

L'AIDE MEDICALE URGENTE

EN BASSE-NORMANDIE

Rapport

présenté au Conseil Economique et Social Régional de Basse-Normandie

par Gilbert DELACOTTE

Septembre 2007

REMERCIEMENTS

Le Rapporteur tient à remercier tous les acteurs de l'Aide Médicale Urgente contactés par le CESR pour leur contribution à l'élaboration de ce document.

Il remercie particulièrement Eléonore PLANTET, Chargée d'Etudes au CESR, pour toutes les recherches qu'elle a effectuées et pour le travail d'information et d'analyse qu'elle a su réaliser avec compétence.

SOMMAIRE

AVANT PROPOS	1
INTRODUCTION	3
PARTIE I - L'AMU : PRINCIPE DE FONCTIONNEMENT ET CONTEXTE REGIONAL	5
1.1. ASPECTS THEORIQUES ET PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT DE L'AMU	5
1.1.1. Présentation de la notion de chaîne de secours	5
1.1.1.1. Définition	5
1.1.1.2. Le fruit d'un travail empirique	5
1.1.2. Retour sur le cas français.....	6
1.1.2.1. La notion de secours à travers les âges.....	6
1.1.2.1.1. Les évolutions de la deuxième moitié du 20 ^{ème} siècle.....	6
1.1.2.1.2. Le tournant des années 1960 : émergence de la notion de transport sanitaire et les premiers SAMU	7
1.1.2.1.3. Vers une organisation multi-dimensionnelle et une institutionnalisation de l'AMU.....	7
1.1.2.2. Descriptif du déroulement théorique du processus de réponse à la demande d'urgence	8
1.2. CONTEXTE REGIONAL ET PARAMETRES TERRITORIAUX.....	9
1.2.1. Descriptif de la situation démographique	9
1.2.1.1. Population et croissance sur le territoire	9
1.2.1.2. Enjeux d'évolution de la population.....	10
1.2.2. Facteurs territoriaux	13
1.2.2.1. L'état des infrastructures routières.....	13
1.2.2.2. Quelques données significatives relatives aux accidents de la route.....	13
1.2.2.3. Technologies nouvelles et couverture régionale	15
1.2.3. Facteurs médicaux.....	18
1.2.3.1. Causes médicales de décès	18
1.2.3.2. L'offre de soins hospitaliers.....	19
1.2.3.3. Les pharmacies.....	21
1.2.3.4. Eléments de démographie médicale	22
1.2.3.4.1. Un vieillissement ciblé	26
1.2.3.4.2. Inégalité territoriale.....	28
1.2.3.4.3. Des difficultés comparables chez les spécialistes.....	29
1.2.3.5. Derniers éléments caractéristiques : tourisme et événements ponctuels.....	30
PARTIE II - LES INTERVENANTS DE L'AIDE MEDICALE URGENTE	33
2.1. DES INTERVENANTS AU PLUS PRES DU TERRAIN.....	33
2.1.1. Les médecins libéraux.....	33
2.1.1.1. Présentation générale d'une profession	33
2.1.1.1.1. Eléments contextuels	33
2.1.1.1.2. Médecins libéraux et AMU	33
2.1.1.2. La Permanence Des Soins : principe de fonctionnements généraux.....	34
2.1.1.2.1. Définition de la PDS	34
2.1.1.2.2. Présentation des Maisons Médicales de Gardes (MMG)	39
2.1.1.2.3. PDS et SOS Médecins	40
2.1.1.2.4. PDS et services d'urgences	41
2.1.1.3. L'organisation régionale	42
2.1.1.3.1. Le Calvados	43
2.1.1.3.2. La Manche	48
2.1.1.3.3. L'Orne	52
2.1.1.3.4. Médecins correspondants du SAMU.....	54
2.1.2. Le SAMU-Centre 15.....	56
2.1.2.1. Retour sur le Service d'Aide Médicale Urgente.....	56
2.1.2.1.1. Présentation	56
2.1.2.1.2. Missions spécifiques	56
2.1.2.2. Le Centre 15	56
2.1.2.2.1. Présentation	56
2.1.2.2.2. La mission opérationnelle quotidienne	56
2.1.2.3. Point sur le personnel	57
2.1.2.3.1. Les Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale (PARM).....	57

2.1.2.3.2.	Les médecins régulateurs	57
2.1.2.4.	La formation professionnelle	60
2.1.2.4.1.	Le Centre d'Enseignement et de Soins d'Urgence (CESU).....	60
2.1.2.4.2.	Illustration des domaines d'activité du CESU.....	61
2.1.2.5.	Rappel des chiffres nationaux.....	62
2.1.2.6.	L'organisation en Basse-Normandie	62
2.1.2.6.1.	Le SAMU-Centre 15 du Calvados	62
2.1.2.6.2.	Le SAMU-Centre 15 de la Manche.....	63
2.1.2.6.3.	Le SAMU-Centre 15 de l'Orne	65
2.1.3.	Les SMUR.....	68
2.1.3.1.	Présentation	68
2.1.3.1.1.	Historique	68
2.1.3.1.2.	Contexte législatif et réglementaire	68
2.1.3.2.	Au niveau régional	69
2.1.3.2.1.	Répartition territoriale	69
2.1.3.2.2.	Activités.....	71
2.1.4.	Les SDIS.....	73
2.1.4.1.	Présentation	73
2.1.4.1.1.	Les missions générales.....	74
2.1.4.1.2.	Petit détour historique	74
2.1.4.1.3.	L'organisation administrative et opérationnelle du SDIS	74
2.1.4.1.4.	Les moyens matériels et de communication	77
2.1.4.1.5.	Activités au niveau national.....	79
2.1.4.1.6.	Financement et dépenses des SDIS	80
2.1.4.1.7.	Point sur le personnel.....	81
2.1.4.2.	L'organisation régionale	82
2.1.4.2.1.	Le Calvados	82
2.1.4.2.2.	La Manche	85
2.1.4.2.3.	L'Orne	87
2.1.4.2.4.	Enjeux	90
2.1.5.	Les ambulanciers privés.....	91
2.1.5.1.	Présentation	91
2.1.5.1.1.	Le métier d'ambulancier privé	91
2.1.5.1.2.	La formation	91
2.1.5.1.3.	Les entreprises d'ambulanciers privées	92
2.1.5.1.4.	Présentation des ambulances	92
2.1.5.2.	La garde ambulancière	92
2.1.5.2.1.	Principes d'organisation généraux	92
2.1.5.2.2.	Au niveau bas-normand	93
2.1.5.3.	Ambulances privées et urgences	98
2.1.6.	Les services d'urgences des hôpitaux.....	100
2.1.6.1.	Présentation générale et d'ordre national.....	100
2.1.6.1.1.	Contexte actuel d'évolution réglementaire	100
2.1.6.1.2.	L'accueil des populations spécifiques	101
2.1.6.1.3.	Activités des services d'urgences sur le plan national.....	103
2.1.6.1.4.	Une formation spécifique et approfondie pour les urgentistes.....	104
2.1.6.1.5.	Le financement des services d'urgences : le système de la tarification à l'activité.....	104
2.1.6.1.6.	Un rapide retour sur le plan urgences 2004-2008	105
2.1.6.2.	Analyse au niveau régional	107
2.1.6.2.1.	Le maillage territorial	107
2.1.6.2.2.	Activités des services d'urgences dans la région	107
2.1.6.2.3.	Le taux d'hospitalisation	110
2.1.6.2.4.	Perspectives.....	111
2.1.7.	Secourisme et AMU	115
2.1.7.1.	La Croix Rouge	115
2.1.7.1.1.	Présentation	116
2.1.7.1.2.	Délégations locales	117
2.1.7.2.	Le CROSS de Jobourg	119
2.1.7.2.1.	Missions	119
2.1.7.2.2.	Activités.....	119
2.1.8.	La gendarmerie	119
2.1.8.1.	Description et fonctionnement du rôle de la gendarmerie et du 17	120
2.1.8.1.1.	Présentation	120
2.1.8.1.2.	L'interconnexion avec les autres numéros d'urgences	120
2.1.8.2.	L'activité locale et l'implantation territoriale	121

2.1.8.2.1. Le Calvados	121
2.1.8.2.2. La Manche	122
2.1.8.2.3. L'Orne	123
2.1.8.3. L'urgence sociale en Basse-Normandie.....	124
2.2. LES ACTEURS INSTITUTIONNELS ET ADMINISTRATIFS	124
2.2.1. La Préfecture.....	124
2.2.2. Le Conseil Général	125
2.2.3. L'Agence Régionale de l'Hospitalisation	125
2.2.3.1. Présentation	125
2.2.3.1.1. Généralités.....	125
2.2.3.1.2. Missions et objectifs régionaux	125
2.2.3.2. Le SROS III.....	126
2.2.3.2.1. Présentation générale	126
2.2.3.2.2. Le volet urgences	126
2.2.4. L'URCAM	128
2.2.5. La Mission Régionale de Santé.....	129
2.2.5.1. Présentation	129
2.2.5.2. La MRS et la PDS	130
2.2.6. Le CODAMU	130
PARTIE III - COOPERATION, CONCERTATION ET INTERCONNEXIONS : LA GESTION DE L'AMU	
AU QUOTIDIEN.....	133
3.1. LES RELATIONS IMPLIQUANT 2 OU 3 INTERVENANTS : DES ENGAGEMENTS COMMUNS	
POUR UNE PLUS GRANDE EFFICACITE	133
3.1.1. Médecins libéraux - SAMU - Centre 15 : objectifs et enjeux de la double régulation	133
3.1.1.1. Le Calvados	134
3.1.1.2. La Manche	135
3.1.1.3. L'Orne	138
3.1.1.4. Les relations SOS Médecins - SAMU - Centre 15.....	139
3.1.1.4.1. Caen et son agglomération	139
3.1.1.4.2. Cherbourg et son agglomération.....	139
3.1.2. Le SAMU-Centre 15 et les autres intervenants : enjeux de l'interconnexion 15-18-17 (et 112)	140
3.1.2.1. Historique.....	140
3.1.2.2. Les modalités pratiques de l'interconnexion 15-18	143
3.1.2.2.1. L'interconnexion avec conférence à trois	143
3.1.2.2.2. L'interconnexion avec transfert d'appel	143
3.1.2.3. Le déclenchement et le suivi des secours.....	144
3.1.2.4. Comment se met alors en place l'interconnexion au niveau de la région ?.....	145
3.1.2.5. La place de la gendarmerie (et police)	145
3.1.2.6. Evolutions et perspectives	146
3.1.2.7. Discussion au niveau national et régional : les centres communs 15-18 en débat	146
3.1.3. Une définition précise des rôles de chacun : retour sur les conventions tripartites	150
3.1.3.1. D'une situation clarifiée dans le Calvados.....	150
3.1.3.2. ...aux perspectives de clarification dans les départements de la Manche et de l'Orne	151
3.1.3.2.1. La Manche	151
3.1.3.2.2. L'Orne	151
3.1.3.3. D'autres coopérations spécifiques nécessitant quelques éclaircissements	152
3.2. CATASTROPHES ET URGENCES : QUELLE ORGANISATION DES SECOURS POUR DES	
EVENEMENTS DE GRANDE AMPLEUR ?	153
3.2.1. Présentation et définition : de quoi s'agit-il ?	153
3.2.2. Exemples sélectionnés de plans d'urgences de grande ampleur : quel rôle des acteurs et	
dans quel but ?.....	154
3.2.2.1. Une organisation en cours de restructuration : la nouvelle signification ORSEC	154
3.2.2.2. L'appréhension des risques naturels en Basse-Normandie	157
3.2.2.3. Les risques industriels et technologiques.....	157
3.2.2.4. Le plan rouge dans le Calvados.....	159
3.2.2.4.1. Description	159
3.2.2.4.2. Organisation opérationnelle	161
3.2.2.5. Le plan blanc.....	165
PARTIE IV - QUELLES EVOLUTIONS EN COURS ET À VENIR POUR L'AMU ? TOUR D'HORIZON	
GENERAL DES CHANGEMENTS QUI SE PROFILENT.....	167
4.1. LES INNOVATIONS DE LA TECHNOLOGIE ET DES COMMUNICATIONS	167
4.1.1. Les atouts de la télémédecine.....	167
4.1.1.1. Présentation et définition.....	167

4.1.1.2.	Informatisation des services d'urgences des hôpitaux	168
4.1.1.2.1.	Considérations générales.....	168
4.1.1.2.2.	Descriptif de l'utilisation au sein des services d'urgences	169
4.1.1.3.	Exemples à divers niveaux.....	169
4.1.1.3.1.	Au niveau de l'établissement.....	169
4.1.1.3.2.	Au niveau régional.....	169
4.1.1.4.	Analyse	172
4.1.1.5.	Cadre général de l'informatisation des urgences en Basse-Normandie.....	173
4.1.1.6.	D'autres réseaux intégrant la participation de l'hôpital.....	174
4.1.2.	Des exemples parmi d'autres de l'utilisation propice d'Internet dans la région.....	175
4.1.2.1.	Le réseau Vikman	175
4.1.2.2.	L'exemple du réseau Manche-Santé.....	175
4.1.3.	L'association SOS Médecins et l'usage d'une technologie particulièrement avancée.....	177
4.1.4.	D'autres évolutions technologiques majeures : l'utilisation de la carte à puce	178
4.2.	VERS UNE POPULATION RESPONSABLE, INFORMEE ET SENSIBILISEE	179
4.2.1.	Un cadre général d'information pour tous : les outils de sensibilisation	179
4.2.1.1.	L'initiative de l'URCAM.....	179
4.2.1.2.	Autres expériences illustratives.....	180
4.2.2.	Une sensibilisation renforcée par un volet éducatif: le rôle et la place de l'école	180
4.2.2.1.	Constatations	180
4.2.2.1.1.	Enjeux et objectifs	180
4.2.2.1.2.	Expérimentation	180
4.2.2.2.	Mise en œuvre générale	181
4.2.2.2.1.	A l'école.....	181
4.2.2.2.2.	Au collège	182
4.2.2.2.3.	Au lycée	182
4.2.2.3.	La mise en œuvre du processus en Basse-Normandie	182
4.2.2.3.1.	Le Calvados	182
4.2.2.3.2.	La Manche	183
4.2.2.3.3.	L'Orne	183
4.2.3.	Les formations au travail	183
4.2.4.	Les Défibrillateurs Automatique (DA) en libre accès	184
4.3.	LA REPONSE STRUCTURELLE AUX PROBLEMES DE DEMOGRAPHIE MEDICALE AU NIVEAU REGIONAL : ANALYSES ET ENJEUX	185
4.3.1.	Les actions régionales : des dynamiques pour l'amélioration de la démographie médicale et une nouvelle organisation de l'offre de soins	186
4.3.1.1.	L'ingénierie de regroupement.....	186
4.3.1.2.	L'accompagnement de projets	187
4.3.2.	Le transfert de compétences.....	189
4.3.3.	Enjeux européens	190
	ANNEXE.....	193
	GLOSSAIRE.....	199
	BIBLIOGRAPHIE.....	203

AVANT PROPOS

En 1987, le CESR de Basse-Normandie menait une étude sur l'Aide Médicale Urgente (AMU). En 2007, l'assemblée consultative de la région a souhaité la réactualiser afin de cerner et de comprendre les enjeux nouveaux relatifs à cette problématique.

Ainsi, ce rapport d'informations et d'analyses dresse un état des lieux de la situation dans la région bas-normande et met en avant les différents points qui pourraient à l'avenir faire évoluer l'organisation de l'Aide Médicale Urgente.

Il s'agit donc de donner à la population bas-normande une explication claire, précise et objective sur le fonctionnement des secours d'urgences.

En ce sens, ce sujet peut paraître complexe, à la fois par la multiplicité des acteurs qui entrent en jeu, par la définition du rôle de chacun et par la mise en application de ce rôle sur le terrain. Il peut sembler sensible aussi par les délimitations ambiguës des compétences de chacun, par les coordinations et coopérations qu'il ambitionne et par le fait que l'organisation de l'AMU repose principalement sur des schémas départementaux, schémas qui peuvent alors être véritablement différents d'un département à l'autre.

Ce rapport va donc être organisé en quatre parties distinctes.

En premier lieu, une présentation générale du fonctionnement de base de l'AMU au sens général du terme, ainsi qu'un éclairage sur le contexte régional et ses spécificités sont nécessaires pour une compréhension globale des enjeux du sujet.

Dans une deuxième partie, les différents intervenants de l'Aide Médicale Urgente seront présentés, qu'ils soient des acteurs de terrain, en relation directe avec le patient ou qu'ils soient des acteurs administratifs au cœur du système décisionnel. Leur rôle est défini précisément pour une organisation efficace.

La troisième partie vise à décrire et à présenter les différentes coordinations ou connexions du quotidien qui répondent à une logique d'efficacité optimale. Ces coopérations régulières peuvent aussi se faire dans le cadre de plans d'urgences plus globaux qu'il convient de présenter aussi.

Enfin, la dernière partie mettra en avant les enjeux relatifs aux diverses évolutions qui auront lieu à l'avenir ou qui sont déjà en cours de mise en œuvre et qui sont primordiales pour assurer la pérennisation du système.

INTRODUCTION

Pour introduire cette étude, un retour rapide sur quelques définitions terminologiques semble pertinent.

Le mot urgence, en premier lieu, fait référence à une multiplicité de situations et constitue alors une notion floue et ambiguë, cela autant pour le grand public que pour les professionnels de la santé qui ont tenté de la catégoriser.

Dans un dictionnaire de la langue française¹, la définition du mot urgence signifie : situation à laquelle on doit remédier sans délais, définition qui prend alors un sens large et qui englobe une vision médicale, sociale ou encore environnementale... La signification du mot urgence peut donc varier selon les contextes.

La notion d'urgence médicale est alors en rapport direct avec la médecine d'urgence, appelée aussi oxylogie. Cette dernière regroupe l'ensemble des techniques médicales et chirurgicales mises en œuvre pour faire face à une urgence vitale.

L'urgence vitale est une situation où le patient, faute de soins, risque de décéder.

Cependant, cette notion d'urgence vitale n'est pas réellement évidente à définir. Elle peut ainsi varier selon les situations médicales. Néanmoins, elle sera toujours ressentie comme relevant d'une impression de risque mortel pour les personnes qui sont victimes ou pour les témoins.

Une classification explicative a été opérée par les professionnels de santé afin de mieux appréhender cette notion d'urgence. Quatre définitions ont été retenues :

- l'urgence vitale : pathologie mettant en jeu le pronostic vital immédiatement ; on peut aussi la qualifier d'urgence absolue ou d'extrême urgence ;
- l'urgence vraie : pathologie aiguë, grave, menaçant le pronostic vital ;
- l'urgence relative : pathologie sub-aiguë ne mettant pas en jeu le pronostic vital ;
- l'urgence différée : pathologie pouvant être soignée avec délais.

Ces distinctions montrent qu'il est difficile d'établir un réel diagnostic quant à l'urgence médicale. Bien souvent, il s'agit d'une urgence ressentie comme vitale par la population. L'ambiguïté réside donc pour le monde médical et paramédical dans la difficulté d'opérer une classification dans l'un des quatre groupes cités plus haut.

La notion d'urgence revêt aussi une signification différente selon les habitudes culturelles de la population. Une urgence ne sera pas perçue de la même façon dans

¹ Dictionnaire : *Le petit Larousse illustré*, édition 2007.

un pays du tiers monde ou dans le monde occidental. Par ailleurs, une urgence médicale ne sera pas non plus vécue de la même manière selon le degré de sensibilisation de la population à ces thématiques (connaissances médicales ou non, connaissances des gestes de survie...) ou encore selon son rapport au médecin traitant (degrés d'écoute et relations...).

Ce détour sur la notion d'urgence était alors nécessaire pour présenter celle d'Aide Médicale Urgente (AMU).

L'AMU est le dispositif mis en place pour apporter une aide médicale aux personnes victimes d'un accident ou d'une affection brutale et inattendue. En général, l'AMU comporte un système d'alerte, c'est-à-dire un système qui permet à la victime ou aux témoins de demander cette aide et l'intervention des services mobiles.

L'AMU se pense donc en complémentarité avec une chaîne de secours, des intervenants, des acteurs de l'urgence qui, selon leurs rôles respectifs, vont pouvoir répondre à l'urgence médicale.

Ces intervenants seront présentés en partie II de cette étude.

Notre rapport va tenter d'expliquer à la fois comment fonctionne l'Aide Médicale Urgente dans la région, qui sont les acteurs qui interviennent, comment coopèrent-ils au quotidien mais aussi en quoi des évolutions peuvent être envisagées... Autant de questionnements qui permettent de dresser un état des lieux général de la situation en Basse-Normandie.

