suite d'une erreur de saisie, l'échéance intermédiaire de 2008 dont les modalités de calcul sont détaillées par la méthodologie s'est vue convertie en la moyenne arithmétique de la borne haute et de la borne basse.

Par conséquent, les objectifs quantifiés pour l'IRC mesurés en nombre de patients à prendre en compte sont les suivants :

Territoire	Nombre de dialysés (enquête juin 2003)	Borne haute	
		Échéance intermédiaire (2008)	A échéance du SROS III
CENTRE	213	235	245
NORD EST	82	91	94
NORD OUEST	186	175	182
SUD OUEST	49	97	101
SUD EST	71	88	92

Toujours concernant les objectifs quantifiés, la quantification par territoire de santé (V.2.1 à V.2.5) aurait du reprendre la terminologie réglementaire concernant les autorisations pour le traitement de IRC. A savoir :

- ▶ Centre de dialyse (et non Centre lourd)
- ▶ Unité de dialyse médicalisée
- ▶ Unité d'autodialyse (et non antenne de dialyse)

Dans la partie décrivant la quantification régionale (V.2) et en matière d'unités d'autodialyse, il importe de préciser que les implantations décrites dans la colonne "Aujourd'hui" des tableaux V.2.1.4, V.2.2.4, V.2.3.4, V.2.4.4 et V.2.5.4, correspondent à des implantations existantes qui devront procéder à une régularisation juridique pour être en conformité avec le nouveau régime des autorisations.

Un erreur s'est de plus glissée dans le tableau V.2.3.4 concernant les implantations du territoire Nord Ouest, puisque à l'heure actuelle il n'existe aucune unité de dialyse médicalisée sur la région Basse Normandie.

Pour synthétiser, les tableaux V.2.1.4, V.2.2.4, V.2.3.4, V.2.4.4 et V.2.5.4 du document publié sont remplacés par les tableaux suivants :

### **Territoire Centre**

Implantations			Volumes d'activité (en nombre de patients)		
			Borne basse	Borne haute	
Aujourd'hui	A échéance du SROS III			Échéance intermédiaire (2008)	A échéance du SROS III (2011)
Centre de dialyse	2 implantations	2 implantations	213	235	245
Unité de dialyse médicalisée		1 implantation			
Unité d'autodialyse	1 implantation	1 implantation			

### **Territoire Nord-Est**

Implantations			Volumes d'activité (en nombre de patients)		
			Borne basse	Borne haute	
Aujourd'hui	A échéance du SROS III			Échéance intermédiaire (2008)	A échéance du SROS III (2011)
Centre de dialyse	1 implantation	1 implantation	82	91	94
Unité de dialyse médicalisée		1 implantation			
Unité d'autodialyse	1 implantation + 1 implantation extrarégionale	1 implantation + 1 implantation extrarégionale			

### **Territoire Nord-Ouest**

Implantations			Volumes d'activité (en nombre de patients)		
			Borne basse	Borne haute	
Aujourd'hui	A échéance du SROS III			Échéance intermédiaire (2008)	A échéance du SROS III (2011)
Centre de dialyse	2 implantations	2 implantations	186	175	182
Unité de dialyse médicalisée		2 implantations			
Unité d'autodialyse	3 implantations	3 implantations			

**Territoire Sud-Est**

Implantations			Volumes d'activité (en nombre de patients)		
			Borne basse	Borne haute	
	Aujourd'hui	A échéance du SROS III			Échéance intermédiaire (2008)
Centre de dialyse	1 implantation	1 implantation	71	88	92
Unité de dialyse médicalisée		1 implantation			
Unité d'autodialyse	2 implantations	2 implantations			

**Territoire Sud-Ouest**

Implantations			Volumes d'activité (en nombre de patients)		
			Borne basse	Borne haute	
	Aujourd'hui	A échéance du SROS III			Échéance intermédiaire (2008)
Centre de dialyse	1 implantation	2 implantations	49	97	101
Unité de dialyse médicalisée		2 implantations			
Unité d'autodialyse	2 implantations	2 implantations			

## Réanimation

Le tableau du chapitre III.8.2, correspondant à la proposition de répartition (non soumis à autorisation) des lits de surveillance continue, est remplacé par le tableau suivant :