La première partie de l'étude se concentre sur une présentation des fonctionnements de base de l'AMU, ainsi que sur le contexte régional, les spécificités et les enjeux liés au territoire bas-normand.

PARTIE I

L'AMU : PRINCIPE DE FONCTIONNEMENT ET CONTEXTE REGIONAL

1.1. ASPECTS THEORIQUES ET PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT DE L'AMU

1.1.1. Présentation de la notion de chaîne de secours

1.1.1.1. Définition

La chaîne de secours est un processus qui consiste à mettre en place la collaboration de différents intervenants, du témoin au médecin (libéral ou hospitalier) en passant par des secouristes et ambulanciers, chacun ayant un rôle particulier à jouer. La coordination des différents intervenants se fait le plus souvent par une régulation médicale qui permet concertation et approximation. En ce sens, l'approximation est une étape nécessaire pour envoyer le nombre d'intervenants suffisants et pouvoir répondre à une autre intervention si besoin.

1.1.1.2. Le fruit d'un travail empirique

L'organisation de l'AMU ou l'organisation des secours d'urgences résulte d'une mise en pratique et d'une observation empirique des situations au fil des années et dans d'autres pays. Ainsi, le modèle français s'inspire aussi des expériences à l'étranger.

Plus généralement, trois modèles sont à distinguer :

- Le "scoop and run" (charger et courir) est une pratique anglo-saxonne qui se base sur un constat : les victimes de traumatismes graves décédaient souvent très rapidement, voire dans la première heure après le choc. C'est pourquoi la nécessité s'est peu à peu imposée d'amener la victime sur la table d'opération en moins d'une heure. Ce principe appelé aussi "golden hour" (heure d'or) est également appliqué dans d'autres pays (dont la France qui a cherché à s'en inspirer). Pour répondre à ce principe de l'heure d'or, des structures mobiles spécifiques ont été mises en place. Il s'agit d'ambulances sans médecin mais avec du personnel paramédical qui est formé à des gestes médicaux spécifiques (intubation orotrachéale, pose de voies veineuses périphériques, administration de certains médicaments...). Ces gestes sont inclus dans des protocoles. Il n'y a d'ailleurs aucune possibilité d'initiatives individuelles en dehors de ces protocoles prévus. Ces "paramedics" évacuent la victime le plus rapidement possible vers le centre hospitalier.

- Le "stay and play" (rester et jouer) résulte de la constatation par le personnel des Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et des Services Mobiles d'Urgences et de Réanimation (SMUR) français du décès des victimes d'accidents pour la plupart dans les transports vers l'hôpital. Les victimes nécessitaient alors des soins sur place et il fallait entreprendre de les stabiliser avant de les transporter. Cette méthode consiste à privilégier le fait d'agir sur le lieu même de l'accident.
- Le système appelé "paramédicalisation à la française" ou "infirmièrisation des secours" s'inspire du modèle "scoop and run". Des gestes médicaux sont alors rapidement administrés aux victimes.

Le système français prend à la fois des attributs du système anglo-saxon et se définit dans le même temps par des spécificités marquantes. Mais il est le fruit d'un travail d'observations et de plusieurs constats. Le principe de l'heure d'or est ainsi reconnu, tout comme la possibilité donnée à des secouristes d'utiliser certains types de matériel, comme le Défibrillateur Semi Automatique (DSA) par exemple.

Les enjeux de démographie médicale et les problématiques concernant les maillages territoriaux de la région peuvent aussi jouer en faveur d'un système plutôt qu'un autre.

Cependant, pour mieux comprendre le fonctionnement de base de l'AMU en France, un retour historique s'impose, ainsi qu'une description détaillée du déroulement théorique de la réponse à l'urgence.

1.1.2. Retour sur le cas français

1.1.2.1. La notion de secours à travers les âges

Les esclaves, au temps de l'antiquité, portaient pour les feux et les secours. L'empereur Auguste créa la première notion d'organisation des secours en mettant en place un corps de 600 esclaves prêts à intervenir jour et nuit.

Cette organisation a été reprise au fil des années par diverses personnalités :

- au moyen âge, ce sont les moines et les religieuses qui assurent les secours ;
- le premier corps de sapeurs-pompiers fut créé en 1716 sous le nom de "gardes pompes".

Par ailleurs, une ordonnance royale du 11 mars 1733 impose la gratuité des secours.

1.1.2.1.1. Les évolutions de la deuxième moitié du 20^{ème} siècle

L'organisation se spécialise peu à peu. Ainsi, la loi du 28 juillet 1938 du Ministère de la Défense Nationale impose le partage des tâches, la lutte contre le feu restant du domaine des sapeurs-pompiers, et les soins aux blessés dépendant du corps médical.

C'est en 1948 que le numéro d'appel téléphonique 18 voit le jour.

La circulaire du 5 janvier 1949 explique plus généralement qu'il y a une impérieuse nécessité à organiser, dans chaque département, un système plus complet de secours d'urgence, ceci dans le but d'apporter à tout moment et dans les plus brefs délais les soins indispensables à la population.

Le 17 novembre 1953 par décret est créé le service national de protection civile définissant le rôle des sapeurs-pompiers. Ceux-ci sont alors chargés des secours et de la protection tant contre les incendies que contre les périls ou accidents de toute nature menaçant la voie publique.

En 1955, un autre décret officialise une structure départementale des sapeurs-pompiers.

1.1.2.1.2. Le tournant des années 1960 : émergence de la notion de transport sanitaire et les premiers SAMU

Les premiers Véhicules de Secours et d'Assistance aux Blessés (VSAB) voient le jour dans les années 1960, aujourd'hui appelés Véhicules de Secours et d'Assistance aux Victimes (VSAV).

La circulaire du 27 juillet 1960 du Ministère de la Santé prévoit la création, à titre exceptionnel, d'antennes de réanimations routières.

Les SMUR sont créés par le décret du 12 décembre 1965. Les premiers SAMU sont créés en 1968-69 dans le but d'organiser ces SMUR.

La circulaire du 4 septembre 1973 redéfinit plus clairement le rôle des SAMU : tout SAMU doit comprendre alors un élément opérationnel (secrétariat, unités mobiles, hélistations, chambre de gardes), un élément d'accueil (triage de soins immédiat, hébergement) et un élément de réanimation d'urgence.

Les Centres 15 voient le jour par la circulaire du 6 février 1979. La même année, un arrêté du Ministère de la Santé (29 janvier 1979) habilitait les sapeurs-pompiers à effectuer des transports d'urgences de personnes en danger.

1.1.2.1.3. Vers une organisation multi-dimensionnelle et une institutionnalisation de l'AMU

La loi 86-11 du 6 janvier 1986 crée les CODAMU TS (COmité Départemental d'Aide Médicale Urgente et des Transports Sanitaires) dans chaque département. Son article 1 précise que ces CODAMU TS sont présidés par le représentant de l'Etat et comprennent notamment des représentants des collectivités territoriales. Ce Comité a pour mission de veiller à la qualité de la distribution de l'Aide Médicale Urgente et à son ajustement aux besoins de la population.

Le CODAMU est présenté dans la deuxième partie de cette étude.

Le décret n° 87-1006 du 16 décembre 1987, relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au SAMU, apporte des précisions sur le rôle du SAMU, ses missions quotidiennes et les modalités d'intervention dans des plans d'urgences plus généraux.

Enfin, et la suite de cette étude explicitera davantage ces évolutions récentes, nous pouvons citer, à titre d'exemples, deux évolutions majeures dans le fonctionnement général de l'AMU.

En 1996, la loi n° 96-369 du 3 mai, relative aux services d'incendie et de secours, précise non seulement leur rôle mais instaure la départementalisation.

La circulaire DGS/SQ n° 98-483 du 29 juillet 1998, relative à la participation des transports sanitaires privés à l'Aide Médicale Urgente, officialise la place de ces derniers comme acteurs des secours d'urgences et établit le cadre des coopérations avec les autres services.

Les derniers décrets, circulaires et lois seront présentés dans la suite de notre étude, dans leur contexte, pour une meilleure compréhension.

1.1.2.2. Descriptif du déroulement théorique du processus de réponse à la demande d'urgence

Comme pour l'étude du CESR de 1987, le déroulement théorique de la réponse à la demande d'urgence n'a pas réellement changé, si ce n'est que les moyens technologiques et humains ont évolué, ainsi que les structures qui organisent cette réponse.

L'AMU se conçoit en rapport avec une chaîne de secours (voir précédemment). Une description du processus théorique et idéal du déclenchement des secours d'urgence apparaît indispensable à la bonne compréhension de notre problématique.

Quatre phases sont alors à distinguer :

- La phase d'appel : Effectuée soit par l'intéressé lui-même, soit par un témoin, cette première phase constitue le déclenchement de la mise en route des secours. Aujourd'hui, le temps de recherche du numéro est très réduit, la majeure partie de la population ayant connaissance des numéros gratuits 15 (SAMU) ou 18 (pompiers), voire 112 (numéro d'urgence européen qui aboutit chez les sapeurs-pompiers). De plus, ces numéros sont accessibles depuis un téléphone mobile. L'appel permet alors à la personne qui le reçoit d'avoir une description plus ou moins précise de la situation, ce qui lui permet d'adapter sa réponse. Cette phase d'appel peut parfois se terminer sur un simple conseil téléphonique. Elle peut aussi donner lieu à l'enclenchement de la deuxième phase.
- La phase d'intervention primaire sur le terrain : Cette phase suppose l'intervention d'un tiers sur le terrain. Celui-ci peut être aussi bien un témoin qu'un sapeur-pompier, un gendarme ou encore un médecin. Elle consiste en :
 - . un dégagement ou une immobilisation en position de sécurité des victimes ;
 - . le diagnostic médical, basé sur le symptôme de détresse ;
 - . la pratique de gestes de survie ;
 - . la prise de mesures de première urgence ;
 - . la coordination des appels vers la structure opérationnelle la plus adaptée ;
 - . la mise en condition optimum de transport dans des véhicules médicalisés.Cette deuxième phase est alors primordiale dans le sens où elle conditionne complètement la survie ou l'avancée des soins du patient. C'est une étape nécessaire et souvent vitale.
- La troisième phase ou phase d'intervention des secours dit d'urgences et de mise en condition pour le transport : Selon le degré de l'urgence et la nature du problème, le régulateur de l'appel (terme qui sera défini ultérieurement) envoie un

moyen approprié aux soins demandés. Cette phase met en jeu, sur les lieux de détresse, les techniques primaires d'intervention. Il s'agit en effet de mettre en place les conditions pour que les services d'intervention primaire (premier transport vers le centre de soin et non secondaire, (qui est un transport d'un centre de soin à un autre), interviennent convenablement. Le Centre de Réception et de Régulation de l'Appel enverra donc, selon le cas, une ambulance, un Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes (VSAV) pompier ou encore un SMUR. Lors de cette troisième phase, il ne s'agit plus d'une intervention secouriste mais de réanimation à proprement parler. Ce sont alors des spécialistes qui interviennent.

- La quatrième phase est appelée phase d'accueil dans les services d'urgence : L'accueil se fait aux services d'urgences même, là où d'autres personnes peuvent s'être rendues sans avoir pris le soin d'appeler avant un centre d'appel gratuit. Des médecins anesthésistes-réanimateurs se chargent d'accueillir les patients et de les répartir dans les services compétents.

Sur le territoire bas-normand, les services d'urgences sont organisés de façon à mettre en place un équilibre de proximité et permettent donc à tout patient de ne pas avoir une trop grande distance à parcourir.

Ce descriptif global permet de mieux cerner le fonctionnement de base de la mise en place des secours d'urgences et de fixer les grands cadres théoriques.

Aujourd'hui, certains enjeux sont liés à une vision différente des secours d'urgence, de la façon dont il est possible de parvenir à l'efficacité de l'AMU et également, à la nécessité de s'adapter au territoire et à ses spécificités, aux nouvelles technologies, à la démographie médicale et paramédicale...

1.2. CONTEXTE REGIONAL ET PARAMETRES TERRITORIAUX

L'organisation de l'Aide Médicale Urgente suppose de prendre en compte différents paramètres territoriaux. La région Basse-Normandie offre diverses spécificités autant géographiques que démographiques.

Quelles sont alors les originalités bas-normandes qui font son identité ?

1.2.1. Descriptif de la situation démographique

1.2.1.1. Population et croissance sur le territoire

La Basse-Normandie au 1^{er} janvier 2004 comptait 1 441 833 habitants. En 2000, la population était estimée à 1 427 246. La variation annuelle fut donc de 0,25 % sur ces quatre années.

Au niveau national, pour les mêmes années références, l'augmentation moyenne annuelle sur l'ensemble des régions fut de 0,64 %.

Certaines régions ont eu une progression annuelle du nombre de leurs habitants entre 2000 et 2004 de 1,20 % (Midi-Pyrénées), voire de 1,46 %

(Languedoc-Roussillon), soit beaucoup plus importante que la moyenne nationale. A l'inverse, d'autres régions ont eu une croissance de leur population négative sur ces quatre mêmes années (- 0,10% pour la Champagne-Ardenne par exemple).

La Basse-Normandie compte aujourd'hui environ 1,429 million d'habitants, selon une estimation de l'INSEE².

La densité de population en Basse-Normandie en 2004 est de 82 habitants au km² pour une moyenne française de 111 habitants/km². Cependant, cette moyenne bas-normande cache aussi des disparités importantes. La densité de population en 2004 dans le Calvados est de 120 habitants au km², de 82 habitants dans la Manche et 48 habitants dans l'Orne.

1.2.1.2. Enjeux d'évolution de la population

Le taux de natalité bas-normand pour cette même année 2004 s'élève à 11,8 naissances pour 1 000 habitants, la moyenne française étant de 12,7 naissances pour 1 000 habitants.

Le taux brut de mortalité est de 9,3 décès pour 1 000 habitants, la moyenne française s'élevant à 8,4.

Le taux de mortalité infantile en moyenne pour les années 2001-2003 est de 4,3 pour 1 000 naissances en Basse-Normandie, un taux légèrement supérieur à la moyenne française qui est de 4,2 pour 1 000 naissances.

L'indice de vieillissement de la population (indice qui se compose du nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans) s'élève à 71,9 en Basse-Normandie pour 65,3 en France, toujours en 2004. Cet indice constitue aussi un outil statistique majeur quant à la présentation de la situation régionale. Il diffère selon les départements : il s'élève à 61,4 pour le Calvados, 80,7 pour la Manche et 82,4 pour l'Orne pour l'année 2004, disparités infrarégionales ici encore non négligeables pour la planification d'une offre de soins équilibrée.

Dans l'étude intitulée "L'état de santé de la population en France en 2006" faite par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), une comparaison est établie entre l'espérance de vie féminine et l'espérance de vie masculine.

Au niveau national, l'espérance de vie à la naissance s'élève à 76,7 ans pour les hommes et à 83,8 pour les femmes, différence que l'on retrouve au niveau régional. En Basse-Normandie, cette espérance de vie est comprise entre 82,9 et 83,2 ans pour les femmes, tandis que celle des hommes est comprise entre 74,9 et 75,7 ans en 2006.

La région bas-normande, au regard de la mise en place de l'organisation des secours d'urgences, doit tenir compte de sa situation par rapport à la moyenne nationale. La Basse-Normandie est alors souvent en décalage, soit en deçà, soit au-delà des chiffres nationaux et elle doit aussi s'adapter à la dimension infrarégionale ou départementale qui présente des différences démographiques non négligeables. L'AMU intègre souvent des dimensions départementales.

² Enquête annuelle de recensement, population estimée au 1^{er} janvier 2006.

CARTE "INDICE DE VIELLISSEMENT"

CARTE "LES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 75 ANS"

1.2.2. Facteurs territoriaux

Les dispositifs de l'Aide Médicale Urgente s'organisant aussi en fonction des bassins de population, les enjeux démographiques sont des facteurs explicatifs majeurs. Cependant, ils ne sont pertinents dans cette étude que dans le cadre d'une complémentarité avec les facteurs territoriaux ou d'aménagement du territoire.

1.2.2.1. L'état des infrastructures routières

En Basse-Normandie, les grands axes routiers sont en bonne voie d'amélioration.

Dans l'étude du CESR sur "Les zones de fractures territoriales en Basse-Normandie" de juin 2006, un document cartographique présente les infrastructures routières en Basse-Normandie.

Ce document montre que la région bas-normande dispose d'un ensemble de voies rapides et d'autoroutes propres à un aménagement du territoire plus performant. Les autoroutes sont toutes relativement récentes et donc par extension en bon état global. Il reste néanmoins une zone mal irriguée située entre le triangle Caen - Avranches - Alençon.

1.2.2.2. Quelques données significatives relatives aux accidents de la route

Selon l'étude de la DREES sur "L'état de santé de la population en France en 2006", le nombre de tués sur les routes en 2005 au niveau national s'élevait à 5 318 personnes.

En 2006, selon l'observatoire national interministériel de sécurité routière³ et son rapport du 8 janvier 2007, le nombre de tués sur les routes était de 4 703 personnes, soit une baisse significative de 13 % environ en une année.

Par ailleurs, 144 personnes ont été tuées sur les routes en 2005 pour 1 554 accidents et 1 015 blessés furent hospitalisés, selon l'observatoire régional de la sécurité routière⁴.

Cependant, des disparités existent entre les départements bas-normands. Ainsi le Calvados compte 65 tués pour 606 accidents et 447 blessés hospitalisés ; la Manche : 591 accidents, 44 tués et 347 blessés hospitalisés ; l'Orne : 277 accidents, 35 tués et 221 blessés hospitalisés.

Egalement, si l'on regarde le nombre d'accidents par type de routes en Basse-Normandie, les routes départementales totalisent 68 % du nombre de tués, les routes nationales 16 % et les autoroutes 3 %. Au niveau national, ces chiffres sont respectivement de 54 %, de 21% et de 6 %. La Basse-Normandie se situe alors en dessous des chiffres nationaux, notamment pour les autoroutes et les routes nationales. En revanche pour les routes départementales, la région est nettement au dessus des chiffres nationaux. Ces différences ont une signification quant à la mise en place de l'AMU.

³ "Les accidents corporels de la circulation routière, les résultats de décembre et le bilan de l'année 2006", n° 82 - 8 janvier 2007.

⁴ "La sécurité routière en Basse-Normandie" - octobre 2006.

CARTE "LES RESEAUX DE COMMUNICATION EN BASSE-NORMANDIE"

1.2.2.3. Technologies nouvelles et couverture régionale

Les enjeux concernant les technologies de communications et d'informations sont à prendre en compte dans un état des lieux de l'aménagement du territoire bas-normand. La mise en valeur du territoire et la notion d'accessibilité doivent aussi se comprendre en fonction de la couverture téléphonique et de la couverture du réseau Internet.

Les accidents de la route par exemple (comme d'autres demandes de secours d'urgences sur la voie publique) nécessitent, pour avoir une réponse rapide, un appel téléphonique (nous l'avons vu précédemment). Or, dans ce domaine, différentes évolutions ont eu lieu.

Ainsi, aujourd'hui, même si sur les autoroutes et les voies rapides des bornes téléphoniques de secours sont en place (tous les 2 km environ), la population a désormais accès, et de façon de plus en plus générale, à la téléphonie mobile.

Il est courant maintenant d'appeler les secours d'urgences de son téléphone mobile plutôt que d'un téléphone fixe ou public.

Cependant, cette nouvelle habitude ne concerne pas encore l'ensemble de la population et certaines zones du territoire ne sont toujours pas couvertes par l'un des 3 opérateurs (ou par les 3 ensemble) que sont Bouygues Télécom, Orange ou SFR.

En Basse-Normandie, peu de territoires ne sont pas couverts par ces opérateurs de téléphonie mobile. Il existe néanmoins quelques zones isolées le long de la frontière entre le Calvados et l'Orne, entre la Manche et l'Orne, d'un large périmètre entre Alençon et Argentan et d'une partie du Perche Ornais.

Sur ces zones isolées, il est alors plus difficile pour une victime d'accident de joindre les secours d'urgences.

Par ailleurs, les données concernant les réseaux haut débit et couverture Internet sont à intégrer dans cette étude. L'accès à l'information concernant l'Aide Médicale Urgente peut se faire aussi via la toile.

C'est pourquoi l'observatoire des territoires de la DIACT en 2005 a établi une carte présentant le nombre d'opérateurs offrant un service haut débit sur les communes, pour la région bas-normande.

Cette couverture, performante dans la Manche notamment grâce au programme "Manche numérique", permet en outre de favoriser des initiatives comme la mise en place d'un réseau "Manche Santé" permettant à la population d'avoir de plus amples informations sur l'organisation de la santé dans le département et aux professionnels de communiquer certaines informations entre eux. Nous verrons en partie IV davantage de détails sur le réseau "Manche-Santé".

CARTE "LA COUVERTURE EN TELEPHONIE MOBILE"

CARTE "LA COUVERTURE HAUT DEBIT"

1.2.3. Facteurs médicaux

Après les facteurs démographiques et territoriaux ou d'aménagement du territoire, aborder les facteurs médicaux semble être une étape nécessaire pour mieux présenter la région bas-normande dans le cadre de cette étude.

1.2.3.1. Causes médicales de décès

Les causes médicales de décès sont un des éléments à prendre en compte dans cette analyse sur l'Aide Médicale Urgente.

D'après les statistiques 2006 réalisées par la DREES, en Basse-Normandie, les causes principales de décès chez les hommes au niveau médical seraient les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire.

Chez les femmes, les mêmes causes sont relevées, mais les maladies de l'appareil circulatoire sont plus nombreuses que les tumeurs.

Causes de décès	Nb de décès des homes en Basse-Normandie	Nb de décès des femmes en Basse-Normandie
Maladies infectieuses et parasitaires	123	139
<i>dont sida et maladies à VIH</i>	8	6
Tumeurs	2 374	1 526
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	174	252
Troubles mentaux et du comportement	184	260
<i>dont abus d'alcool (y c psychose alc.)</i>	65	18
Maladies du système nerveux et des organes des sens	263	326
Maladies de l'appareil circulatoire	1 867	2 086
Maladies de l'appareil respiratoire	429	391
Maladies de l'appareil digestif	308	240
Maladies de l'appareil génito-urinaire	106	98
Causes externes de blessure et empoisonnements	689	422
<i>dont suicides</i>	256	95
<i>dont accidents de transport</i>	140	52
Symptômes, états morbides mal définis et autres causes	443	680
Total toutes causes	6 960	6 420

Causes médicales de décès - nombre de décès tous âges selon la cause en 2002

Source : INSERM - Cepidc - STATISS 2006, les régions françaises

Les maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire sont fréquemment citées comme des causes d'interventions des secours d'urgences et en ce sens concernent directement l'AMU.

En parallèle à l'explication des causes médicales de décès chez les hommes comme chez les femmes, d'autres paramètres sont à prendre en considération. Ainsi plusieurs évolutions au sein de la société française ont été remarquées depuis quelques années.

Le surpoids et l'obésité sont des nouveaux phénomènes pouvant influencer l'organisation de la santé et par extension l'organisation de l'Aide Médicale Urgente au niveau national comme régional.

La DREES, dans son étude sur "La santé de la population en France en 2006", indique que le nombre de personnes obèses n'a cessé de croître depuis les années 1990.

11 % des hommes comme des femmes sont concernés par l'obésité, 14 à 20 % des enfants français sont en surcharge pondérale, tandis que 4 % sont obèses. Ces chiffres varient selon le degré d'appartenance ou non à un milieu socio-économique élevé, et souvent les plus touchés sont les moins riches économiquement.

D'autres phénomènes sont également à souligner. Ils peuvent aussi accentuer le nombre d'interventions médicales. Le nombre de cancers, les risques liés à l'environnement (la canicule de 2003 avait provoqué une augmentation sensible de la mortalité au niveau national), les accidents de la vie courante en sont des exemples.

1.2.3.2. L'offre de soins hospitaliers

Notre analyse va se consacrer à un bref état des lieux du nombre de services d'urgences dans la région.

Dans le volet urgences du SROS III⁵, révisé en septembre 2006, nous pouvons consulter un tableau présentant la couverture territoriale en terme de structures d'accueil des urgences.

Il existe 7 secteurs sanitaires dans la région et 23 hôpitaux disposant de services d'urgences (si le site de Mamers dans le Sarthe est intégré). De plus, les sites de Saint Hilaire du Harcouët et de Aunay sur Odon (non mentionnés dans le tableau ci-après) étaient intégrés comme sites de permanence d'accès aux soins assurant un maillage adéquat du territoire (structures des urgences aujourd'hui).

⁵ Voir explication du SROS III en partie II, point sur l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et ses missions.

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

Selon les décrets n° 95-647 du 9 mars 1995 et n° 97-5165 du 30 mai 1997, l'accueil des urgences relève d'une codification.

Les Services d'Accueil et de traitements des Urgences (SAU) sont au centre d'une organisation hiérarchique et coordonnée. Les SAU doivent pouvoir prendre en charge n'importe quel type d'urgence qui se présente.

Ces établissements doivent disposer de services médicaux et chirurgicaux spécialisés (réanimations, scanners locaux pour l'accueil, les examens et les surveillances, personnels dédiés pour les services d'accueil des urgences...).

Les autres structures sont les Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU). Ces établissements accueillent également

⁶ Service d'Accueil et de traitement des Urgences.

⁷ Unité de Proximité d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences.

tout patient qui se présente et répondent à la demande de soins de ceux correspondant à leurs moyens humains et matériels. Ils orientent aussi vers d'autres structures ayant des moyens plus adéquats, dans le cadre de contrats relais passés avec celles-ci.

Les UPATOU disposent alors d'au minimum un service de médecine d'hospitalisation complète, d'un plateau technique comprenant radiographie, échographie, laboratoire, de locaux (trois zones : accueil, examen, surveillance) et de personnels spécifiques pour les services d'accueil des urgences.

Enfin, les POles Spécialisés des Urgences (POSU) assurent un service d'urgence en rapport avec leur plateau technique et leurs disciplines. Ils doivent aussi passer une convention avec un SAU. Pour information, il n'existait pas de POSU en Basse-Normandie.

Toutefois ces réglementations et ce dispositif de couverture du territoire pour répondre au traitement des urgences (dispositif soumis à autorisation aujourd'hui) ne se substituent pas à l'obligation de Permanence Des Soins définie par l'article L6112-2 et 3 du code de la santé publique.

Cette obligation impose que tous les établissements publics de santé et les établissements privés (qui sont admis à participer à l'exécution du service public hospitalier) doivent être capables d'accueillir toute personne de jour comme de nuit, et éventuellement en urgence, ou encore d'assurer l'admission de cette personne dans un autre établissement.

Cependant, un récent changement juridique vient bouleverser cette classification des services d'urgences. Les décrets du 22 mai 2006 suppriment les notions de SAU, UPATOU ou encore de POSU et imposent celle de structure des urgences. Au 31 mars 2007, tous les services autorisés auront alors obligation de répondre aux besoins des patients en fonction des nécessités de la prise en charge.

Par ailleurs, pour illustrer cette présentation des services d'urgences de la région, les chiffres indiquant le nombre de passages pour l'année 2004 semblent intéressants. En ce qui concerne l'accueil et le traitement des urgences, d'après le SROS III, il y a eu en 2004 dans la région bas-normande 403 442 passages dans les services d'urgences. En détail, cela concerne 193 309 passages pour le Calvados, 112 865 pour la Manche et enfin 97 268 pour l'Orne.

Cependant, une présentation plus détaillée des services d'urgences se fera faite dans la deuxième partie de l'étude.

1.2.3.3. Les pharmacies

Le nombre d'officines pharmaceutiques varie selon les départements. Dans le Calvados, on dénombre ainsi 232 officines et 16 secteurs de gardes. Il y a donc une officine pour 2860 habitants environ. Dans la Manche, il y a 170 officines soit une pour 2875 habitants environ et 17 secteurs de gardes. Enfin dans l'Orne : 107 officines, soit une pour 3550 habitants environ et 11 secteurs de gardes.

L'arrêté du 11 juillet 2006 (portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie) précise les conditions de la mise en place des gardes départementales. De l'article 30 à l'article 33, il est précisé qu'un protocole d'accord national sur la

permanence pharmaceutique des soins a été signé le 6 janvier 2006. Ce protocole détermine le nombre de secteurs de garde (ne devant pas excéder 1 150 secteurs pour les nuits et 1 450 pour les dimanches et jours fériés), ainsi que la base de l'indemnité d'astreinte (fixée à 75 euros pour une période de 12 heures).

En Basse-Normandie, les gardes sont organisées différemment selon les secteurs ruraux ou urbains (dans les grandes villes, l'organisation est différente des campagnes, en fonction du nombre de pharmacies), les proximités des médecins généralistes de garde (dans le Calvados en fonction des points gardes par exemple ou des maisons médicales de gardes dans les deux autres départements), selon les soirs, les dimanches et les jours fériés. Certains territoires sont alors plus isolés que d'autres et certaines pharmacies ne peuvent alors faire de garde, c'est le cas dans l'Orne par exemple, où accomplir des longues distances est plus difficile compte tenu de la qualité des routes.

Les pharmacies peuvent aussi s'organiser pour avoir un seul numéro commun afin de simplifier l'accès et l'information du client. Un projet de mettre en place un tel numéro à un niveau national est en cours (projet de l'association Réseau Pharmacie).

1.2.3.4. Eléments de démographie médicale

Un dernier indicateur permettant de mieux présenter ces spécificités et particularités de la région bas-normande concerne la démographie médicale.

D'après une étude réalisée en 2000 par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) et la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), la Basse-Normandie connaît, comme d'autres régions françaises, des problèmes de démographie médicale.

Selon la DREES, au 1^{er} janvier 2005, en Basse-Normandie, il y avait 2 245 médecins libéraux (généralistes et spécialistes). Sur l'ensemble de la France métropolitaine, le total est à cette même date de 121 049.

Professionnels de santé	Basse-Normandie	France métropole
Médecins généralistes		
Nombre	1 400	68 154
Densité	97	113
dont praticiens de 55 ans et +	344	16 261
Médecins spécialistes		
Nombre	845	52 895
Densité	59	88
Total médecins libéraux	2 245	121 049
Chirurgiens-dentistes		
Nombre	564	37 810
Densité	39	63
Sages-femmes		
Nombre	60	2 484
Densité	4	4
Infirmiers diplômés d'Etat		
Nombre	1 400	62 693
Densité	97	104
Masseurs-kinésithérapeutes		
Nombre	734	47 554
Densité	51	79
Orthophonistes		
Nombre	166	12 582
Densité	12	21
Orthoptistes		
Nombre	24	1 968
Densité	2	3

**Professionnels de santé libéraux en exercice au 1^{er} janvier 2005 -
nombre et densité pour 100 000 habitants**

Source : DREES - ADELI - STATISS, les régions françaises

La démographie médicale constitue un enjeu majeur d'évolution de l'offre de soins au niveau régional comme national.

Au niveau infrarégional même, il existe de nombreuses disparités.

Ainsi, selon l'étude sur les zones de fractures territoriales, le nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants varie selon les territoires.

CARTE "DENSITE DE MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX"

CARTE "DENSITE DE MEDECINS SPECIALISTES"

1.2.3.4.1. Un vieillissement ciblé

Le rapport Berland d'avril 2005⁸ établit que l'âge moyen des médecins en activité en France est de 47 ans et que l'effectif des médecins de moins de 40 ans est inférieur à celui des plus de 50 ans.

Il tire aussi la sonnette d'alarme en précisant que si rien n'est fait, en 2020, il y aura 11 % de médecins généralistes en moins et une diminution de 27 % des médecins spécialistes.

Par ailleurs, il précise que si le *numerus clausus* fixé dans les facultés de médecine à 6 200 aujourd'hui augmentait à 8 000 dès maintenant, la densité médicale actuelle ne serait de nouveau atteinte qu'en 2037.

En Basse-Normandie, l'exemple le plus significatif est celui du département de l'Orne où près de 66 % de l'effectif de l'ensemble des médecins du département est âgé de plus de 50 ans. La moyenne d'âge actuelle est de 50,6 ans.

Ces données démographiques sont à prendre en considération dans l'organisation de l'Aide Médicale Urgente. Les services d'urgences doivent souvent répondre au manque de médecins, notamment la nuit et en période de week-end et jours fériés.

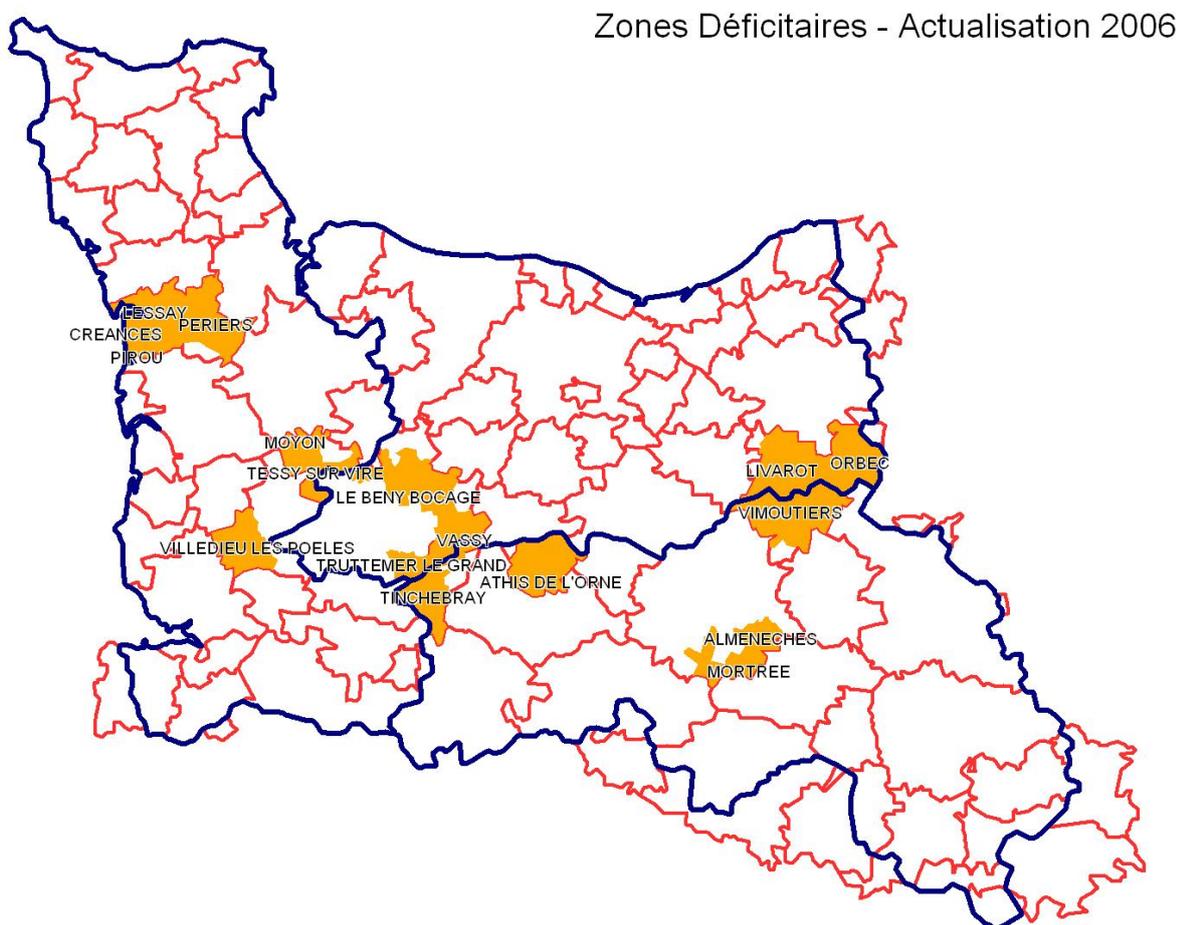
⁸ *Démographie médicale*, Y. BERLAND, 2005.

CARTE "OFFRE DE SOINS ET ACCESSIBILITE"

1.2.3.4.2. Inégalité territoriale

Enfin, un détour sur la répartition territoriale de l'offre de soins semble nécessaire. Ainsi, certaines zones sont plus isolées que d'autres et réclament une attention particulière.

L'arrêté 2006/01 cible ces zones (selon les articles L162-14-1 et L162.47 du code de la sécurité sociale et selon la circulaire DHOS/03/DSS/UNCAM/2005/63 du 14 janvier 2005 (relative aux orientations propres à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques en vue de l'attribution d'aides aux médecins généralistes). De cette façon, il est possible de voir et de préparer une réponse appropriée à ces difficultés dans les zones déficitaires en médecins généralistes.



URCAM - 20 juin 2006

1.2.3.4.3. Des difficultés comparables chez les spécialistes

Confrontés à des difficultés similaires en terme de démographie médicale, voici quelques exemples de professions qui, d'ici 5, 10 ou 15 ans, devront faire face à des problèmes de répartition des soins sur le territoire.

Les anesthésistes réanimateurs⁹, par exemple, sont au nombre de 9 741 en activité sur le territoire national au 1^{er} janvier 2005 et l'âge moyen de ces professionnels à cette même date est de 48,6 ans. Au niveau de leur répartition géographique, s'ils sont en moyenne 16,24 pour 100 000 habitants en 2004 au niveau national, de fortes disparités existent. Ainsi dans l'Orne par exemple, où le taux est l'un des plus bas, les anesthésistes réanimateurs ne sont plus que 7,2 pour 100 000 habitants.

Les ophtalmologistes sont sujets aux mêmes types de disparités et aux mêmes problèmes de vieillissement. Ainsi, 5 367 ophtalmologistes en activité sont inscrits à l'ordre national des médecins au 1^{er} janvier 2005 et ils sont âgés en moyenne de 49 ans. Pour 100 000 habitants en 2004 il y a 9,115 ophtalmologistes en moyenne, un chiffre qui cache de grandes disparités. Ainsi ils ne sont que 2,7 pour 100 000 habitants en Lozère au niveau le plus bas et 29,7 à Paris, le taux le plus élevé.

Enfin, l'exemple des pédiatres est illustratif. Les pédiatres sont 6 505 à être en activité au 1^{er} janvier 2004 et l'âge moyen est de 48,2 ans. En 2003, il y avait 10,5 pédiatres pour 100 000 habitants. Cependant, dans le Manche et dans l'Orne par exemple, ils ne sont à cette même date que de 5 à 7 pour 100 000 habitants.

Les problèmes de démographie médicale sont donc à prendre en compte dans cette étude, même si le système des gardes pour les urgences est organisé pour les spécialistes par les hôpitaux mêmes qui s'arrangent pour répondre aux besoins avec parfois plus de difficultés dans certains départements que dans d'autres. Le département de l'Orne paraît en effet particulièrement touché par ces problèmes.

Enfin, d'autres professions médicales et paramédicales sont touchées par ces enjeux. Il en est ainsi des chirurgiens-dentistes qui sont au nombre de 38 810 sur le territoire français avec une densité de 63 pour 100 000 habitants¹⁰.

En ce qui concerne la Basse-Normandie, au 1^{er} janvier 2004¹¹, il y avait 564 chirurgiens-dentistes en activité (soit 276 dans le Calvados, 191 dans le Manche et 97 dans l'Orne). La densité pour 100 000 habitants est de 39 en Basse-Normandie. Mais au niveau départemental, le Calvados compte 42 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, la Manche 39 et enfin l'Orne 33.

Ces différences sont aussi à prendre en compte quant à l'élaboration d'une offre de soins équilibrée sur le territoire bas-normand, des problématiques qui concernent aussi l'organisation des gardes le week-end et les jours fériés. Ainsi

⁹ *Démographie médicale française, les spécialistes en crise, situation au 1^{er} janvier 2005*, CNOM, décembre 2005.

¹⁰ *Tableau Professionnels de santé libéraux en exercice au 1^{er} janvier 2005 - nombre et densité pour 100 000 habitants*, DREES, 2005, p. 32.

¹¹ *Professionnels de santé libéraux*, source DREES, Répertoire ADELI, STATISS 2006, Basse-Normandie.

selon les départements bas-normands, l'organisation des urgences dentaires est différente.

Dans le Calvados par exemple, le service des urgences fonctionne (depuis 10 ans environ) tous les dimanches et jours fériés de 9 heures à 12 heures, il est organisé par le Conseil de l'Ordre Départemental qui met en place un répondeur avec les noms, les adresses et les numéros de téléphone des praticiens de garde. Ce numéro est effectif dès le vendredi soir. Le Calvados est découpé en trois secteurs : Caen, partie ouest et partie est du département. Cependant, même si ce service fonctionne relativement bien (il n' y a eu que deux plaintes), le nombre de chirurgiens-dentistes diminuant pour une demande de soins augmentant, des difficultés d'organisation sont en train d'émerger. Le Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes a d'ailleurs à ce propos mis en place une commission spécifique pour étudier cette question des urgences.