	<b>Etablissements</b>	<b>Public (nombre de lits)</b>	<b>Privé (nombre de lits)</b>
<b>Calvados</b>	CHU Caen	63 lits (34 + 29 spécialisés)	
	CLCC Baclesse Caen	7	
	SIH Bayeux	4	
	CH Lisieux	6	
	CH Falaise	7	
	CHP Saint Martin		10
	PLC le Parc Caen		6
	PLC Lisieux		4
	CL Notre Dame Vire		4
	<b>Sous total Calvados</b>	<b>87</b>	<b>24</b>
<b>Manche</b>	CHLP Cherbourg	6	
	CH Saint Lô	4	
	CH Avranches	4	
	PLC du Cotentin		5
	PLC de la Manche		4
	PLC du Bocage		4
<b>Sous total Manche</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	
<b>Orne</b>	CH Alençon	8	
	CH Flers	4	
	CH L'Aigle	4	
	CH Argentan	4	
	CL St-Dominique Flers		4
	CL St-Joseph Alençon		5
<b>Sous total Orne</b>	<b>20</b>	<b>9</b>	
<b>TOTAL REGION</b>		<b>121</b>	<b>46</b>

Le tableau V.2.3.7 relatif à l'activité de réanimation concernée par les objectifs quantifiés en implantation pour le territoire Nord-Ouest du document publié est modifié : aujourd'hui, il n'existe aucune implantation de réanimation autorisée conformément au SROS III puisque les dossiers de demande d'autorisation d'activité de soins de réanimation n'ont pas encore été instruits.

Implantations	
Aujourd'hui	A échéance du SROS III

<b>Réanimation</b>		2 implantations
--------------------	--	-----------------

## **Réanimation pédiatrique**

Pour tenir compte de l'évolution de la réglementation, la quantification des implantations de réanimation pédiatrique est ajoutée dans les tableaux V.2.1.7, V.2.2.7, V.2.3.7, V.2.4.7, V.2.5.7. A ce jour, il n'existe aucune implantation de réanimation pédiatrique autorisée conformément au SROS III puisque les dossiers de demande d'autorisation d'activité de soins de réanimation pédiatrique n'ont pas encore été instruits.

### ***Territoire Centre***

Implantations	
Aujourd'hui	A échéance du SROS III

<b>Réanimation pédiatrique</b>		1 implantation
--------------------------------	--	----------------

### ***Territoire Nord Est***

Implantations	
Aujourd'hui	A échéance du SROS III

<b>Réanimation pédiatrique</b>		
--------------------------------	--	--

### ***Territoire Nord Ouest***

Implantations	
Aujourd'hui	A échéance du SROS III

<b>Réanimation pédiatrique</b>		
--------------------------------	--	--

### ***Territoire Sud Est***

Implantations	
Aujourd'hui	A échéance du SROS III

<b>Réanimation pédiatrique</b>		
--------------------------------	--	--

### ***Territoire Sud Ouest***

Implantations	
Aujourd'hui	A échéance du SROS III

<b>Réanimation pédiatrique</b>		
--------------------------------	--	--

## Néonatalogie

Le tableau V.2.3.7 relatif à l'activité de néonatalogie concernée par les objectifs quantifiés en implantation pour le territoire Nord Ouest du document publié est modifié : il existe en fait 2 implantations aujourd'hui et à échéance du SROS III.

	Implantations	
	Aujourd'hui	A échéance du SROS III
<u>Néonatalogie</u>	2 implantations	2 implantations

## Psychiatrie

### Objectifs quantifiés :

#### **IV.2 Méthodologie d'élaboration**

Pour cette thématique, la méthodologie retenue pour la détermination des objectifs quantifiés en implantation a été détaillée dans la partie IV.2.6.2.1.