Autre exemple significatif, celui des masseurs-kinésithérapeutes souvent demandés en urgence dans les services auprès des nouveaux nés pour tout ce qui concerne la kinésithérapie respiratoire. Ceux-ci sont au nombre de 734 sur le territoire bas-normand (soit 354 pour le Calvados, 253 pour la Manche et 127 pour l'Orne). De même, pour 100 000 habitants, leur nombre est de 51 avec ici encore des disparités infrarégionales assez importantes, soit 53 pour 100 000 habitants dans le Calvados, 52 dans la Manche et 43 dans l'Orne, la moyenne nationale étant de 79.

1.2.3.5. Derniers éléments caractéristiques : tourisme et événements ponctuels

Enfin, il ne faut pas oublier que la Basse-Normandie présente des spécificités en matière de tourisme.

En effet, durant la période estivale ou pendant les vacances scolaires, l'arrivée de touristes peut modifier temporairement les bassins de population, non seulement parce que cet afflux peut augmenter le nombre d'accidents sur les routes, mais aussi parce que la population saisonnière se concentre sur des endroits précis, le littoral bien souvent (la région compte 470 kilomètres de côtes). En outre, le nombre d'embouteillages sur les routes augmente considérablement pendant ces périodes, et une circulation chargée ne facilite pas non plus l'efficacité et la rapidité des secours d'urgences.

Les secours d'urgences doivent prendre en considération les vacanciers qui s'exposent, en allant se baigner par exemple, à un risque potentiel.

Par ailleurs, sur le territoire bas-normand, certains sites sont identifiés comme attractifs.

CARTE "LES SITES TOURISTIQUES"

Certains sites doivent envisager des modes d'évacuation spécifiques et une présence accrue de secouristes au moment des fortes affluences.

De même, et dans un registre similaire, les événements sportifs importants doivent aussi être intégrés aux modifications de l'organisation des secours d'urgences.

Ce tour d'horizon des enjeux démographiques, géographiques et médicaux de la région bas-normande était nécessaire pour situer le contexte dans lequel l'Aide Médicale Urgente se met en place sur le territoire. Il ne s'agit pas d'un processus uniforme et de nombreuses particularités sont à intégrer pour apporter les réponses les plus adéquates et les plus efficaces possibles aux demandes de la population. L'organisation de l'Aide Médicale Urgente dépend donc de l'ensemble de ces facteurs, ainsi que des différents acteurs qui la compose au quotidien et qui permettent son fonctionnement.

PARTIE II

LES INTERVENANTS DE L'AIDE MEDICALE URGENTE

2.1. DES INTERVENANTS AU PLUS PRES DU TERRAIN

2.1.1. Les médecins libéraux

2.1.1.1. Présentation générale d'une profession

2.1.1.1.1. Eléments contextuels

Les médecins libéraux exercent au sein d'un cabinet médical et répondent aux demandes des patients entre 8 h et 20 h.

Dans la partie I, il a été vu que le nombre de médecins libéraux était en forte baisse dans certains départements et sur certains territoires. Ceci peut expliquer de nouveaux phénomènes de regroupements de médecins libéraux (entre eux ou avec d'autres acteurs médicaux et paramédicaux) souhaitant ne pas être isolés en région rurale. De plus, les récentes évolutions montrent que les consultations (déplacement du patient vers le médecin) sont privilégiées tandis que le nombre de visites diminue (déplacement du médecin vers le patient).

Le manque de médecins peut aussi expliquer un déficit de l'offre de soins sur certaines zones, dites blanches, auquel les services publics tentent de pallier comme ils le peuvent.

Les médecins généralistes libéraux sont donc en densité moins nombreux que sur le territoire national : 84 généralistes pour 100 000 habitants et 111 au niveau national.

Les cabinets étant ouverts de 8 h à 20 h, en dehors de ces horaires ainsi que les week-ends et jours fériés, les médecins libéraux participent à l'organisation de la Permanence Des Soins (PDS).

2.1.1.1.2. Médecins libéraux et AMU

Avant de voir en quoi consiste la PDS dans la région, un détour rapide sur la place et le rôle des médecins libéraux dans l'AMU semble nécessaire.

Dans le cadre d'une demande de soins urgente, vraie, vitale, relative ou différée, il peut arriver que la victime fasse appel en premier lieu à un médecin libéral.

Ce dernier peut alors réagir de différentes manières :

- il peut se déplacer vers le lieu de détresse (immédiatement ou de façon différée selon la situation) ;
- il peut se contenter de donner des conseils au téléphone quand il estime qu'il n'y a pas urgence véritable et donner un rendez-vous au cabinet ;
- il peut aussi faire appel au Centre 15 et demander l'envoi de secours spécifiques.

Les médecins libéraux ont donc une place fondamentale dans la mise en œuvre de l'AMU.

Cependant, en fonction de l'horaire de l'appel, les médecins libéraux peuvent ne pas avoir toujours la même réponse. Si le médecin dit traitant est contacté en premier lieu, il peut, aux horaires du soir ou du week-end, renvoyer sur d'autres médecins ou sur le Centre 15 selon sa participation au tour de garde.

Ainsi, le rôle des médecins libéraux dans l'AMU est très lié à l'organisation de la PDS.

2.1.1.2. La Permanence Des Soins : principe de fonctionnements généraux

C'est à l'issue de la grève des gardes de 2001-2002 des médecins généralistes libéraux que le système relatif à la PDS a été profondément modifié.

En effet certaines évolutions marquantes de la société (la mise en place des 35 heures par exemple) ont fait émerger une vision différente du travail et une volonté de refonte du système de garde.

2.1.1.2.1. Définition de la PDS

Il s'agit en fait de la réponse à la demande de soins non programmée en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. La Permanence Des Soins en médecine ambulatoire est assurée, en dehors des horaires d'ouvertures des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 h à 8 h en semaine, les samedis après-midi (en fonction des décisions préfectorales) et les dimanches et jours fériés, par des médecins de garde ou d'astreinte exerçant d'ordinaire dans ces cabinets et centres de santé.

Le dispositif de la Permanence Des Soins a été réformé par plusieurs décrets :

- le décret du 15 septembre 2003 dans un premier temps (et suite à la circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences qui précisait qu'une organisation efficace de la PDS permettrait d'éviter le recours systématique, et finalement parfois médicalement injustifié, aux urgences) ;
- le décret du 7 avril 2005 dans un deuxième temps.
- le décret du 22 décembre 2006, dans un troisième temps

Ces trois décrets sont relatifs aux modalités d'organisation de la Permanence Des Soins et aux conditions de participation des médecins à cette PDS. Ils font aussi

référence aux articles R6315-1 et R6315-7 du code de la santé publique et à l'avenant n° 4 de la convention médicale du 12 janvier 2005¹².

De même, l'article L6325-1 du code de santé publique définit sur les territoires cette Permanence Des Soins. Celle-ci est alors organisée dans le cadre départemental en liaison avec les établissements de santé publics et privés et en fonction des besoins évalués par le comité départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS)¹³.

Par ailleurs, le décret du 7 avril 2005 modifie profondément le fonctionnement de la Permanence Des Soins. Celle-ci doit être organisée en coordination avec l'offre de soin hospitalière. Ce décret permet aussi des possibilités d'aménagement plus flexibles des gardes pour les médecins libéraux. En effet, après le mouvement de grève de 2001-2002, la PDS en médecine ambulatoire s'était organisée en secteurs inégaux sur les départements.

Le décret du 7 avril 2005 permet une plus grande flexibilité dans l'organisation qui se concrétise par :

- une variabilité de la réponse en fonction des horaires (l'organisation peut être différente selon les périodes de nuits ou les jours de week-end) et en fonction des périodes de l'année ;
- des dimensions variables de la taille des secteurs de garde des généralistes après analyse des besoins réels de la population (par exemple, en période estivale ou de forte affluence, la taille des secteurs peut évoluer) ;
- la mise en place de relais possibles entre la médecine de ville et la prise en charge hospitalière par une organisation assimilée des deux secteurs.

Cela est possible grâce à une centralisation des appels au Centre 15 qui assure une réponse régulée par des médecins hospitaliers et libéraux.

Au niveau national, le décret du 7 avril 2005 a produit de multiples changements. Ainsi, selon une enquête réalisée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de l'organisation de la Permanence Des Soins en février 2004, le Calvados comptait 31 secteurs, la Manche de 22 à 27 et l'Orne 16. Ces chiffres varient amplement selon les départements.

De plus à cette date, le département de la Manche n'avait pas encore de sectorisation stable (de même que le Loir-et-Cher et les Landes).

En janvier 2006, le Conseil National de l'Ordre des Médecins produit une enquête presque similaire sur l'état des lieux de la PDS.

La Manche compte, après la parution du décret du 7 avril 2005, 21 secteurs, l'Orne 15 et le Calvados 18, situation qui a évolué depuis. Mais entre 2004 et 2006, la sectorisation apparaît stabilisée et la Manche semble répondre aussi aux objectifs voulus.

¹² Avenant n° 4 de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes du 12 janvier 2005, conclu le 11 mars 2005.

¹³ Cf. 2.2.6.

CARTE "LA SECTORISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS - FEVRIER 2004"

**CARTE "LA SECTORISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS
AU 1er JANVIER 2006"**

Cette enquête se base sur un questionnaire envoyé aux départements. Les résultats mis en avant dans ce document montrent ainsi que 13 % des départements en France métropolitaine (avec la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane et la Réunion) n'ont pas établi de cahier des charges de la PDS et ce trois ans après la mise en place d'une réglementation le rendant obligatoire. Le dispositif de la Permanence Des Soins est cependant encore fragile sur l'ensemble du territoire français. Et chaque département met en place sa propre organisation, en essayant d'englober les attentes des professionnels de la santé comme celles de la population.

Dans le cadre de l'Aide Médicale Urgente, la mise en place d'une organisation fiable de la PDS est indispensable. En lien avec l'activité des services d'urgences et celle du Centre 15, elle permet aux patients d'avoir une réponse plus adéquate à leurs demandes quand le déplacement vers un centre de soins d'urgences n'est pas nécessaire et légitime.

Le paiement des astreintes des médecins libéraux de garde repose sur une tarification conventionnelle de l'assurance maladie (Voir encadré ci-dessous).

La rémunération conventionnelle de la participation des médecins à la régulation et des actes de PDS :

Selon l'avenant n° 4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes du 12 janvier 2005, conclu le 11 mars 2005 :

Concernant la régulation libérale :

- versement (sous forme d'honoraires) de 60 euros de l'heure aux médecins libéraux qui participent à la régulation organisée par le SAMU ;
- prise en charge de leur formation à la régulation dans le cadre de la formation professionnelle et conventionnelle ;
- prise en charge, si besoin, de leur responsabilité civile professionnelle pour leur activité de régulation.

Concernant les astreintes pour les médecins inscrits à un tableau départemental :

- 50 euros pour la période de 20 h à 0 h ;
- 100 euros pour la période de 0 h à 8 h ;
- 150 euros pour le dimanches et jours fériés de 8 h à 20 h.

Concernant les majorations spécifiques du tarif des actes effectués aux horaires de la PDS à la demande du médecin régulateur de SAMU-Centre 15 :

- pour les actes de nuit (20 h à 0 h et 6 h à 8 h) : 46 euros pour une visite et 42,50 euros pour une consultation ;
- pour les actes de milieu de nuit (0 h - 6 h) : 55 euros pour une visite et 51,50 euros pour une consultation ;
- le dimanche et jours fériés : 30 euros pour une visite et 26,50 euros pour une consultation.

De même, le dispositif de la PDS repose désormais sur le volontariat (article L6314-1 et R6315-4 du code de la santé publique). C'est une mission de service public. Auparavant (avant 2003), l'article 77 du code de la déontologie médicale pensait le système de gardes comme un devoir pour le médecin.

Cette nouvelle notion part du principe qu'une pénibilité moindre des gardes doit, de fait, permettre d'inciter les médecins à se porter volontaires et ainsi encourager les démarches citoyennes.

Ce changement de termes impose une modification des relations entre les médecins libéraux et les institutions. Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins se devait autrefois de compléter les effectifs ou de saisir le Préfet le cas échéant pour procéder à des réquisitions. Cependant, devant la difficulté de trouver des volontaires dans certains secteurs, des réquisitions ont encore lieu. Toutefois, en Basse-Normandie, ce procédé semble être évité.

Par ailleurs, pour répondre aux nouveaux enjeux de la PDS, des Maisons Médicales de Gardes (ou Maisons de Gardes) ont été créées sur l'ensemble du territoire national.

2.1.1.2.2. Présentation des Maisons Médicales de Gardes (MMG)

En juillet 2006, le Docteur Jean-Yves GRALL a remis au Ministre de la Santé et des Solidarités un rapport¹⁴ sur les MMG, pour lequel il avait été missionné. Il précise alors qu'au 1^{er} juillet 2006 presque 200 MMG sont dénombrées sur le territoire national (contre 3 seulement en 2000), montrant la multiplication de ces maisons en l'espace de 6 ans. J.Y. GRALL insiste aussi sur la pertinence des MMG comme forme d'organisation spécifique lorsqu'elle répond à certains critères d'implantation, d'effectifs, de période d'ouverture et de relations avec les structures hospitalières existantes.

Le décret du 7 avril 2005 définit la MMG comme un lieu fixe, clairement identifié de prestations de médecine générale, fonctionnant aux heures de la PDS comme un cabinet libéral, définition fonctionnelle d'une structure qui connaît une expansion importante sur le territoire français. De même, pour la CNAMTS¹⁵, c'est un lieu d'accueil physique des patients, ouvert à la population sans discrimination, sans prise de rendez-vous, aux heures de fermeture des cabinets médicaux, les soins médicaux y sont dispensés sous forme de consultations.

Par ailleurs, celles-ci peuvent se situer à divers endroits, dans un établissement de santé ou d'hébergement (62 % d'entre elles), isolées en milieu urbain (26 %) ou isolées en milieu rural (12 %).

Il y a hétérogénéité également des horaires d'ouvertures, de la population desservie, de leur rôle réel et de la volonté des médecins de s'y investir.

Enfin, le décret du 7 avril 2005 précise aussi le rôle (dans les articles concernés du code de la santé publique) d'autres institutions et associations : la Mission Régionale de Santé (voir ultérieurement) par exemple, mais encore des associations

¹⁴ *Les Maisons Médicales de Gardes*, J.Y. GRALL, juillet 2006. J.Y. GRALL, conseiller médical à l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France, s'est vu confier un rapport sur les MMG par le Ministère de la Santé et des Solidarités.

¹⁵ *Evaluation nationale des maisons médicales*, février 2004.

de médecins participant à la PDS (pour ce qui est de la régulation des visites à domicile, des Maisons Médicales de Gardes).

Cependant, c'est avec la circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/01/1B n° 2007-137 du 23 mars 2007 (relative aux Maisons Médicales de Garde et au dispositif de Permanence Des Soins en médecine ambulatoire) que la volonté d'inscrire les MMG dans un cadre cohérent, simplifié, lisible et pérenne est véritablement manifestée.

Ainsi cette circulaire s'appuie sur le décret du 7 avril 2005 et définit plus précisément la Maison Médicale de Gardes comme un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la PDS et assurant une activité de consultation médicale non programmée. Elle répond à un besoin bien identifié et fonctionne sur la base d'un cahier des charges contractualisé avec la Mission Régionale de Santé (MRS)¹⁶.

La MRS assure à la fois le financement annuel des MMG sur la base d'une convention pluriannuelle signée entre le Directeur de la MRS et le Promoteur de la MMG. L'enveloppe annuelle reconductible sur une période de 5 ans (recommandée), définie dans la convention liant la MRS et la MMG, sera déléguée sur les crédits du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) créé par la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale, mais elle a aussi une fonction d'orientation quant à l'implantation des MMG, même si cette dernière reste une initiative d'associations de médecins libéraux participant à la PDS.

Avec cette circulaire, la MMG s'inscrit dans l'organisation de la Permanence Des Soins et suit les orientations du SROS¹⁷ dans ce domaine.

Enfin, en annexe de cette circulaire, il est possible de trouver un cahier des charges sur les MMG, constituant un guide national pour l'identification et la signature des conventions quinquennales liant la MRS et les MMG.

Les MMG font donc figure de nouvelles réponses en termes d'organisation, jugées pertinentes pour la bonne mise en place de la PDS.

De même, concernant l'organisation de la PDS, une association particulière mérite d'être citée. Il s'agit de SOS Médecins, structure qui y participe pleinement, et notamment dans les départements de la Manche et du Calvados.

2.1.1.2.3. PDS et SOS Médecins

L'association SOS Médecins fut créée le 20 juin 1966 par le Docteur LOSCAR, à Paris, après avoir constaté qu'il était plus facile de joindre un plombier la nuit qu'un médecin, à cette époque, en cas de problème grave.

En 2007, SOS Médecins représente 65 associations totalisant près de 1 000 médecins (dont 750 à temps plein). SOS Médecins couvre 60 % de la population française dont 80 % des zones urbaines et périurbaines. Cette association a servi aussi de modèle à des initiatives étrangères (à Montréal, à Tokyo, en Tunisie, en Grèce par exemple ou des associations semblables ont vu le jour).

¹⁶ MRS, voir 2.2.5.

¹⁷ Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, voir 2.2.3.2.

Ainsi, les associations SOS Médecins sont des structures autonomes qui assurent les urgences médicales et une Permanence Des Soins 24 h sur 24 et 7 jours sur 7.

Associations régies par la loi 1901, elles sont regroupées depuis octobre 1982 au sein d'une fédération SOS Médecins de France.

Un label SOS Médecins est garanti sur l'ensemble du territoire par le fait que des conditions indispensables et rigoureuses sont nécessairement remplies par le personnel de cette association.

Ainsi le standard est disponible 24 h sur 24 et 365 jours par an par exemple, et ce par toutes les associations SOS Médecins. De plus, les médecins sont expérimentés et rôdés à l'urgence. Par ailleurs, ces structures sont toutes autonomes financièrement.

En Basse-Normandie, il existe deux structures SOS Médecins. La première est basée à Caen et fut créée en juillet 1991. La deuxième, à Cherbourg, fut créée en 1994.

Le standard de ces deux associations, situé à Cherbourg, reçoit et gère les appels pour 8 autres villes de France (Rouen, Limoges, Annecy, Cannes, Perpignan, Le Mans, Sens, Troyes). Ces villes sont éloignées géographiquement, ce qui permet de mettre une distance sanitaire nécessaire pour éviter une surcharge du standard aux mêmes moments. Ainsi quand une épidémie se déclare dans une ville, comme la distance est importante¹⁸, elle ne touche pas les autres villes rapidement, ce qui facilite le travail des standardistes.

Le centre de Cherbourg comprend 18 standardistes au 1^{er} janvier 2007 pour couvrir l'ensemble des appels provenant de ces 10 villes.

Par leur présence et leur efficacité dans les agglomérations de Caen et de Cherbourg, les associations SOS Médecins font partie intégrante de l'organisation de la PDS. Leur rôle sera précisé par la suite.

Après avoir pris en compte ces considérations d'ordre général, une présentation régionale de la situation semble appropriée dans le cadre de cette étude. Cet état des lieux doit tenir compte de la fragilité de cette organisation qui met en relief des problématiques sensibles.

2.1.1.2.4. PDS et services d'urgences

Il convient de souligner l'importance et le rôle de la PDS dans le processus de désengorgement des services d'urgences. La mise en place d'une PDS stable, cohérente et clarifiée sur les territoires contribue à améliorer l'amont des urgences.

Ce rôle est souligné dans différents rapports et depuis plusieurs années. Ainsi, en annexe de la circulaire du 16 avril 2003 (relative à la prise en charge des

¹⁸ De cette façon, il y a des chances pour que l'épidémie ne touche pas toutes les autres villes en même temps. Une réelle surcharge de travail pour le standard pourrait alors être entraînée si, à l'inverse, plusieurs villes étaient atteintes simultanément.

urgences), il est spécifié¹⁹ qu'une organisation efficace de la PDS permettrait d'éviter le recours systématique et finalement parfois médicalement injustifié, aux urgences.

Egalement, le rapport IGA/IGAS²⁰ de 2006 observe un lien entre l'organisation de la PDS et l'activité des urgences dans deux cas de figure :

- une relation négative lorsque la PDS semble désorganisée ;
- une relation positive lorsque les deux secteurs mettent en place une organisation conjointe pouvant infléchir la courbe de passages aux urgences.

Nous verrons ultérieurement comment s'organisent les services d'urgences et quels sont les enjeux et difficultés qui leur sont liés.