*"Les règles utilisées pour fixer les nombres d'implantations par territoire ont été identiques pour la psychiatrie générale et pour la psychiatrie infanto-juvénile. Ces règles sont les suivantes :*

#### *Hospitalisation complète*

- *Maintenir les implantations existantes,*
- *Planter l'hospitalisation complète dans les territoires où elle n'existe pas.*

#### *Alternatives*

- *Au minimum, maintenir les implantations existantes et en créer une par territoire quand il n'en existe aucune,*
- *Permettre des implantations nouvelles pour assurer une meilleure répartition des activités existantes ou pour développer des modes de prise en charge existants.*

*Rappelons que les implantations concernent des villes et que les objectifs quantifiés ne visent pas les établissements ou les entités juridiques. Deux exceptions sont faites à ce principe dans les objectifs ci-après :*

- *A Caen, les structures relevant du CHS et du CHU comptent pour une implantation chacune,*
- *Compte tenu de la particularité de ce mode de prise en charge, une implantation de placement familial thérapeutique sera la mise en œuvre de cette activité par un établissement gérant un ou des secteurs de psychiatrie, quel que soit le nombre de places et leur répartition sur le territoire.*

*Pour chaque territoire, les objectifs sont contenus dans une fourchette :*

- *Borne A = minimum*
- *Borne B = maximum"*

Par conséquent les tableaux V.2.1.5.1, V.2.2.5.1, V.2.3.5.1, V.2.4.5.1, V.2.5.5.1 relatifs à la **psychiatrie générale** sont modifiés comme suit :

**Territoire Centre**

	<b>Nombre d'implantations à échéance du SROS III</b>	
	<b>Borne A (minimum)</b>	<b>Borne B (maximum)</b>
Hospitalisation complète	3	3
Hospitalisation de jour	9	11
Hospitalisation de nuit	1	3
Appartements thérapeutiques	3	5
Placement familial thérapeutique	1	3
Centre de crise	1	3
Centre de post-cure	1	3

**Territoire Nord-Est**

	<b>Nombre d'implantations à échéance du SROS III</b>	
	<b>Borne A (minimum)</b>	<b>Borne B (maximum)</b>
Hospitalisation complète	1	1
Hospitalisation de jour	2	3
Hospitalisation de nuit	1	2
Appartements thérapeutiques	1	2
Placement familial thérapeutique	1	1
Centre de crise	1	1
Centre de post-cure	1	1

**Territoire Nord-Ouest**

	<b>Nombre d'implantations à échéance du SROS III</b>	
	<b>Borne A (minimum)</b>	<b>Borne B (maximum)</b>
Hospitalisation complète	4	4
Hospitalisation de jour	9	10
Hospitalisation de nuit	3	4
Appartements thérapeutiques	3	4
Placement familial thérapeutique	1	2
Centre de crise	1	2
Centre de post-cure	1	2

**Territoire Sud-Est**

	<b>Nombre d'implantations à échéance du SROS III</b>	
	<b>Borne A (minimum)</b>	<b>Borne B (maximum)</b>
Hospitalisation complète	2	2
Hospitalisation de jour	4	5
Hospitalisation de nuit	2	3
Appartements thérapeutiques	1	2
Placement familial thérapeutique	2	2
Centre de crise	1	2
Centre de post-cure	1	2

**Territoire Sud-Ouest**

	<b>Nombre d'implantations à échéance du SROS III</b>	
	<b>Borne A (minimum)</b>	<b>Borne B (maximum)</b>
Hospitalisation complète	3	3
Hospitalisation de jour	10	11
Hospitalisation de nuit	3	4
Appartements thérapeutiques	1	3
Placement familial thérapeutique	1	3
Centre de crise	1	3
Centre de post-cure	1	3

De même, les tableaux V.2.1.6.1, V.2.2.6.1, V.2.3.6.1, V.2.4.6.1, V.2.5.6.1 relatifs à la **psychiatrie infanto juvénile** sont modifiés comme suit :

**Territoire Centre**

	<b>Nombre d'implantations à échéance du SROS III</b>	
	<b>Borne A (minimum)</b>	<b>Borne B (maximum)</b>
Hospitalisation complète	2	3
Hospitalisation de jour	3	4
Hospitalisation de nuit	1	2
Appartements thérapeutiques	1	2
Placement familial thérapeutique	1	2
Centre de crise	1	2
Centre de post-cure	1	2

**Territoire Nord-Est**

	<b>Nombre d'implantations à échéance du SROS III</b>	
	<b>Borne A (minimum)</b>	<b>Borne B (maximum)</b>
Hospitalisation complète	1	1
Hospitalisation de jour	2	3
Hospitalisation de nuit	1	1
Appartements thérapeutiques	1	1
Placement familial thérapeutique	1	1
Centre de crise	1	1
Centre de post-cure	1	1