Point rapide sur la formation des médecins généralistes assurant la PDS à l'urgence médicale :

D'après une enquête réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie²¹, sur 77 médecins interrogés (31 en milieu rural, 39 en milieu urbain et 7 médecins SOS) seuls 46 répondent aux urgences médicales. Ils sont d'ailleurs plus nombreux en milieu rural (28 sur 31) qu'en milieu urbain (18 sur 39).

En ce qui concerne la formation aux urgences, 12 médecins ruraux et 10 médecins urbains ont déclaré y avoir participé.

Ces formations ont été faites par le SAMU (pour les urbains particulièrement), par les sapeurs-pompiers (pour les ruraux principalement dans cette enquête), par des formations médicales continues. Par ailleurs, certains ont des Certificats d'Aptitude à la Médecine d'Urgence (CAMU) ou des Diplômes Universitaires.

Les formations médicales continues peuvent être assurées par différents organismes et notamment par les Centres d'Enseignement et de Soins d'Urgences des SAMU²².

Cependant, cette enquête montre que les médecins généralistes qui doivent répondre à la PDS ou à l'urgence médicale ne sont pas tous formés à cette réponse alors qu'ils sont parfois confrontés à des situations nécessitant des savoirs spécifiques.

2.1.1.3. L'organisation régionale

L'organisation est départementale, le Calvados, la Manche et l'Orne ayant mis en place leur propre système.

¹⁹ Dans un document intitulé "Principes d'organisation des urgences et de la Permanence Des Soins".

²⁰ Rapport Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) : n° 2006 029.

Rapport de l'Inspection Générale de l'Administration (IGA) : n° 06-007-02.

"Evaluation du nouveau dispositif de Permanence Des Soins en médecine ambulatoire".

²¹ *Enquête sur les recours urgents ou non programmés à la médecine de ville*, ORSBN, novembre 2006.

²² Cf. 2.1.2.4.1 Le Centre d'Enseignement et de Soins d'Urgence.

2.1.1.3.1. Le Calvados

Dans ce département, l'arrêté relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la PDS en médecine ambulatoire a été signé par le Préfet le 12 juillet 2005.

Au 1^{er} juillet 2005, 615 médecins généralistes et 46 médecins à exercices particuliers sont répertoriés (300 dans les secteurs ruraux, 315 dans la zone Grand Caen). Cependant, plus de la moitié de ces médecins a plus de 50 ans. Ils sont 52 % dans le secteur Grand Caen et 54,5 % dans les secteurs ruraux.

Ces données sont de nature à expliquer pourquoi il peut paraître difficile d'organiser la Permanence Des Soins. Cependant, dans ce cahier des charges, la sectorisation proposée permet de couvrir l'ensemble du département, supprimant ainsi les zones blanches.

Ainsi, 7 zones rurales ou semi-urbaines ont été constituées (chacune intégrant 2 secteurs), à l'exception de la zone Lisieux considérée comme déficitaire du fait de la présence d'un hôpital local. Ces 7 zones rurales sont distinctes par des spécificités d'organisation et de financement.

Dans la zone Grand Caen, 8 secteurs urbains sont engagés du 1^{er} novembre au 30 avril et 7 secteurs urbains du 1^{er} mai au 31 octobre. Cette sectorisation est alors coordonnée avec l'offre médicale hospitalière, répartie également de façon homogène sur le département.

Chaque zone est alors centrée sur un **point garde**²³ en coordination avec l'offre de soin hospitalière.

Cette sectorisation permet donc l'accès aux soins en tout point du département, aux heures de fermetures des cabinets libéraux.

Le tableau page suivante, issu du cahier des charges même, précise plus explicitement cette organisation.

²³ Le point garde est le lieu où le médecin de permanence reçoit les patients après régulation médicalisée de la demande de soins par le Centre 15. L'implantation de chaque point garde tient compte des axes routiers, de la densité de population et de la géographie locale pour en faciliter l'accès.

Secteurs	Nombre de médecins*	Population	Gardes nuit	Gardes week-end base 2 effecteurs
Zones rurales et semi-urbaines				
Zone Bessin (2 secteurs)	53	65 554	1/7 à 8 semaines	2 à 3/an
Zone Aunay/Villers (2 secteurs)	29	41 631	1/4 à 5 semaines	4 à 5/an
Zone Bocage virois (2 secteurs)	33	46 848	1/4 à 5 semaines	3 à 4/an
Zone Falaise/Mézidon (2 secteurs)	34	42 184	1/4 à 5 semaines	3 à 4/an
Zone Lisieux :				
Lisieux	34	38 983	1/4 à 5 semaines	1 à 2/an (1 effecteur)
Livarot/Orbec (déficitaire)	11	16 235	1/1,5 semaine	6/an (1 effecteur)
Zone Honfleur/Deauville (2 secteurs)	50	54 143	1/7 semaines	2 à 3/an
Zone Rives de la Dives (2 secteurs)	33	43 167	1/4 à 5 semaines	3 à 4/an
Secteurs urbains Zone Grand Caen				
Caen Centre et Caen Périphérie	207	182 053		
Mouen	10	13 161		
Bernières	24	23 017		
Ouistreham	15	16 299		
Blainville/Orne	37	47 885		
Bretteville/Laize	7	5 387		
Fontenay le Marmion	7	11 810		

* Les médecins exemptés de garde par le Conseil Départemental de l'Ordre ont été exclus.

De plus, les médecins libéraux participent à la régulation au Centre 15. La circulaire n° 587/DHOS du 12 décembre 2003 définit les modalités de cette participation. Ce médecin régulateur (libéral ou hospitalier) transmet alors personnellement les informations médicales au médecin qui est de permanence au point garde.

Ainsi, plus précisément dans le Calvados, des principes fondamentaux sont à respecter pour un bon fonctionnement de la PDS.

En première partie de nuit, une PDS ambulatoire (PDSA) est assurée dans un point garde unique dans chaque zone. Toute demande régulée de 20 h à 23 h sera prise en charge par le médecin de permanence dans la période 20 h - 0 h. Le relais est alors assuré de 23 h à 8 h (pour les demandes régulées) par les établissements de santé. Les dimanches et jours fériés, la PDS ambulatoire est assurée par un effecteur au point garde de chaque zone.

Par ailleurs, considérant les caractéristiques de démographie médicale du Calvados, cette organisation de la PDS ambulatoire est double (deux médecins par point de garde, le 2^{ème} n'intervenant que rarement en cas de non disponibilité du 1^{er}). Un réseau de santé a été constitué dans le Calvados pour permettre cette double organisation (réseau de Permanence Des Soins en médecine ambulatoire), réseau qui associe les médecins libéraux, les établissements de santé et les urgentistes.

Pour la zone nommée Grand Caen, la Permanence Des Soins ambulatoire est alors assurée par l'association SOS Médecins.

SOS Médecins fonctionne sur la période de la PDSA en partenariat avec les médecins généralistes selon 3 modes différents (des contrats spécifiques sont signés selon les zones où les médecins généralistes travaillent). Le standard de SOS Médecins est alors interconnecté pendant ces horaires (de 20 h à 8 h toutes les nuits, le dimanche et jours fériés de 8 h à 20 h et le samedi de 12 h à 20 h) au Centre 15.

C'est l'Association Départementale pour l'Organisation de la PDSA (ADOPS) qui assure la coordination organisationnelle et la gestion financière du réseau départemental de la PDSA.

De même, les Associations Sectorielles pour l'Organisation de la PDSA (ASOPS) sont adhérentes à l'ADOPS et rédigent le document sectoriel relatif au fonctionnement des points gardes.

Périodes	Nombre total d'actes	Actes réalisés secteur SOS Médecins
Nuit (20 h - 0 h et 6 h - 8 h)	64	34
Nuit (0 h - 6 h)	16	10
Dimanches et fériés	874	320

**Analyse de l'activité ambulatoire comprenant les visites et les consultations
du 2^{ème} semestre 2002 et du 1^{er} semestre 2003**

L'activité de nuit de 20 h à 8 h est très réduite dans les secteurs hors Caen et plus de 83 % de ces actes sont réalisés en première partie de nuit.

Périodes	Nombre moyen d'actes
Nuit (20 h - 0 h et 6 h - 8 h)	0,5 à 1 consultation et 0,5 à 2 visites
Nuit (0 h - 6 h)	0 à 0,5
Samedi (14 h - 20 h)	16 à 18
Dimanche (8 h - 20 h)	23 à 28

**Analyse de l'activité 2003 sur une projection de 4 grands secteurs,
Bayeux, Aunay sur Odon, Vire, Falaise (estimation URCAM)**

Globalement, et même si cette organisation est récente, elle semble bien fonctionner dans le Calvados. De plus, le système mis en place par le travail assidu des différents secteurs au sein des CODAMUPS, notamment par des associations réellement impliquées (ADOPS 14, ASOPS) et le syndicat Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), est considéré comme précurseur. Il pourrait même être perçu comme un modèle pour d'autres départements.

CARTE ANCIENNE SECTORISATION CALVADOS

CARTE POINTS GARDES

2.1.1.3.2. La Manche

Le département de la Manche répond à une organisation différente de celle du Calvados. Ainsi, dans ce département, 424 médecins libéraux sont dénombrés (dont 375 peuvent assurer les gardes médicales). Cependant, 271 effectuent réellement des gardes en raison de la présence de l'association SOS Médecins sur la communauté urbaine de Cherbourg qui assure alors la Permanence Des Soins et dispense les autres médecins d'assurer la PDS. Le dernier cahier des charges en cours a été entériné le 12 octobre 2006 par arrêté préfectoral. Il vient modifier et compléter celui élaboré le 25 juillet 2005.

La nouvelle organisation combine différents types de PDS selon les horaires. Ainsi, deux plages horaires sont à distinguer le soir : de 20 h à 0 h avec le dernier appel reçu à 23 h d'une part et de 0 h à 8 h d'autre part. De plus, les gardes commencent le samedi à partir de 12 h (le samedi matin ne faisant pas partie de la garde), les dimanches et jours fériés, la nuit est divisée en deux plages comme en semaine.

La sectorisation est différente selon les plages horaires et entre les week-ends (et jours fériés) et les jours de semaines. En semaine, de 20 h à 0 h, il existe 20 secteurs de garde (selon le cahier des charges d'octobre 2006, il semble que des modifications aient eu lieu après). Les secteurs sont inégaux et se modifient souvent. Cependant, ils ont été définis en tenant compte de l'importance de la population et de l'éloignement du centre hospitalier le plus proche.

En outre, le cahier des charges prévoit la possibilité d'effectuer des visites dans ces secteurs, même si les consultations sont à privilégier. De même, le secteur de Saint Lô, Saint Clair et plus récemment Torigni, n'effectue pas de PDS le soir, celle-ci étant confiée au centre hospitalier (de façon non officialisée par le CODAMUPS cependant).

Les week-ends et jours fériés, l'organisation est alors différente (voir carte page suivante).

Des Maisons Médicales de Gardes ont été créées pour pouvoir mieux répondre à la demande des patients. Il existe trois Maisons Médicales de Gardes : Saint Lô, Coutances, Granville.

Au 1^{er} janvier 2007, une autre Maison Médicale de Gardes a ouvert ses portes à la polyclinique de la Baie à Avranches. Elle regroupe alors quatre secteurs traditionnels : Avranches, La Haye Pesnel Sartilly, Ducey Saint James Pontorson, Villedieu Brécécy. L'accès aux Maisons Médicales de Gardes est théoriquement accessible uniquement après régulation par le Centre 15 (en pratique, l'accès est libre²⁴).

Les médecins des MMG effectuent des consultations, le patient se rendant à la MMG par ses propres moyens et, en cas d'impossibilité, grâce à un moyen de transport adapté à l'état du patient sur décision du médecin régulateur.

Aucune MMG ne fonctionne le soir.

²⁴ Voir circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/01/1B n° 2007-137 du 23 mars 2007.

CARTE MANCHE PDS NUIT

CARTE MANCHE PDS WEEK-END

Composition des secteurs (20 h - 0 h et week-end, sauf si MMG)	MMG ou secteurs fusionnés, week-ends et jours fériés
DUCEY / SAINT-JAMES / PONTORSON	AVRANCHES
SAINT-HILAIRE / ISIGNY LE BUAT	Les deux secteurs sont fusionnés le week-end (mais restent séparés en semaine)
JUVIGNY / SAINT-POIS / SOURDEVAL / MORTAIN / NOTRE-DAME DU TOUCHET / BARENTON / GER / LE TEILLEUL / SAINT-GEORGES DE ROUELLEY	
AVRANCHES	AVRANCHES
LA HAYE PESNEL / SAINT-JEAN DES CHAMPS / GENETS / SARTILLY / CAROLLES	AVRANCHES
GRANVILLE / DONVILLE / SAINT-PAIR / JULLOUVILLE	
BRECEY / HAMBYE / PERCY / VILLEDIEU	AVRANCHES
BREHAL / GAVRAY / MONTMARTIN / RONCEY / LINGREVILLE / CERENCES / QUETTREVILLE	COUTANCES
SAINT-LO / AGNEAUX / MOYON / TESSY / CERISY LA SALLE / NOTRE-DAME DE CENILLY / HEBECRENVON / CANISY / MARGNY / SAINT-GILLES / CERISY LA FORET / SAINT-CLAIR / SAINT-JEAN DE DAYE / SAINT-FROMOND / PONT-HEBERT / SAINT-CLAIR / SAINT-JEAN DE DAYE / SAINT-FROMOND / PONT-HEBERT / TORIGNI / CONDE / GUILBERVILLE / SAINT-JEAN DES BAISANTS <i>(le secteur de TORIGNI rejoint celui de Saint-Lô et n'assure donc plus la PDS le soir ; de ce fait, le secteur de PDS de semaine est le même que celui du week-end)</i>	SAINT-LO
AGON-COUTAINVILLE / SAINT-MALO / GOUVILLE / COUTANCES / CREANCES / LESSAY / PIROU / PERIERS / SAINT-SAUVEUR-LANDELIN / REMILLY / SAINTENY	COUTANCES
LA HAYE DU PUIITS	COUTANCES
SAINTE-MERE / SAINTE-MARIE / PICAUVILLE / MONTEBOURG / VALOGNES	
CARENTAN	
BRICQUEBEC / SAINT-SAUVEUR LE VICOMTE / BARNEVILLE-CARTERET / PORTBAIL <i>(les 2 secteurs sont fusionnés en semaine comme en week-end)</i>	
MARTINVEST / BRIX / VIRANDEVILLE	
QUETTEHOU / SAINT-VAAST / BARFLEUR / REVILLE / SAINT PIERRE EGLISE	
LES PIEUX / FLAMANVILLE / BEAUMONT / URVILLE	
CHERBOURG + C.U.C (SOS MEDECINS)	

En gras : nouveau découpage non validé par le CODAMUPS

Secteurs de PDS du département de la Manche, à partir de janvier 2007
("état des lieux" non validé par le CODAMUPS du 20 septembre 2006)

De même, sur le secteur de Cherbourg, un centre de consultation a été ouvert par SOS Médecins dans les locaux de la polyclinique du Cotentin à Equeurdreville. Ce centre est quant à lui accessible uniquement après régulation par le standard de SOS Médecins (selon le cahier des charges de septembre 2006, les médecins du secteur de Beaumont Les Pieux pourraient être amenés à assurer la PDS dans ce centre SOS Médecins le week-end et jours fériés). De 0 h à 8 h du matin, la PDS est assurée par les centres hospitaliers à l'exception du Nord Cotentin où la PDS est assurée par les médecins libéraux et SOS Médecins.

Enfin, il est précisé, dans le cadre de situations particulières, que les Etablissements d'Hébergements pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), étant considérés comme des substituts de domiciles, bénéficient de la même organisation de la PDS. Cependant, des conventions peuvent être établies entre ces établissements, le médecin coordinateur et des médecins généralistes du secteur. Il est en effet plus difficile d'organiser les déplacements des personnes âgées pour des consultations. Récemment, une fiche a été élaborée pour pallier au manque de médecins pouvant intervenir dans les EHPAD. Cette fiche permet d'expliquer plus rapidement au Centre 15 la nature du problème. Le médecin régulateur peut alors adapter sa réponse plus facilement.

De même, des conventions spécifiques peuvent préciser des changements saisonniers par exemple en rapport avec l'afflux de touristes l'été.

Globalement, l'organisation de la PDS reste à stabiliser, sans compter que la situation n'est pas toujours claire pour la population. A qui s'adresser ? Où aller ? Autant d'interrogations légitimes pour les citoyens devant le ressenti d'un danger grave.

La participation des médecins libéraux à la PDS doit aussi se faire de façon équitable et équilibrée, le service public intervenant alors la nuit, par le biais de l'hôpital, un rôle très important contesté par les médecins hospitaliers qui n'approuvent pas la surcharge de travail due à cette organisation actuelle de la PDS.

2.1.1.3.3. L'Orne

Dans l'Orne, le cahier des charges fixant les conditions de la PDS en médecine ambulatoire a été validé par arrêté préfectoral du 21 juillet 2005 et un avenant a été signé le 23 avril 2007.

Le département au 1^{er} janvier 2004 dénombrait 214 généralistes, dont 192 inscrits sur les tableaux de gardes. La moyenne d'âge pour une base de 237 médecins omnipraticiens conventionnés, nous l'avons vu, est de 50,6 ans. De plus, le département a un indice de vieillissement particulièrement élevé à 68,7 % (pour 60,39 % en Basse-Normandie et 57,9 % pour la France).

Au 1^{er} janvier 2007, il y a dans ce département 212 médecins généralistes libéraux et 87 départs sont caractérisés de prévisibles d'ici l'année 2008. Les années critiques sont toutefois prévues en 2012-2013 avec une baisse de 40 % du nombre de médecins par rapport à 2007 si aucune mesure n'est prise.

Ce facteur est à prendre en compte quant à l'organisation de la PDS dans le département. L'Orne est actuellement découpé en 15 secteurs de PDS contre 24 dans un découpage précédent.

**CARTE ORNE PDS
"SECTEURS MEDECINS DE GARDE"**

De plus, les médecins libéraux participent à la régulation médicale par une convention entre l'APSUM 61 (Association pour la Permanence des Soins et Urgences Médicales dans l'Orne) et le centre hospitalier d'Alençon-Mamers. Ils sont rémunérés sur la base de trois consultations par heure.

La participation des médecins libéraux aux gardes départementales pourra être compensée par une diminution du nombre de gardes dans le secteur.

L'organisation est alors spécifiée dans ce cahier des charges selon des horaires précis :

- de 20 h à 0 h, le médecin de garde répond après régulation aux demandes de soins relevant de ses compétences ; la visite pourra s'effectuer à titre exceptionnel, si vraiment un patient est dans l'impossibilité de se déplacer ; sinon, la consultation a lieu au cabinet du médecin de garde ;
- de 0 h à 8 h, conformément à l'article L734 du code de la santé publique, le médecin régulateur pourra demander une expertise médicale (visite ou consultation) ; cette expertise pourra être assurée dans les secteurs où il n'y a pas de médecins libéraux volontaires par les médecins hospitaliers.

Enfin, il est indiqué que la médecine libérale s'engage à assurer la régulation de la PDS, les samedis de 8 h à 20 h et de 20 h à 8 h, les dimanches de 8 h à 20 h, de même que pour les jours fériés et les jours de semaines de 20 h à 23 h (ainsi que le lundi et /ou le vendredi précédant un jour férié).

En outre, le forfait d'indemnisation de la garde sera donné à un seul médecin par secteur, même si plusieurs effectuent la garde.

De même, l'information des patients sera favorisée sur cette organisation.

Par ailleurs, l'Orne fut l'un des premiers départements à définir un statut particulier aux médecins, celui de médecins correspondants du SAMU (statut repris dans le SROS III).

2.1.1.3.4. Médecins correspondants du SAMU

Ces médecins permettent la prise en charge des urgences vitales dans les zones géographiques isolées où la dispersion de la population ne permet pas l'implantation de structure médicalisée mobile lourde.

Selon le volet urgences du SROS III, ce dispositif permet de garantir à la population une prise en charge rapide et de qualité jusqu'à l'arrivée d'un SMUR.

L'intervention du médecin correspondant du SAMU est obligatoirement régulée par le SAMU. Ce médecin dispose aussi d'un équipement minimum en télécommunication (qui le met en liaison directe avec le SAMU) et des matériels de réanimation (comme défibrillateur semi automatique par exemple).

De plus, les médecins correspondants du SAMU ont une formation spécifique aux gestes d'urgences et à l'utilisation du matériel.

La récente circulaire du 13 février 2007 (relative au réseau des urgences) recommande par ailleurs la mise en place de ces médecins correspondants du SAMU dans les zones rurales.