**Territoire Nord-Ouest**

	<b>Nombre d'implantations à échéance du SROS III</b>	
	<b>Borne A (minimum)</b>	<b>Borne B (maximum)</b>
Hospitalisation complète	1	2
Hospitalisation de jour	3	4
Hospitalisation de nuit	1	2
Appartements thérapeutiques	1	2
Placement familial thérapeutique	1	2
Centre de crise	1	2
Centre de post-cure	1	2

**Territoire Sud-Est**

	<b>Nombre d'implantations à échéance du SROS III</b>	
	<b>Borne A (minimum)</b>	<b>Borne B (maximum)</b>
Hospitalisation complète	1	1
Hospitalisation de jour	5	6
Hospitalisation de nuit	1	1
Appartements thérapeutiques	1	1
Placement familial thérapeutique	1	1
Centre de crise	1	1
Centre de post-cure	1	1

**Territoire Sud-Ouest**

	<b>Nombre d'implantations à échéance du SROS III</b>	
	<b>Borne A (minimum)</b>	<b>Borne B (maximum)</b>
Hospitalisation complète	1	2
Hospitalisation de jour	6	7
Hospitalisation de nuit	1	2
Appartements thérapeutiques	1	2
Placement familial thérapeutique	1	2
Centre de crise	1	2
Centre de post-cure	1	2

## Equipements matériels lourds

Les tableaux V.2.1.7, V.2.2.7, V.2.3.7, V.2.4.7, V.2.5.7 relatifs aux équipements matériels lourds concernés par les objectifs quantifiés en nombre d'implantations et en nombre d'appareils sont complétés comme suit :

### *Territoire Centre*

	<b>Nombre d'implantations et nombre d'appareils</b>	
	<b>Aujourd'hui</b>	<b>A échéance du SROS III</b>
<b>Equipements matériels lourds</b>		
<b>Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons</b>	3 implantations pour 9 appareils	3 implantations pour 10 appareils
<b>Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique</b>	4 implantations pour 5 appareils	4 implantations pour 5 appareils
<b>Scanographe à utilisation médicale</b>	7 implantations pour 9 appareils	7 implantations pour 9 appareils

### *Territoire Nord Est*

	<b>Nombre d'implantations et nombre d'appareils</b>	
	<b>Aujourd'hui</b>	<b>A échéance du SROS III</b>
<b>Equipements matériels lourds</b>		
<b>Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons</b>		
<b>Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique</b>	1 implantation pour 1 appareil	1 implantation pour 1 appareil
<b>Scanographe à utilisation médicale</b>	1 implantation pour 1 appareil	3 implantations pour 3 appareils

### *Territoire Nord Ouest*

	<b>Nombre d'implantations et nombre d'appareils</b>	
	<b>Aujourd'hui</b>	<b>A échéance du SROS III</b>
<b>Equipements matériels lourds</b>		
<b>Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons</b>	1 implantation pour 1 appareil	1 implantation pour 1 appareil
<b>Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique</b>	2 implantations pour 2 appareils	2 implantations pour 2 appareils
<b>Scanographe à utilisation médicale</b>	4 implantations pour 4 appareils	5 implantations pour 5 appareils

**Territoire Sud Est**

<b>Nombre d'implantations et nombre d'appareils</b>	
<b>Aujourd'hui</b>	<b>A échéance du SROS III</b>

**Equipements matériels lourds**

<b>Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons</b>		
<b>Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique</b>	1 implantation pour 1 appareil	1 implantation pour 1 appareil
<b>Scanographe à utilisation médicale</b>	3 implantations pour 3 appareils	3 implantations pour 3 appareils

**Territoire Sud Ouest**

<b>Nombre d'implantations et nombre d'appareils</b>	
<b>Aujourd'hui</b>	<b>A échéance du SROS III</b>

**Equipements matériels lourds**

<b>Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons</b>	1 implantation pour 1 appareil	1 implantation pour 1 appareil
<b>Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique</b>	2 implantations pour 2 appareils	2 implantations pour 2 appareils
<b>Scanographe à utilisation médicale</b>	3 implantations pour 3 appareils	5 implantations pour 6 appareils

## **Cancérologie**

Le chapitre III.3.2.2.3 intitulé "**Douleurs cancérologiques et soins de support**" est complété comme suit :

Les douleurs cancérologiques sont de diverses origines : la maladie, les soins, les séquelles et la fin de vie.