Si l'on regarde la carte du SAMU faisant état des moyens médicaux dans l'Orne, on s'aperçoit que ces médecins sont assez nombreux et bien répartis sur le département.

Compte tenu des difficultés liées à la démographie médicale, le système de PDS mis en place pour le moment semble fonctionner efficacement. Cependant, dans un futur relativement proche, des modifications seront à apporter du fait du manque cruel de médecins libéraux.

Une dernière particularité de ce département réside dans le fait que beaucoup de médecins correspondants du SAMU sont aussi médecins pompiers, ce qui facilite les bonnes relations.

Les médecins libéraux ont donc un rôle pertinent à jouer dans l'organisation de l'Aide Médicale Urgente.

Différentes restructurations doivent et devront cependant être prises en compte. Une certaine stabilité devra être trouvée dans des départements comme celui de la Manche par exemple et de nouvelles perspectives sont à entrevoir dans l'Orne.

La démographie médicale reste un des enjeux majeurs dans notre région, à solutionner rapidement.

D'autres évolutions sont à prendre en compte aussi, concernant à la fois les médecins et la population qui, du fait de son vieillissement par exemple, modifie sa demande et sa relation au médecin libéral.

Les médecins libéraux en parallèle font face à de nouveaux enjeux concernant la modification des modes de vie, c'est-à-dire une vision du rapport au temps et au rythme de travail différente, une féminisation croissante de la profession (et une possible baisse du temps de travail du fait de la maternité), ou encore un moindre intérêt des jeunes pour la médecine généraliste (jugée trop difficile en terme de qualité de vie)...

Dans le même temps, en plus du rôle que le dispositif peut jouer pour désengorger les services d'urgences, il est nécessaire de penser son articulation avec les autres acteurs de l'Aide Médicale Urgente, le SAMU, mais aussi la garde ambulancière, les sapeurs-pompiers...

Enfin, le dispositif de la PDS coûte cher. Il a été évalué à 400 millions d'euros²⁵ pour 2006 pour la France entière. Et il est financé par des sources très hétérogènes (assurances maladie, collectivités locales), ce qui inclut aussi des règles de gestion différentes.

Pour indication, au niveau national, les interventions de SOS Médecins par exemple coûtent environ 59 euros, un acte effectué dans une maison de garde coûte de 70 à 120 euros.

²⁵ Rapport IGAS/IGA de 2006.

2.1.2. Le SAMU-Centre 15

Si les médecins libéraux peuvent être les premiers intervenants dans l'Aide Médicale Urgente, le SAMU-Centre 15 est lui aussi au cœur du dispositif et joue un rôle très central.

2.1.2.1. Retour sur le Service d'Aide Médicale Urgente

2.1.2.1.1. Présentation

Les premiers SAMU ont été créés en 1968 à Toulouse et en 1969 à Montpellier. En effet, dans le but de coordonner les Unités Mobiles Hospitalières (UMH) rendues obligatoires par un décret du 12 décembre 1965 du Ministère de la Santé Publique, ces structures ont alors vu le jour.

Les UMH sont regroupées dans les SMUR, dépendant des centres hospitaliers. Ainsi les SAMU se sont mis en place pour apporter une régulation et une coordination nécessaire au bon fonctionnement des SMUR.

Par la suite, des SAMU se sont organisés à travers la France. Aujourd'hui on dénombre 105 SAMU pour 100 départements (certains départements en disposent de deux).

2.1.2.1.2. Missions spécifiques

Les missions des SAMU sont dans trois domaines :

- une mission opérationnelle quotidienne ;
- une mission d'éducation sanitaire de prévention et de recherche ;
- une mission opérationnelle en situation d'exception, il s'agit de la mise en place des plans d'urgences plus généraux, comme les plans ORSEC par exemple (voir ultérieurement).

2.1.2.2. Le Centre 15

2.1.2.2.1. Présentation

Les SAMU se sont dotés pour répondre aux demandes d'Aide Médicale Urgente dans les délais les plus brefs d'un numéro unique et gratuit, le 15.

Les appels sont reçus dans un Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA). Les Centres 15 sont des organismes à la fois d'écoute, mais aussi de décisions et de répartition des moyens d'interventions qui peuvent être publics ou privés. Le but recherché est de répondre le plus efficacement possible et le plus rapidement à toute demande médicale.

2.1.2.2.2. La mission opérationnelle quotidienne

Les Centres 15 répondent aux missions des SAMU définies précédemment et notamment à la mission opérationnelle quotidienne.

La loi du 6 janvier 1986 et l'article 3 du décret du 16 décembre 1987 précisent ce rôle.

Cette mission consiste :

- à assurer une écoute médicale permanente ; les appels sont alors réceptionnés par du personnel spécialisé, les Permanents Auxiliaires de Régulation Médicale (PARM), présentés ultérieurement ;
- à déterminer et à déclencher dans les délais les plus rapides la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ; la régulation se fait alors au SAMU-Centre 15 par des médecins, soit hospitaliers (dépendant de l'hôpital), soit libéraux (exerçant notamment à titre privé en dehors de l'hôpital) ; le mode de régulation dépend aussi des départements et les médecins n'y sont pas toujours présents de la même façon ;
- à s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés, adaptés à l'état du patient compte tenu du libre choix, et faire préparer son accueil ; en ce sens, le SAMU-Centre 15 doit observer une neutralité stricte quant au transport des malades vers un établissement privé ou public ;
- à organiser, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service ou à une entreprise privée de transport sanitaire ;
- à veiller à l'admission des patients ; le Centre 15 détermine vers quel centre hospitalier ou clinique doit être transportée la victime.

Toutes ces missions seront mieux explicitées dans la suite de l'étude, en rapport avec la coopération du SAMU-Centre 15 avec d'autres services.

Par ailleurs, l'article 4 du décret de 1987 précise que les SAMU participent aussi à la mise en œuvre des plans ORSEC et des plans d'urgences (voir partie III).

2.1.2.3. Point sur le personnel

Les moyens humains se composent des PARM et des médecins régulateurs.

2.1.2.3.1. Les Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale (PARM)

Ils reçoivent les appels, récoltent les informations principales (lieu de l'appel et nature de l'appel) et transmettent alors l'appel au médecin régulateur.

Pour être PARM, il faut être titulaire du Certificat d'Exploitant Hospitalier en Télécommunication (CEHT)

2.1.2.3.2. Les médecins régulateurs

Pour expliquer leurs fonctions, une définition du terme régulation semble nécessaire.

La régulation médicale est l'administration chargée de gérer l'envoi des moyens médicaux ainsi que les évacuations dans le cadre de l'Aide Médicale Urgente. On peut aussi parler de tri médical, dans le sens où il s'agit surtout d'acheminer les moyens adéquats vers la victime, puis d'amener la victime directement au service médical compétent.

La régulation médicale permet donc de respecter la règle des trois R du Docteur TRUNKEY : "the Right patient to the Right place at the Right time" (le bon patient au bon endroit au bon moment).

Le médecin régulateur du SAMU a pour rôle d'estimer la gravité de l'état de la victime en interrogeant la personne qui est à l'origine de l'appel.

Il détermine la suite de l'appel qui sera alors, soit un simple conseil, soit l'envoi de moyens.

Les différents moyens sont :

- l'envoi d'un médecin de garde (ou l'envoi du patient vers le médecin de garde, situation variant selon les secteurs ou les départements) ou d'associations d'urgentistes libéraux (association type SOS Médecins) ;
- l'envoi d'une ambulance privée ;
- l'envoi d'un Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes (VSAV) des sapeurs-pompiers ;
- l'envoi d'une Unité Mobile Hospitalière ou SMUR.

La réponse est donc graduée, en fonction de la gravité de l'urgence de l'affection.

Pour déterminer ce niveau d'urgence, le régulateur détermine au moment de l'appel :

- la gravité de l'état (G) ;
- les soins nécessaires (S) ;
- le temps disponible avant une aggravation irréversible (T) ;
- l'impact de l'entourage ou la valence sociale (V).

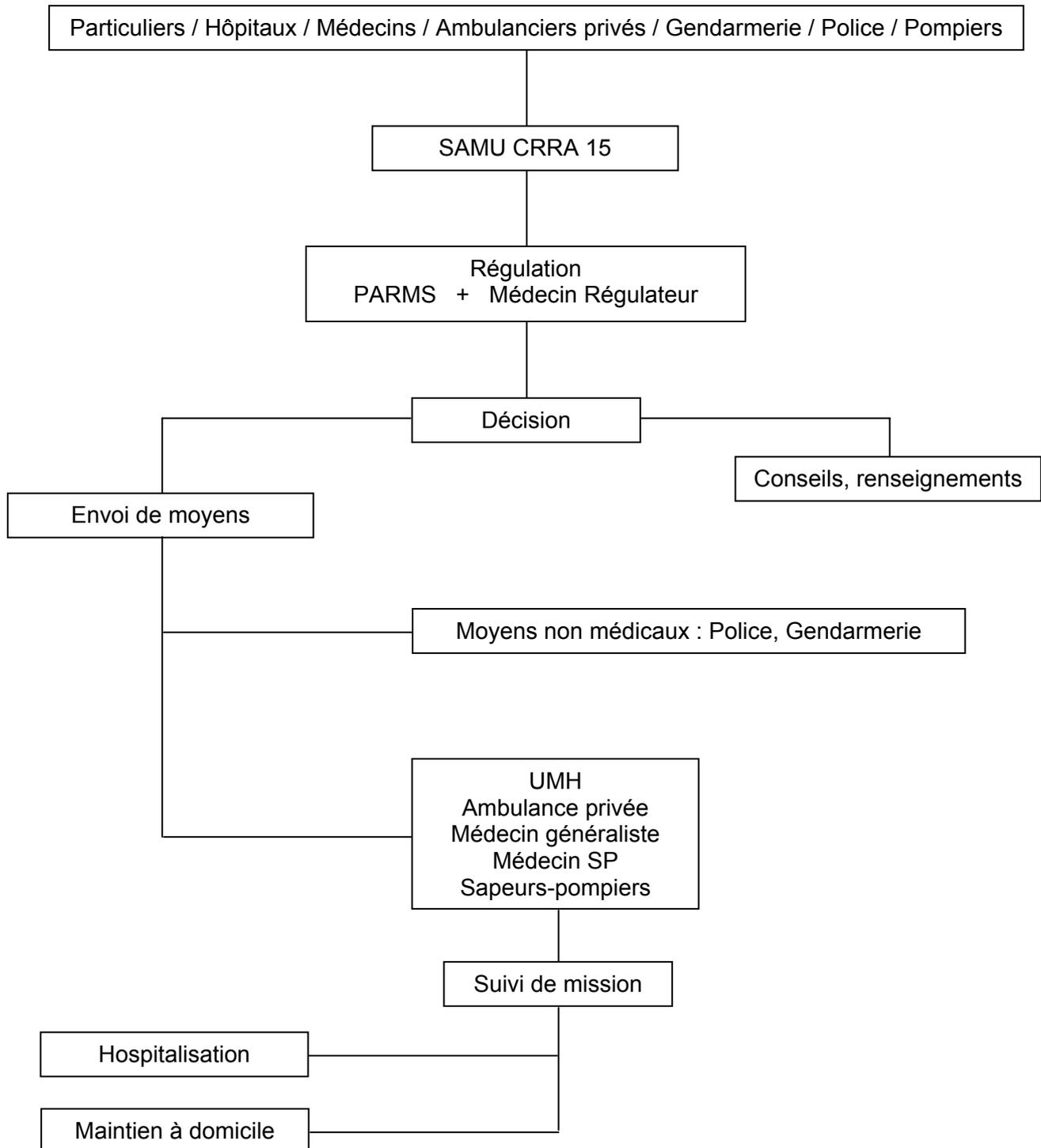
Ainsi l'équation $V = G \times S \times V / T$ pourrait quantifier l'urgence si chaque élément lui-même pouvait être quantifié.

La régulation médicale peut aussi se faire dans le même temps par des médecins libéraux dans le cadre de leur participation à la Permanence Des Soins. Nous verrons ultérieurement (partie III) les conditions de cette participation.

Par ailleurs, il faut souligner les difficultés liées à la régulation médicale quant à l'évolution des risques réels. En effet, lorsqu'un enfant appelle par exemple, il n'est pas facile de lui faire évaluer la situation et de lui accorder la confiance nécessaire pour lui faire appliquer certains gestes préalables.

Parfois, l'envoi d'une équipe de secours, même si le cas ne le paraît pas justifié au téléphone, peut paraître judicieux quand l'appel est passé par un enfant. Ainsi, en février 2002, un médecin régulateur avait conseillé à un enfant de 10 ans qui appelait pour son père de joindre de préférence le médecin de garde. Les secours ont été déclenchés au 2^{ème} appel, mais sont malheureusement arrivés trop tard. Le médecin régulateur a été condamné le 10 août 2005 pour cette erreur.

Schéma récapitulatif :
Principe général de fonctionnement du Centre 15 - source SAMU



2.1.2.4. La formation professionnelle

2.1.2.4.1. Le Centre d'Enseignement et de Soins d'Urgence (CESU)

L'article 6 du décret du 16 décembre 1987 précise que les SAMU apportent leurs concours à l'enseignement et à la formation des professions médicales et paramédicales et des professionnels de transport sanitaire. Ils participent également à la formation des secouristes selon ces modalités déterminées par le décret du 4 janvier 1977.

L'arrêté du 26 juillet 1995 donne à l'école des SAMU son appellation actuelle : le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU).

Plus récemment, l'arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence impose la formation de l'ensemble des personnels, voués à travailler ou exerçant au sein d'établissement de santé ou d'une structure médicosociale à détenir une attestation de formations de niveau 1 ou 2 (en fonction de la catégorie professionnelle). Le niveau 3 de ces formations concerne la prise en charge des personnes contaminées face aux risques Nucléaire, Radiologique, Biologique, Chimique (NRBC).

Enfin, l'arrêté du 20 avril 2007 (relatif à la formation aux gestes et soins d'urgences au cours des études médicales, odontologiques et pharmaceutiques) vient compléter l'arrêté du 3 mars 2006 en précisant que les étudiants concernés doivent acquérir l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgences avant la fin du deuxième cycle.

Le CESU fonctionne avec deux tutelles, l'une pédagogique (le SAMU) et l'autre administrative et financière (le service de formation du centre hospitalier).

L'Association Nationale des Centres d'Enseignement en Soins d'Urgence (ANCESU), créée en 1991, est référente et doit être consultée pour toutes les formations concernant l'Aide Médicale Urgente.

Le CESU doit donc s'occuper des PARM, des ambulanciers, de l'apprentissage des gestes de premiers secours, du défibrillateur semi-automatique... Ils possèdent aussi leurs propres locaux, parfois partagés avec les SAMU. Ils sont plus ou moins vastes et adaptés en fonction de la mise en place ou non d'une formation initiale pour les ambulanciers.

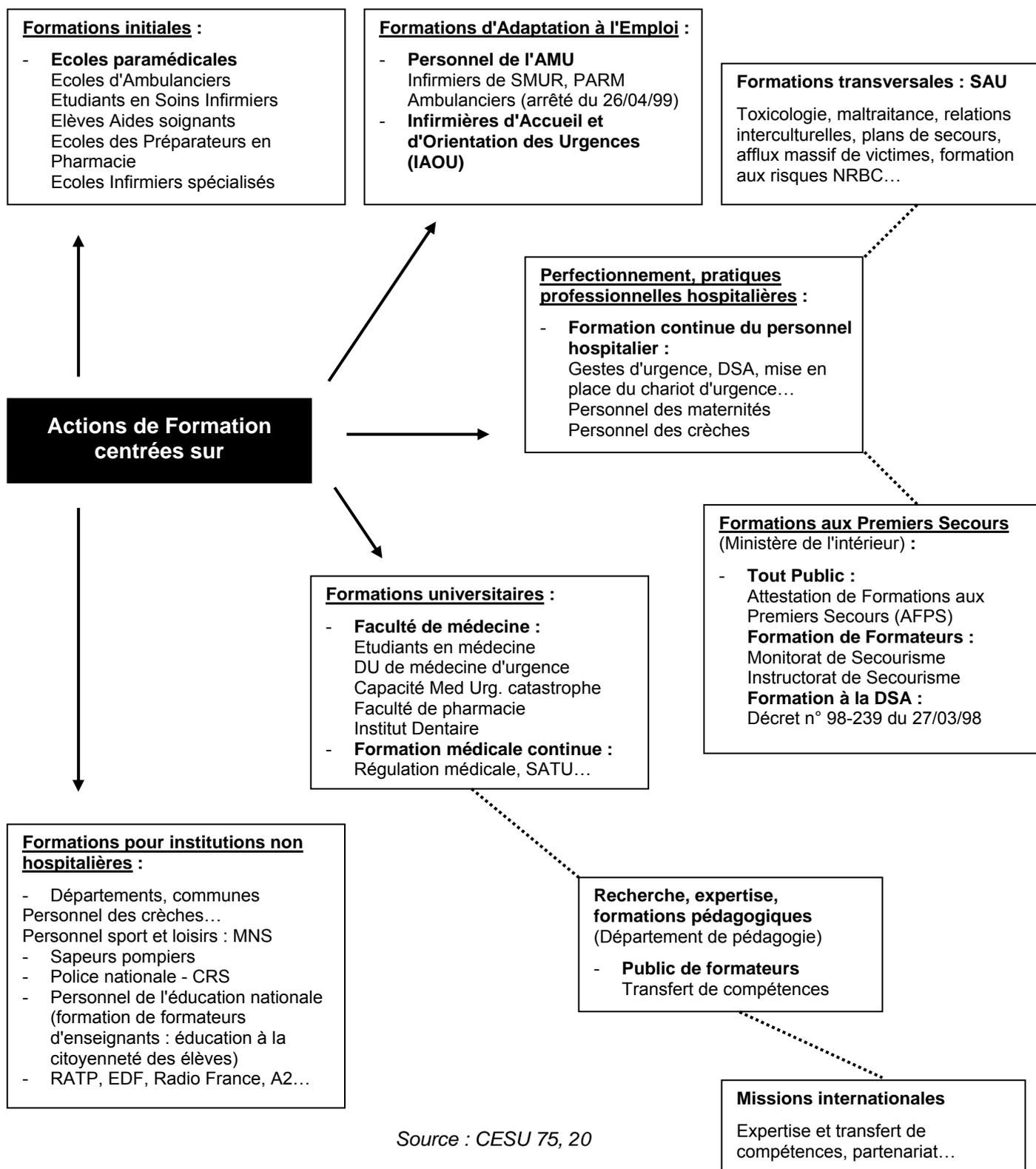
Pour information, en Basse-Normandie, en 2006, les actions de formations ont concerné plusieurs centaines de personnes selon les départements.

Ainsi dans la Manche par exemple, 810 personnes ont été formées, dont 94 aux risques NRBC, 141 à l'utilisation d'un défibrillateur semi automatique et 102 personnes aux gestes de Premiers Secours par exemple, pour un total de 8 822 heures cumulées. Dans l'Orne, 651 personnes ont été formées sur cette même année 2006, dont 117 aux risques NRBC et 87 à l'utilisation d'un défibrillateur semi-automatique. Dans le Calvados, 1 324 personnes ont été formées dont 170 aux risques NRBC et 590 au DSA.

2.1.2.4.2. Illustration des domaines d'activité du CESU

Un schéma explicatif permet de mieux comprendre les activités du CESU et ses champs de compétences.

Domaines d'activité des CESU



Source : CESU 75, 20

2.1.2.5. Rappel des chiffres nationaux

Les SAMU-Centres 15 traitent environ 10 millions d'appels en France par an, ce qui correspond en réalité à 4,5 millions de cas médicaux et se traduit par 650 000 sorties annuelles de SMUR (ces chiffres correspondent à l'année 2004 et la moyenne annuelle est d'environ 10 % par an).

Qu'en est-il au niveau régional dans les différents SAMU-Centres 15 ?

2.1.2.6. L'organisation en Basse-Normandie

2.1.2.6.1. Le SAMU-Centre 15 du Calvados

a) Création

Le SAMU 14 et le Centre 15 furent créés au même moment, le 10 octobre 1981. Ils couvrent toute la population du département, soit 664 288 habitants²⁶ et doivent tenir compte des spécificités telles que l'espace côtier assez important du département et l'afflux touristique pendant certaines périodes.

b) Moyens humains

Les PARM sont au nombre de 17 en 2006. Les médecins régulateurs sont 33.