Elles nécessitent une prise en charge qui peut relever du médecin généraliste, du médecin spécialiste référent du patient et/ou nécessiter le recours à un médecin de la douleur.

L'ensemble des moyens techniques à disposition des soignants doit être utilisé pour éviter de provoquer des douleurs notamment iatrogènes.

Des protocoles de repérage de la douleur par les infirmières sont à mettre en place dans les établissements accueillant des patients atteints de cancer.

Cette prise en charge de la douleur chez le patient atteint de cancer est à intégrer dans l'organisation des soins de support.

Les soins de support se définissent comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux patients tout au long de leur maladie conjointement aux traitements oncologiques ou onco-hématologiques spécifiques. Ils répondent principalement à la prise en compte de la douleur, de la fatigue, des problèmes nutritionnels, des troubles digestifs, des troubles respiratoires et génito-urinaires, des troubles moteurs et des handicaps, des problèmes odontologiques, des difficultés sociales, de la souffrance psychique, des perturbations de l'image corporelle et de l'accompagnement de fin de vie. L'accès aux soins de support devra être mis en place dans tous les établissements autorisés pour le traitement du cancer.

**Dans ce cadre, il est préconisé un renforcement des services sociaux. Les patients sont souvent confrontés pendant leur maladie ou en fin de traitement à des problématiques financières, d'aide à domicile, de réinsertion ou de reclassement professionnel.**

Le chapitre III.3.2.3.2 intitulé "**Chimiothérapie**" est complété comme suit :

Pour les trois établissements reconstituant sur un site unique, la préparation de leurs chimiothérapies devra être mise sous la responsabilité du pharmacien de l'établissement et du personnel dédié devra être affecté à la reconstitution.

Associés aux onze unités centralisées de reconstitution des cytotoxiques (URC) existantes, la région disposera de quatorze établissements répondant aux critères qualité de préparation des cytotoxiques. Ce nombre est jugé suffisant pour couvrir les besoins de la population sans que soient mises en place de nouvelles unités. Les établissements n'assurant la préparation que de quelques poches doivent revoir leur organisation.

Il est également recommandé que tout établissement autorisé pour l'activité de chimiothérapie puisse accueillir des patients en hospitalisation de jour. Cet accueil devra se faire dans des locaux dédiés conformément aux textes réglementaires en vigueur et avec présence sur place d'un médecin durant la réalisation des chimiothérapies.

La décision de mise en œuvre d'une chimiothérapie est prise en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

L'exécution et la mise en œuvre seront réalisées selon les conditions définies par l'Institut national du cancer (INCA).

**La réalisation de la chimiothérapie se fera de préférence dans l'établissement le plus proche du domicile du patient dans le respect des procédures d'administration définies dans les référentiels régionaux d'une part, et des recommandations de l'INCA d'autre part.**

Dans tous les cas, les modifications de traitement, par rapport à la décision de la RCP, seront justifiées dans le dossier médical du patient par le médecin à qui en a été déléguée l'exécution. Les changements thérapeutiques majeurs justifient une nouvelle discussion en RCP.

Le chapitre III.3.2.3.3 intitulé "**Radiothérapie**" est remplacé par le texte suivant :

**Le SROS 3 maintient le principe de quatre centres de radiothérapie sur la région (annexe 2.5). En 2006, 9 accélérateurs seront installés sur la Basse Normandie.**

Historiquement l'agglomération caennaise dispose de la majorité des accélérateurs (7/9 en 2006) tandis que les deux territoires "Est" en sont dépourvus. Les deux territoires "Ouest" disposent chacun d'un appareil.

La réglementation préconise deux accélérateurs par centre de radiothérapie et des normes de personnel pour le fonctionnement. Le bilan réalisé met en évidence une insuffisance des moyens humains dans les services de radiothérapie. Un renforcement des personnels est donc nécessaire pour pouvoir appliquer la réglementation.

Concernant l'installation d'un deuxième accélérateur dans les établissements des territoires "Ouest", elle devra être évaluée en fonction des besoins de la population et de la démographie des radiothérapeutes et radiophysiciens.

L'agglomération de Cherbourg qui de par sa situation géographique a suscité l'implantation d'un centre de radiothérapie, ne dispose pas à ce jour d'une activité de radiothérapie permettant l'implantation d'un deuxième appareil. Il en est de même de la région d'Avranches qui avec deux accélérateurs serait en sous-activité.

Par contre la modernisation technologique devra se poursuivre afin de permettre sur l'ensemble de la région l'accès à des méthodes de radiothérapie moderne.

Dans le chapitre III.3.2.3.4 intitulé "**Psycho oncologie**", la phrase : "*Mettre en place le dispositif d'annonce dans les établissements autorisés pour le traitement du cancer. Ce dispositif d'annonce comprendra, après l'annonce de la maladie ou du traitement par le médecin, la possibilité pour le patient d'avoir une deuxième consultation par des infirmières formées ou des psychologues.*" est supprimée.

Le chapitre III.3.2.4 intitulé "**Aspects qualitatifs, continuité des soins : liens entre les niveaux**", est modifié comme suit :

L'amélioration de la qualité des soins nécessite une harmonisation de la prise en charge des patients atteints de cancer par :

- La discussion et/ou l'enregistrement de tous les dossiers en RCP avec établissement d'une fiche qui devra être informatisée.
- La mise en place des centres de coordination en cancérologie (3C). Tout établissement autorisé pour le traitement du cancer devra être rattaché à un centre de coordination. Les missions de ces 3C sont obligatoires.
- L'application des référentiels régionaux de bonnes pratiques validés par le réseau régional de cancérologie. L'application des référentiels fera l'objet d'audit interne par les 3C. Un suivi des bonnes pratiques devra être mis en place,
- **Le circuit du médicament depuis la prescription jusqu'à l'administration au patient devra respecter les textes en vigueur et évoluer vers une informatisation complète.**

#### **La mise en place du dispositif d'annonce**

Le dispositif d'annonce devra faire partie intégrante de la prise en charge des patients. Il devra être mis en place dans tous les établissements autorisés pour le traitement du cancer, et être systématiquement proposé à tous malades atteints de cancer.

Il a pour objectif d'informer le patient sur sa maladie et les traitements qui lui sont proposés mais il a également un rôle de soutien, d'écoute et d'accompagnement du malade et de ses proches.

Il comprendra plusieurs temps :

- un temps médical qui correspond à l'annonce du diagnostic puis de la décision thérapeutique. A l'issue de ce temps médical, le Programme Personnalisé de Soins sera remis au patient.
- un temps d'accompagnement soignant réalisé lors de consultations paramédicales. Ces consultations ont un rôle d'écoute, de soutien, d'explication, de repérage des besoins psychologiques et sociaux et d'orientation vers les soins de support. Elles seront systématiquement proposées aux patients.
- un temps d'accès aux soins de support, soit à la demande du patient, soit en cas de risque repéré par le médecin ou les soignants. Les soins de support se définissent comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux patients tout au long de leur maladie conjointement aux traitements oncologiques ou onco-

hématologiques spécifiques. Ils répondent principalement à la prise en compte de la douleur, de la fatigue, des problèmes nutritionnels, des troubles digestifs, des troubles respiratoires et génito-urinaires, des troubles moteurs et les handicaps, des problèmes odontologiques, des difficultés sociales, de la souffrance psychique, des perturbations de l'image corporelle et de l'accompagnement de fin de vie.

- une information du médecin traitant

#### **Le respect des délais, un enjeu reconnu.**

Pour la radiothérapie, une réduction des délais est à rechercher par l'optimisation de l'organisation interne des établissements, par exemple :

- Amélioration des horaires d'ouverture,
- Recouvrement des équipes,
- Temps pris pour la maintenance et les contrôles,
- Gestion des urgences,
- Utilisation d'outils de gestion informatisés,
- Polyvalence des machines et du personnel, etc.

Pour améliorer ces délais de prise en charge, la modernisation du parc technologique doit être également poursuivie.

En chirurgie, l'amélioration des délais de prise en charge devra également être recherchée.

Par ailleurs, il faut souligner des durées de séjour très variables pour une même pathologie selon les établissements.