Il existe une spécificité du SAMU-Centre 15 de Caen quant aux médecins régulateurs. En effet, il existe à la fois des médecins urgentistes et des médecins libéraux en permanence qui se répartissent les appels selon qu'ils relèvent de l'urgence vraie et ressentie ou qu'ils relèvent de la Permanence Des Soins. La régulation libérale permet de faire un tri nécessaire et d'adapter la réponse pour qu'elle soit la plus adéquate possible à la demande de la personne qui appelle (régulation libérale - voir partie III).

Celle-ci est vivement préconisée par le SROS III en parallèle de la régulation hospitalière dans les trois SAMU-Centres 15 de la région (voir circulaire n° 195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 sur la distinction entre les actes relevant de la PDS et ceux relevant de l'AMU). Les médecins régulateurs sont au nombre de 33, dont 13 médecins libéraux, 13 hospitaliers et 7 remplaçants.

c) Moyens matériels et de communications

Au départ, lors de sa création en 1981, le SAMU-Centre 15 du Calvados était situé dans les locaux même des services d'urgences. Depuis 1990, il est placé dans une annexe. La salle de régulation fut rénovée en 1997.

Par ailleurs, il dispose de moyens radiophoniques et de logiciels spécifiques, à l'exemple d'un logiciel commun avec les ambulanciers privés qui permet de voir en temps réel leur disponibilité sur le territoire, ainsi qu'une ligne directe avec les sapeurs-pompiers ou le CTA CODIS (carte 8) des pompiers ou encore avec SOS Médecins.

Ces moyens technologiques sont le signe d'une évolution vers une prise en charge plus rapide et efficace des appels.

²⁶ Estimation de l'INSEE en 2004.

Ces logiciels et outils de télécommunications permettent de penser la coordination entre les différents secteurs de l'urgence (voir partie III).

d) Activités

Le nombre d'appels distinct du nombre d'affaires/appels traités n'a cessé d'augmenter. En 2000, il y a eu 135 951 appels, 207 199 en 2003 et 217 984 en 2005.

Le document relatif au bilan du volet urgences du SROS II 1999-2004 récapitule l'activité du SAMU-Centre 15 du Calvados entre 2000 et 2002.

Activité SAMU	2000*	2002**	Variation 2000-2002
Nombre total d'appels entrants	135 951 372,5 A/J	190 524 522,0 A/J	+ 40,1 %
Répartition des appels :			
- 1 semaine (moyenne Q)	330,3 A/J	457,9 A/J	+ 34,4 %
- de 8 h à 20 h	212,2 A/J	285,2 A/J	+ 46,2 %
- de 20 h à 8 h	118,1 A/N	172,7 A/N	+ 42,8 %
- 2 week-ends (moyenne Q)	478,3 A/J	682,8 A/J	
Suite donnée aux appels :			
- renseignements adm.	17 353	72 061	
- conseil médical	13 920	36 867	
- appel transmis au médecin libéral de garde		42 225	
- envoi SMUR		5 325	
- envoi VSAB du SDIS	4 133	5 279	
- envoi ambulance privée		5 961	
- autres		22 828	

A/J : appels par jour - A/N : appels par nuit

Activité du SAMU-Centre 15 du Calvados

* données issues de l'enquête CRAM, sur les SAMU-Centres 15 (2002)

** données établissements

e) Budget et financement

En 2005, le budget du SAMU-Centre 15 du Calvados était de 1,920 326 million d'euros.

Le budget est négocié avec l'ARH et des subventions sont accordées par le Conseil Général.

2.1.2.6.2. Le SAMU-Centre 15 de la Manche

a) Création

Le SAMU 50 fut créé en 1985. Dix ans plus tard, le Centre 15 voit le jour.

Il couvre la totalité du département de la Manche, soit 489 000 habitants²⁷. Il tient compte de l'espace côtier et de l'afflux touristique, mais aussi de structures particulières comme le site nucléaire de la Hague, le site nucléaire du port militaire

²⁷ Estimation de l'INSEE au 1^{er} janvier 2005.

de Cherbourg et le site du Mont Saint Michel (un site très touristique avec plus d'un million de visiteurs par an).

b) Moyens humains

Les PARMS sont au nombre de 14. Les médecins régulateurs sont au nombre de 10 en 2006, avec une activité partagée avec le service d'urgence, le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) ou encore avec d'autres services de l'hôpital de Saint-Lô pour certains praticiens, ce qui fait un total de 18 équivalents temps plein pour la régulation. Selon la Direction, il en faudrait au moins 21 pour avoir un effectif complet et performant et ne pas avoir besoin de recourir systématiquement à l'intérim.

c) Moyens matériels et de communications

Les locaux du SAMU-Centre 15 de la Manche sont au sous-sol de l'hôpital Mémorial France Etats-Unis de Saint Lô, proches du service d'urgence et de l'UHCD qui se situe au rez-de-chaussée.

Le SAMU 50 dispose d'une ligne téléphonique spécialisée avec les sapeurs-pompiers (le SDIS de la Manche). La régulation dispose d'un autocom permettant la remontée automatique des numéros d'appelants avec leurs adresses. La gestion des appels se fait à l'aide du logiciel APPLI SAMU.

Enfin, le SAMU 50 peut bénéficier très régulièrement de l'hélicoptère de la sécurité civile (basé à Granville) dans le cadre d'un partenariat et d'une formation continue rassemblant les équipes de SMUR de Granville, Coutances, Saint-Lô, les sapeurs-pompiers de Granville et les équipages de la base de Donville.

d) Activités

En 2005, le nombre d'appels fut d'environ 100 000. Selon le bilan du volet urgences du SROS II (1999-2004), le nombre d'appels en 2000 fut de 42 000 et de 74 819 en 2002, soit une augmentation de 78,1 %.

Par ailleurs, en 2006, le nombre d'appels a dépassé les 100 000. La croissance par rapport à 2005 fut de 2 %.

Activité SAMU	2000*	2002**	Variation 2000-2002
Nombre total d'appels entrants	42 000 115,1 A/J	74 819 205,0 A/J	+ 78,1 %
Répartition des appels :			
- 1 semaine (moyenne Q)	120,6 A/J	158,9 A/J	+ 29,3 %
- de 8 h à 20 h	72,2 A/J	93,4 A/J	+ 36,1 %
- de 20 h à 8 h	48,4 A/N	65,9 A/N	+ 137,3 %
- 2 week-ends (moyenne Q)	134,7 A/J	319,6 A/J	
Suite donnée aux appels :			
- renseignements adm.	6 135	2 085	
- conseil médical	3 644	9 891	
- appel transmis au médecin libéral de garde		12 336	
- envoi SMUR		5 680	
- envoi VSAB du SDIS	3 613	3 842	
- envoi ambulance privée		4 089	
- autres		36 896	

A/J : appels par jour - A/N : appels par nuit

Activité du SAMU-Centre 15 de la Manche

* données issues de l'enquête CRAM, sur les SAMU- Centres 15 (2002)

** données établissements

2.1.2.6.3. Le SAMU-Centre 15 de l'Orne

a) Création

C'est en octobre 1981 que le SAMU 61 est créé sur le site du centre hospitalier d'Alençon, tandis que le Centre 15 est ouvert en janvier 1990, soit presque 9 ans plus tard.

Le SAMU-Centre 15 d'Alençon couvre un bassin de population de 380 000 habitants (l'Orne en compte environ 302 500). Il reçoit en effet également des appels provenant des départements limitrophes, comme la Sarthe, la Mayenne, le Calvados, l'Eure-et-Loir et l'Eure.

b) Moyens humains

Selon le bilan d'activité 2006, il y a 12 postes PARM au SAMU-Centre 15 de l'Orne, effectif qui n'est pas suffisant. Selon ce même document, il devrait y en avoir 13 ou 14.

Le rythme et le temps de présence s'organisent sur 12 heures :

- de 8 h à 20 h ;
- de 20 h à 8 h.

2 PARM sont présents en soirée la semaine, 3 le week-end et jours fériés et 2 la nuit.

Les médecins urgentistes sont au nombre de 23 et se partagent la régulation, le SAU, les gardes de SMUR sur Alençon, L'Aigle, Mortagne et Mamers.

Le chef de service est un médecin anesthésiste-réanimateur.

Les infirmiers diplômés d'Etat et/ou les infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IDE/IAPE) sont au nombre de 6 et les permanences sont de 12 heures - une le jour et une la nuit.

c) Moyens matériels et de communication

La salle de régulation est dotée de moyens de communications pour la prise d'appels.

Nous pouvons citer entre autres l'autocom (pour la remontée automatique du numéro de téléphone de l'appelant) ou encore un logiciel d'aide à la régulation (APPLI SAMU) depuis janvier 2004.

Par ailleurs, il existe des réseaux radiophoniques importants, un réseau départemental pour les SMUR, une liaison avec le SDIS et les VSAV, une fréquence aérienne avec l'hélicoptère du SAMU, une fréquence pour le déclenchement des personnels SAMU-SMUR et des médecins généralistes de garde d'Alençon.

Il convient de souligner aussi que le SAMU-Centre 15 d'Alençon est le seul de la région à disposer d'un hélicoptère depuis 1993 (avec une monoturbine et depuis 1998 avec une biturbine) dans le cadre d'une coopération interrégionale ou interdépartementale (avec la Sarthe notamment).

Enfin, le SAMU-Centre 15 de l'Orne dispose depuis mai 2007 d'un nouvel outil : la régulation déportée (voir page suivante).

d) Activités

Selon le bilan d'activité urgence du SROS II (1999-2004), le nombre total d'appels entrants en 2000 était de 32 898 et d'environ 80 000 en 2002, soit une augmentation de 143,2 %. Pour indication, voici le tableau récapitulatif entre 2000 et 2002 du nombre d'appels comme pour les autres départements.

Activité SAMU	2000*	2002**	Variation 2000-2002
Nombre total d'appels entrants	32 898 90,1 A/J	≈ 80 000 ≈ 219 A/J	+ 143,2 %
<u>Répartition des appels :</u>			
- 1 semaine (moyenne Q)	67 A/J		
- de 8 h à 20 h	36 A/J	nc	
- de 20 h à 8 h	31 A/N		
- 2 week-ends (moyenne Q)	147 A/J		
<u>Suite donnée aux appels :</u>			
- renseignements adm.			
- conseil médical		12 860	
- appel transmis au médecin libéral de garde		10 500	
- envoi SMUR		3 850	
- envoi VSAB du SDIS		5 228	
- envoi ambulance privée		8 236	
- autres			

A/J : appels par jour - A/N : appels par nuit

Activité du SAMU-Centre 15 de l'Orne

* données issues de l'enquête CRAM, sur les SAMU-Centres 15 (2002)

** données établissements

Pour information, le nombre d'affaires en 2002 fut de 43 282 et en 2005 de 57 692. Le nombre d'affaires est à distinguer du nombre d'appels. La première catégorie concerne les appels effectivement traités.

Ainsi pour 2006, les chiffres sont les suivants :

Le nombre d'affaires en 2006 fut de 63 800.

Celles-ci se répartissent différemment selon l'heure de l'appel :

En semaine :

- de 8 h à 20 h : - 19 993 ;
- de 20 h à 8 h : - 13 752.

Week-end et jours fériés :

- de 8 h à 20 h : 22 667 ;
- de 20 h à 8 h : 6 826.

Le week-end et les jours fériés, la différence entre le nombre d'affaires le jour et la nuit est importante. En semaine, l'amplitude est plus réduite. Ces considérations sont à prendre en compte pour évaluer les moyens humains nécessaires à une bonne régulation.

Enfin, les suites données à ces appels sont les suivantes :

- envoi d'un SMUR primaire dans 5 811 cas ;
- envoi d'un SMUR secondaire dans 1 259 cas ;
- envoi d'une ambulance dans 12 144 cas ;
- envoi d'un VSAV pompier dans 8 081 cas ;
- conseils pour 12 310 cas, dont 7 521 conseils médicaux.

e) Budget et financement

Le budget du SAMU-Centre 15 de l'Orne est de 1 281 723 euros, dont 166 293 sont financés par le Conseil Général de l'Orne.

f) La régulation déportée

Compte tenu de la difficulté de recruter des médecins régulateurs libéraux la nuit et en soirée au Centre 15 (en rapport avec la situation géographique particulière d'Alençon à la limite du département), un accord de principe a été donné quant à la régulation déportée.

Le médecin libéral peut réguler les appels du Centre 15 de chez lui via un système Internet. Il doit disposer alors d'un ordinateur, d'une ligne ADSL, d'un téléphone portable ou de deux lignes. La formation a par ailleurs déjà commencé.

De façon générale, on constate l'augmentation des appels (ou des affaires) sur ces dernières années. Cette augmentation est sensible aux différentes périodes de fêtes ou de vacances saisonnières.

Par ailleurs, cela pose quelques problèmes de personnels. Le SAMU de l'Orne, comme celui de la Manche, manque de médecins et/ou de PARM.

Ces problèmes de personnel seront résolus pour certains avec de nouveaux moyens comme la régulation libérale déportée, mais ils doivent être pris en considération de manière sérieuse.

Enfin, la circulaire du 16 avril 2003 (relative à la prise en charge des urgences) insiste aussi sur la mutualisation des SAMU. Il s'agit en réalité de permettre aux différents SAMU de la région de travailler en complément pendant les périodes de faible activité. Un des trois SAMU de la région effectuerait la régulation. Un médecin régulateur serait alors présent, en éveil à son poste de façon permanente. Cela suppose aussi au préalable une concordance dans les procédures et les logiciels. Les 3 SAMU bas-normands fonctionnent d'ailleurs avec le même logiciel. Ils seraient mis en réseau afin d'être plus efficaces, mais aussi de mieux s'adapter au manque de médecins (notamment pour la régulation libérale) sur certains territoires (voir partie III).

2.1.3. Les SMUR

Il convient d'intégrer dans la présentation des SAMU-Centres 15, celle des Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) qui ne peuvent être déclenchés que sur demande du médecin régulateur.

2.1.3.1. Présentation

2.1.3.1.1. Historique

Les Services Mobiles d'Urgences et de Réanimation sont directement liés au SAMU-Centre 15. Il s'agit d'une équipe médicale mobile destinée à délivrer une Aide Médicale Urgente lors d'un accident ou d'un malaise ou encore à effectuer des transports entre hôpitaux. Ces derniers sont qualifiés de transports secondaires, les premiers étant des transports primaires.

C'est en 1956 que fut créé à Paris le premier service mobile de réanimation par le Professeur Maurice CARA pour les transports inter-hôpitaux de patients atteints de poliomyélite.

2.1.3.1.2. Contexte législatif et réglementaire

Le décret du 2 décembre 1965 a obligé les centres hospitaliers et hôpitaux sur une liste du Ministère de la Santé à se doter de moyens mobiles de secours d'urgences ou à passer une convention avec un tiers (comme les sapeurs-pompiers par exemple).

Le terme SMUR a évolué par rapport à sa définition originale. Il désignait ainsi le véhicule d'urgence (toujours des ambulances) et les personnels étaient ceux des urgences. Aujourd'hui, il désigne l'ensemble de la structure (personnel, véhicule et matériel). L'équipe volante est elle appelée Unité Mobile Hospitalière (UMH).

Les SMUR sont une composante de l'urgence médicale, liée auparavant au SAU. Au sein d'un SMUR, le personnel est constitué d'un médecin urgentiste, d'un infirmier et d'un ambulancier. Ils se déplacent dans une Unité Mobile Hospitalière qui peut être aussi bien terrestre qu'hélicoptérée ou aéronautique. Dans ces véhicules se

trouve tout le matériel nécessaire à une chambre de réanimation (médicament, matériel de ventilations artificielles...).

Ainsi le rôle des SMUR est d'assurer les meilleurs soins possibles dans les lieux de l'intervention et, par ailleurs, de définir en accord avec le SAMU, le service le plus adapté pour recevoir le patient et assurer le transport dans de bonnes conditions.

Une confusion est souvent faite entre SMUR et SAMU, les véhicules et vêtements des personnels portant souvent la même mention SAMU. Ils sont de toute façon inter-dépendants. Les SMUR n'interviennent que sur la demande du SAMU.

Il existe environ 350 SMUR en France. Ils sont répartis dans les départements pour couvrir le territoire de façon équilibrée.

Avant le décret n° 2006-577 du 22 mai 2006, la présence d'un infirmier n'était obligatoire que lorsque des manœuvres de réanimation étaient envisagées. Ce décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de santé publique (art. D6124-13) impose dès lors la présence systématique d'un infirmier. Il autorise aussi (ainsi que celui n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique, art. R6312-28-1) le transport secondaire inter-hôpitaux avec un infirmier mais sans médecin.

Ainsi, pour résumer, les SMUR ont pour mission d'apporter 24 h sur 24, en tous lieux et sur l'ensemble du territoire, et selon les décisions du médecin régulateur du SAMU-Centre 15, la médicalisation des interventions auprès des patients dont l'état nécessite des soins d'urgence et de réanimation.

2.1.3.2. Au niveau régional

2.1.3.2.1. Répartition territoriale

En Basse-Normandie, il existe 20 SMUR et antennes SMUR au total (toutefois la notion d'antenne disparaît aussi avec les décrets du 22 mai 2006).

Ces SMUR étaient basés en lien avec les SAU, voire parfois avec des UPATOU.

Les SMUR sont répertoriés selon les secteurs sanitaires (voir carte page suivante).

Selon les recommandations du SROS III, les SMUR doivent être à 30 minutes maximum des lieux d'intervention (soit 40 minutes avec un véhicule classique), même si les implantations des services d'accueil des urgences laissent apparaître un certain nombre de communes où le temps d'accès aux services d'urgences est supérieur à 30 minutes.

La couverture du réseau SMUR est nécessaire pour assurer l'équilibre sur le territoire.

CARTE "LES SERVICES MOBILES D'URGENCE ET DE REANIMATION"

2.1.3.2.2. Activités

En 2002, les SMUR de la région ont effectué 15 000 sorties. L'augmentation par rapport à 1998 est de 5,6 %. Les chiffres des deux dernières années diffèrent selon les trois départements.

a) Pour l'Orne

Il y a eu 4 695 sorties dans le département de l'Orne.

Ces sorties sont ainsi répertoriées selon les SMUR :

- Alençon : 1 486 ;
- Flers : 740 ;
- L'Aigle : 723 ;
- Argentan : 663 ;
- Mortagne au Perche : 480 ;
- La Ferté Macé : 310 ;
- Domfront : 293.

Cependant, le nombre de sorties SMUR au total si les sorties SMUR des départements limitrophe sont ajoutées à la demande du SAMU 61 est de 5 229 (il faut alors ajouter Mamers : 278 sorties ; Nogent le Rotrou : 139 ; Lisieux : 41 ; Falaise : 26 ; Le Mans : 23 ; Mayenne : 11 ; Evreux : 7 ; Vire : 5 et enfin Dreux : 4). Le SMUR de Mamers intervient fréquemment, mais il est à rapprocher du CHIC Alençon-Mamers. La coopération est donc privilégiée.

Pour ce qui concerne les sorties hélicoptérées²⁸ dans le département de l'Orne, le détail de ces sorties est explicité de 2000 à 2005 (avec 18 sorties primaires en 2005 et 431 secondaires).

Activités	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Affaires	28 153	29 724	43 282	53 472	56 412	57 692
Primaires	1 782	1 722	1 713	1 901	2 081	2 251
Primaires hélico	15	28	19	32	15	18
Secondaires terrestres	806	722	678	977	773	712
Secondaires hélico	537	500	515	508	482	431

Activités des SMUR de l'Orne au cours des 6 dernières années

Source : Bilan d'activité - 2006

b) Pour la Manche

Le nombre de sorties SMUR a augmenté entre 1998 et 2005 de 41 %. L'accroissement fut par ailleurs quasiment continu.

²⁸ Voir précédemment dans "Les SAMU-Centres 15".

Villes	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Manche								
Saint Hilaire du Harcouët	130	147	181	196	227	262	290	351
Cherbourg	642	626	897	1 019	1 076	1 120*	1 236**	1105***
Valognes	Ouverture 1 ^{er} juin 2005							399
Coutances (Saint Lô)	449	486	573	631	692	760	832	801
Saint Lô ²⁹	870	790	862	942	1 003	948	1 045	1 028
Granville	425	385	541	567	582	591	595	647
Avranches	388	397	486	533	589	577	599	598
Total Manche	2 904	2 831	3 540	3 888	4 169	4 258	4 597	4 929
Hors Manche								
Domfront	4	4	6	5	4	-	5	5
Bayeux	3	2	3	2	4	3	3	1
Flers	2	3	3	2	-	2	1	1
Fougères	5	4	4	3	4	3	1	3
Rennes	4	1	-	1	2	1	2	0
Saint Malo	1	2	1	1	1	2	-	1
Vire	46	32	49	77	72	46	34	37
Autre	-	5	7	5	2	4	3	23
Total hors Manche	65	53	73	96	89	61	49	50
Total global	2 969	2 884	3 613	3 984	4 273	4 319	4 646	4 979

* dont 57 par SOS Médecins à la demande du Centre 15

** dont 77 par SOS Médecins à la demande du Centre 15

*** dont 50 par SOS Médecins à la demande du Centre 15

Activités des SMUR primaires dans le département de la Manche de 1998 à 2005

Source : SAMU 50

Il convient de souligner que même si le SAMU ne dispose pas d'hélicoptère, celui de la sécurité civile est basé à Granville et est disponible à la demande du SAMU quand il est libre.