#### **Formation et information**

Sur le plan qualitatif, la formation requise pour la chirurgie carcinologique a été définie par les sociétés savantes ainsi que certains seuils minimaux d'activité nécessaires à une pratique de qualité.

**Concernant la formation continue, il est préconisé que soit proposées à l'ensemble du personnel, médical et paramédical, des journées annuelles de formation.**

L'échange d'information entre professionnels, le plus rapidement possible, apparaît comme un élément qualitatif important qu'il s'agisse d'échanges entre établissement de recours et établissement de prise en charge ou d'échanges ville-hôpital.

Cette circulation de l'information passe par le développement des systèmes d'information permettant la mise en place progressive du dossier médical personnel.

## Périnatalité – Assistance médicale à la procréation

Dans le chapitre V.2 intitulé "Quantification régionale", la quantification relative aux activités biologiques d'assistance médicale à la procréation synthétisée sur 2 lignes (activité de recueil, de traitement, conservation de gamètes et cession de gamètes issus du don, activité biologique d'assistance médicale à la procréation) est remplacée par le tableau suivant :

### Activités biologiques

Territoire de santé		Niveau	Implantations	
			Autorisées à ce jour	Prévues à échéance 2011
<b>Centre</b>	Intra conjugal	Recueil, traitement du sperme	2	3
		FIV avec ou sans micromanipulation	1	2
		Conservation des gamètes et des embryons	1	1
	En vue de dons	Recueil, traitement du sperme	1	1
		Conservation des embryons en vue de leur accueil	1	1
<b>Nord Est</b>	Intra conjugal	Recueil, traitement du sperme	1	1
		FIV avec ou sans micromanipulation	0	0
		Conservation des gamètes et des embryons	0	0
	En vue de dons	Recueil, traitement du sperme	0	0
		Conservation des embryons en vue de leur accueil	0	0
<b>Nord Ouest</b>	Intra conjugal	Recueil, traitement du sperme	2	3
		FIV avec ou sans micromanipulation	1	1
		Conservation des gamètes et des embryons	1	1
	En vue de dons	Recueil, traitement du sperme	0	0
		Conservation des embryons en vue de leur accueil	0	0
<b>Sud Est</b>	Intra conjugal	Recueil, traitement du sperme	0	1
		FIV avec ou sans micromanipulation	0	0
		Conservation des gamètes et des embryons	0	0
	En vue de dons	Recueil, traitement du sperme	0	0
		Conservation des embryons en vue de leur accueil	0	0
<b>Sud Ouest</b>	Intra conjugal	Recueil, traitement du sperme	1	1
		FIV avec ou sans micromanipulation	0	0
		Conservation des gamètes et des embryons	0	0
	En vue de dons	Recueil, traitement du sperme	0	0
		Conservation des embryons en vue de leur accueil	0	0

### Activités cliniques (sans changement)

Territoire de santé	Implantations	
	Autorisées à ce jour	Prévues à échéance 2011
Centre	1	1 ou 2
Nord-Ouest	1	1

## Références réglementaires

Le document publié comporte quelques erreurs ou imprécisions de libellé concernant des références législatives et réglementaires :

Thématique du SROS III	Chapitre concerné	Référence erronée ou imprécise	Référence corrigée
Prise en charge des personnes atteintes de cancer	III.3.1.1	Circulaire du 2 mai 2002 relative à la radiothérapie	Circulaire du <b>3</b> mai 2002 relative à la radiothérapie
Prise en charge des personnes atteintes de cancer	III.3.5.1.1	Circulaire DHOS n°2004-16	Circulaire DHOS n°2004- <b>161</b>
Prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins	III.6.2.1.6	Circulaire DGAS n°1342 du 13 octobre 2000	Circulaire <b>DGAC</b> n°1342 du 13 octobre 2000
Périnatalité	III.9.2.3	Circulaire du 4 mars 2004	Circulaire du 4 <b>février</b> 2004
Périnatalité	III.9.6.2.2	Circulaire du 10 janvier 2000	Circulaire <b>MES/CAB/2000 001</b> du 10 janvier 2000
Prise en charge des enfants et des adolescents	III.10.4.3.3	Circulaire du 31 avril 2002	Circulaire du <b>30</b> avril 2002 <b>relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé</b>