Ainsi voici un tableau récapitulatif des missions SMUH avec "Dragon 50" de 1998 à 2005 (source SAMU 50).

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Primaires	50	60	33	54	49	57
Secondaires	46	72	79	66	48	110
Total	96	132	112	120	97	167

Remarque : changement de voilure printemps 2004 (EC 145)

En 2006, les appels aux SAMU-Centres 15 ont généré l'envoi de 4 546 équipes de SMUR primaires (soit une baisse de 5 % par rapport à 2005) et 1 509 transferts secondaires (soit une augmentation de 4 % par rapport à 2005).

²⁹ Il faut souligner ici le manque d'un ambulancier pour le SMUR de Saint-Lô, ce qui est contraire au règlement.

Par ailleurs, un projet se dessine dans ce département quant à la construction d'un SMUR maritime à Granville. Ce projet, en effet, est développé en partenariat avec le service d'urgences et le SMUR du centre hospitalier de Granville, la base hélicoptère de la sécurité civile et enfin le SAMU 50. Il aurait pour but de permettre une médicalisation la plus efficace possible lors d'accident ou de pathologie médicale grave survenant en mer, dans un rayon de 100 miles autour de Granville.

En ce sens, un rapprochement a été opéré avec le SAMU du Havre en tant que référent régional pour les secours en mer. Un programme d'exercices communs a par ailleurs déjà été mis en place entre le SMUR de Granville, le SAMU du Havre et la base hélicoptère de la sécurité civile. Il s'agissait d'assurer l'hélicoptère³⁰ des équipes SMUR dans des secteurs de falaises et en mer.

Il existe déjà en France 4 SAMU de Coordination Médicale Maritime (SCMM), Granville pourrait devenir le cinquième. Les autres sont situés à Brest, à Bayonne, à Toulon et au Havre.

Cependant, pour faire aboutir ce projet, de nouveaux moyens sont nécessaires, comme des tenues spécifiques, du matériel adapté et protégé contre l'eau par exemple, des moyens qui nécessitent de nouveaux engagements d'ordre financier...

c) Pour le Calvados

Il y a environ 4 500 transports SMUR primaires par an dans le Calvados.

Le SMUR de Caen par exemple a accompli 2036 sorties (primaires et secondaires) en 2006.

Par ailleurs, le Calvados a souvent recours aux moyens hélicoptères de l'Orne en particulier (hélicoptère SMUR) mais aussi à ceux du Havre (hélicoptère de la sécurité civile) ou de Granville (sécurité civile aussi).

Le SAMU-Centre 15 du Calvados fait fréquemment appel aux moyens hélicoptères, particulièrement vers le CHU qui est le seul établissement de la région à pouvoir traiter certaines spécialités (pédiatrie, traumatismes graves, accidents cardio-vasculaires...).

2.1.4. Les SDIS

Autres acteurs importants, les Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS) interviennent directement sur le terrain et disposent d'une organisation spécifique.

2.1.4.1. Présentation

Les Services Départementaux d'Incendie et de Secours sont des établissements publics administratifs départementaux. Ils sont composés de sapeurs-pompiers professionnels, de sapeurs-pompiers volontaires et d'agents administratifs techniques et spécialisés (PATS) qui seront présentés ultérieurement.

³⁰ Opération de treuillage. Le treuil est un appareil dont l'élément essentiel est un cylindre horizontal, appelé tambour, sur lequel s'enroule une corde, une chaîne, un câble et qui sert à élever des fardeaux. Le treuillage se définit comme l'utilisation de ce treuil pour soulever des charges, des personnes à bord d'un hélicoptère stationnaire.

2.1.4.1.1. Les missions générales

Les SDIS ont pour mission de mettre à disposition des Maires et des Préfets les moyens d'intervention afin de :

- préserver et évaluer les risques de sécurité civile ;
- préparer les mesures de sauvegarde et organiser les moyens de secours ;
- protéger les personnes, les biens et l'environnement ;
- assurer les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes, ainsi que leur évacuation.

2.1.4.1.2. Petit détour historique

Le métier de sapeur-pompier, s'il n'a pas toujours porté ce nom, date de la période antique, même si l'organisation des sapeurs-pompiers en tant que structure spécifique est elle assez récente.

La loi municipale du 5 avril 1884 organise les services chargés de la lutte contre les incendies et les secours dans le code communal.

En 1938, un Service Départemental d'Incendie et de Secours est créé afin de permettre au Préfet de coordonner les actions de secours plus efficacement.

En 1957, le SDIS devient un établissement public départemental présidé de droit par le Président du Conseil Général.

En 1996, la départementalisation prend tout son sens et la logique communale est remplacée définitivement par une logique d'organisation départementale, un changement qui a pour but d'optimiser les moyens mis en œuvre comme les solidarités locales.

Le SDIS est alors devenu au fil du temps, et particulièrement avec cette loi de 1996, le seul gestionnaire des moyens humains et matériels des secours et de la lutte contre l'incendie.

2.1.4.1.3. L'organisation administrative et opérationnelle du SDIS

a) Administrativement

S'ils sont des établissements publics départementaux, les SDIS disposent d'une particularité : ils sont à la fois sous la tutelle du Préfet de Département pour la mise en œuvre opérationnelle de l'ensemble des moyens de secours et, dans le même temps, leur gestion administrative et financière est placée sous l'autorité du Président du Conseil d'Administration du SDIS.

Le Conseil d'Administration du SDIS est renouvelé tous les 3 ans. La loi du 13 août 2004, relative à la modernisation de la sécurité civile précise que ce Conseil d'Administration est présidé par le Président du Conseil Général ou par l'un des membres du Conseil d'Administration désigné par le Président du Conseil Général. Le Préfet est quant à lui membre de droit.

Au Conseil d'Administration sont prises les décisions relatives au budget, au plan d'équipement en véhicules ou matériels, à la construction des casernes, aux

dispositions permettant de renforcer le volontariat ou encore au recrutement des sapeurs-pompiers professionnels.

b) Organisation

Au sein de chaque SDIS, il existe différents groupements de services (appelés aussi parfois tout simplement services) :

- Le groupement de services logistiques et techniques ou groupement des immobilisations. On relève dans ce groupement ce qui concerne la logistique, l'immobilier, l'équipement, le matériel informatique et de communication. Selon les différents SDIS, les services qui fondent ce groupement peuvent porter différents noms. Cependant, les missions sont toujours sensiblement les mêmes.
- Le service du personnel ou service des ressources humaines : Ce service assure la gestion des personnels sapeurs-pompiers professionnels et volontaires et des PATS du SDIS. Il s'occupe ainsi du développement du volontariat et de la gestion des salaires ou vacations (pour les volontaires).

En parallèle, la question de la formation du personnel prend une place importante au sein des SDIS (au travers du service Formation/Sport).

En ce sens, dans chaque département, il existe parfois une école spécifique qui permet de former les sapeurs-pompiers professionnels comme volontaires, mais également dans certains cas le personnel administratif. Cette école départementale, lorsqu'elle existe, dispose de locaux pédagogiques, d'installations sportives, de plateaux techniques (avec par exemple des maisons à feu pour un entraînement optimal).

La formation professionnelle est très importante chez les sapeurs-pompiers. Elle leur permet de maintenir les acquis des formations précédentes, de bénéficier de formations à l'avancement et à l'encadrement ou encore de formations spécialisées du fait des nouvelles techniques pour une plus grande efficacité.

c) Le groupement de services opérations-prévisions

Il se compose de deux services :

- Le service opérations : Il gère l'organisation opérationnelle du département. Il dispose pour ce faire d'un Centre de Traitement et d'Alerte (CTA - voir ultérieurement) et d'un Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours (CODIS) lorsqu'une crise de plus grande ampleur se profile.
- Le service prévisions : Il a pour objectif de préparer les interventions. En ce sens, les missions de ce service sont les suivantes :
 - . visiter les établissements qui présentent des risques particuliers et réaliser des plans d'Etablissements Répertoriés (ER) qui sont mis à disposition des intervenants en cas de sinistre ;
 - . réaliser des cartographies opérationnelles ;
 - . donner des avis sur les différentes infrastructures en projets (routes, bâtiments, établissements individuels et compétitions sportives...)
 - . connaître les différentes spécificités de la région, comme les points d'eau, mais aussi les sites particuliers ;
 - . organiser les services de sécurité sur les manifestations importantes.

Enfin, il faut faire une distinction avec le service prévention, même si leurs rôles respectifs sont assez proches.

d) Le service prévention

Il est en charge des mesures concernant les risques d'incendies et de panique dans les établissements recevant du public. Il visite ainsi les différents sites, met à jour les fichiers et étudie les permis de construire.

De plus, les SDIS établissent, conformément aux dispositions de la loi du 3 mai 1996 (relative à l'organisation des services d'incendie et de secours, et de son décret d'application du 26 décembre 1997), un Schéma Départemental d'Analyse et de Couverture des Risques (SDACR).

Par ailleurs, l'article L1424-7 du Code Général des Collectivités Territoriales a fixé le cadre législatif de l'élaboration du SDACR. Il constitue un document primordial à la lisibilité de l'action des SDIS. Il dresse l'inventaire des risques de toute nature pour la protection des personnes et des biens qui doivent être intégrés par les SIS dans les départements.

Ce schéma directeur est élaboré sous l'autorité du Préfet et par le SDIS lui-même. Le Préfet arrête le SDACR après avis du Conseil Général et sur avis conforme du Conseil d'Administration du SDIS. Cette démarche a pour but de faire un état des lieux des besoins du département et d'effectuer une comparaison avec les moyens déjà existants afin de corriger les éventuels manquements qui pourraient intervenir en termes d'équipement, de recrutement, de formation et les éventuelles modifications de structures, par une planification des besoins.

Le SDACR est un outil majeur de prise en compte des risques et permet au SDIS d'être plus efficace. Il a valeur de schéma directeur pour l'établissement public.

e) Services relatifs aux affaires financières et au contrôle de gestion

Il existe aussi au sein des SDIS des services relatifs aux affaires financières et au contrôle de gestion. Le premier service assure la gestion du budget du SDIS, le deuxième définit des objectifs généraux de gestion par le SDIS et veille à leur mise en place.

f) Service de Santé et de Secours Médical (SSSM)

Enfin, le dernier service qui compose l'organisation interne du SDIS et qui retient notre attention particulière dans cette étude est le service de santé et de secours médical.

Celui-ci est composé de médecins et d'infirmiers. Il peut y avoir aussi dans certains SDIS des pharmaciens et des vétérinaires voire des psychologues.

De manière générale, ce service est chargé d'assurer la surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers, la médecine professionnelle et d'aptitude des sapeurs-pompiers volontaires comme professionnels, la surveillance de l'état du matériel médico-secouriste des services.

Le personnel de ce service peut intervenir aussi dans le soutien sanitaire des interventions et soins d'urgences des sapeurs-pompiers et dans la formation des sapeurs-pompiers au secours à personnes.

Les médecins et infirmiers sapeurs-pompiers assurent également la mission régaliennne du secours d'urgence aux victimes d'accidents, de sinistre et de catastrophe. Ils peuvent aussi, selon les départements, participer à l'AMU.

Selon les SDIS, les infirmiers peuvent avoir un rôle plus ou moins important sur les interventions de secours à personnes mêmes. En outre, les pharmaciens peuvent aussi intervenir pour réapprovisionner les équipements médicaux (VSAV par exemple).

Ce tour d'horizon des différents services permet de mieux comprendre le fonctionnement des SDIS. Une rapide présentation du matériel roulant et des équipements sapeurs-pompiers vient le compléter.

2.1.4.1.4. Les moyens matériels et de communication

a) Le matériel roulant en exemple à travers le VSAV

Les SDIS disposent d'un parc global au sein duquel, et selon les différents Centres d'Incendie et de Secours du département, il existe des engins roulants. Ces véhicules lourds disposent de grandes échelles, des utilitaires légers, des remorques spécifiques, des véhicules de liaisons et des VSAV par exemple.

Nous allons nous attacher à la présentation des VSAV, véhicules qui interviennent pour les secours à personnes.

Les VSAV ne sont pas des ambulances au sens juridique car ils ne sont pas dédiés au transport sanitaire mais bien au secours d'urgence à victimes. Ils interviennent dans le cadre des missions de secours d'urgence aux victimes d'accidents, de sinistres et de catastrophes ainsi que dans le cadre du prompt-secours. Ils permettent alors d'amener sur le lieu d'intervention du personnel formé aux techniques de prompt-secours et le matériel adéquat. Ils assurent également l'évacuation des victimes vers un centre hospitalier dans la suite logique de l'intervention sur le terrain.

Les VSAV étaient autrefois appelés Véhicules de Secours et d'Assistance aux Blessés (VSAB) et étaient définis par la norme NFS 61-530 d'avril 1991. Les caractéristiques du châssis, du moteur ou encore de l'équipement de la cellule sanitaire étaient exposées.

Les caractéristiques des VSAV sont, quant à elles, définies par la Note d'Information Technique (NIT) n° 330 homologuée par le Directeur de la Défense et de la Sécurité Civile le 13 mars 2001.

Tous les sapeurs-pompiers qui arment ce véhicule doivent être titulaires du Certificat de Formation aux Activités de Premiers Secours en Equipe (CFAPSE) qui comprend également une formation au défibrillateur semi-automatique.

Au sein d'un VSAV, quatre sapeurs-pompiers sont présents, un conducteur, un chef d'agrès (titulaire du Certificat de Formation aux Activités de Premiers Secours de la route) et d'un ou deux équipiers en fonction de la gravité de l'intervention. L'équipage peut être réduit à trois sapeurs-pompiers dans certaines circonstances.

Pour information et selon les chiffres du SDIS de l'Orne, une sortie VSAV coûte approximativement 458 euros en incluant la totalité des frais (personnel, matériels, carburants...).

b) Les moyens de communications : zoom sur le fonctionnement spécifique du CTA-CODIS

Dans chaque SDIS, il existe un Centre de Traitement et d'Alerte (CTA).

C'est conformément à l'article 31 du décret du 6 mai 1988 relatif à l'organisation générale des Services d'Incendie et de Secours que ce centre voit le jour. La loi du 3 mai 1996 a obligé les SDIS à avoir un seul centre par département.

Le CTA centralise les appels provenant du 18. Le 18 est alors un numéro unique et gratuit qui permet de joindre les sapeurs-pompiers partout en France.

En pratique, lorsqu'une personne victime ou témoin d'un accident compose le 18, le centre de secours des sapeurs-pompiers est alors contacté par le biais d'un système informatique où est mentionnée la disponibilité des moyens de secours. Dans le cas d'une situation de prompt secours (ou détresse vitale urgente nécessitant l'envoi le plus rapide possible de moyens), les moyens matériels et humains sont déployés par le SDIS réceptionnaire de l'appel (envoi d'un VSAV par exemple).

Le CTA est aussi relié au Centre 15 dans le cadre d'une interconnexion et lui transmet les appels, pour une régulation médicale systématique. Des conférences à trois peuvent avoir lieu (voir partie III).

Ainsi, pour résumer et compléter cette explication, le CTA est chargé³¹ :

- de recevoir, d'identifier et d'enregistrer les demandes de secours, de les orienter si nécessaire sur le Centre 15 ;
- de respecter les appels sur les centres de secours territorialement compétents en vue de l'envoi des premiers secours ;
- en liaison avec les centres de secours, d'alerter les services publics susceptibles d'être concernés par les appels reçus ;
- d'informer le Centre 15 dans les cas où les situations en présence nécessitent la mise en œuvre de secours relevant de l'Aide Médicale Urgente ;
- de prendre en compte au CODIS les appels reçus et les mesures prises par les centres de secours en vue du déclenchement éventuel des différentes procédures d'alerte et de l'envoi de moyens de secours supplémentaire.

Le Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours (CODIS) est quant à lui l'organe de coordination de l'activité opérationnelle. Il est immédiatement informé de l'évolution de la situation jusqu'à la fin des opérations.

De même, il est chargé en cas d'incendie et autres accidents, sinistres, catastrophes, d'assurer les relations avec les Préfets, les autorités départementales et municipales, ainsi qu'avec les autres organismes publics ou privés qui participent aux opérations de secours.

Le CODIS est donc l'élément central de décisions et de coordinations des secours des sapeurs-pompiers.

³¹ Urgencyclopedia.info.

c) Le numéro d'urgence européen (112)

Devant l'augmentation des déplacements au sein de l'Union Européenne, privés comme professionnels, et devant les risques liés aux grandes différences des numéros d'urgences selon les pays européens, la nécessité de mettre en place un numéro unique a été soulignée par le conseil des communautés européennes.

Ainsi, la décision de ce même conseil du 29 juillet 1991 impose la création du 112 comme numéro unique pour l'ensemble des pays de l'Union. La mise en place de ce numéro, si elle n'a pas été simple partout, est effective depuis le 1^{er} janvier 1996.

Le 112 permet de joindre les services d'urgences dans tous les pays de l'Union Européenne à partir d'un téléphone fixe ou mobile.

La circulaire du 21 avril 1995 (relative à la mise en place du 112, numéro de téléphone d'urgence unique européen) précise que ce numéro ne se substitue pas aux autres numéros d'urgence.

Par ailleurs, cette circulaire précise aussi que le 112 doit être mis en place dans le cadre départemental. Selon les départements, il est donc pris en charge par le 15 ou par le 18.

En Basse-Normandie, la réception des appels du 112 est faite par les sapeurs-pompier. Cependant, une interconnexion entre le 15 et le 18 a été mise en place.

Dans la plupart des pays étrangers, la langue nationale prévaut, même si les opérateurs sont de plus en plus formés à l'anglais. En France, la plupart des opérateurs sont aidés par un Service de Traducteurs d'Urgence (STU), réseau de traducteurs joignables 24 h sur 24.

Il convient de préciser également que le 112, comme les numéros 15 et 18, est gratuit. En outre, l'appel à partir d'un téléphone mobile est prioritaire sur les autres communications. Enfin, même sans le code de carte SIM, le 112 est joignable. En composant le 112, le téléphone portable est capable d'utiliser le réseau d'un autre opérateur pour transmettre la communication urgente.

2.1.4.1.5. Activités au niveau national

Selon le rapport spécial sur le projet de loi de finances pour 2007 de la sécurité civile de novembre 2006, l'activité des SDIS est relativement stable et ce particulièrement depuis 10 ans.

En 2005, les SDIS ont effectué 3,6 millions d'interventions, 3,8 millions en 1999 et 3,3 millions en 1995. Notons qu'en 1999, une tempête importante secoua le pays dans la période de Noël.

De même, le tableau suivant peut apporter un éclaircissement sur la répartition des interventions par nature en 2005.

Type d'interventions par nature	Répartition
Aides à la personne	2 %
Protection des biens	7 %
Accidents de circulation	9 %
Incendies	10 %
Secours à victimes	60 %
Opérations diverses	12 %

Répartition des interventions par nature en 2005

La part des secours à victimes (60 %) est largement supérieure aux autres activités. Les incendies ne représentent que 10 % des interventions en 2005.

2.1.4.1.6. Financement et dépenses des SDIS

Ce même rapport de novembre 2005 souligne que les dépenses des SDIS ont augmenté de 275 % en dix ans, du fait des transferts de gestion de la totalité des centres de secours communaux au SDIS, dans le cadre de la réorganisation des services d'incendie et de secours au plan départemental (loi du 3 mai 1996).

Années	Dépenses de fonctionnement	Dépenses d'investissement	Total	Evolution annuelle (en %)
CA*				
1996	968,10	285,54	1 253,64	
1997	1 066,87	273,56	1 340,43	6,92
1998	1 173,90	309,49	1 483,39	10,67
1999	1 477,27	315,86	1 793,13	20,88
2000	2 046,13	382,43	2 428,56	35,44
2001	2 463,85	519,93	2 983,78	22,86
2002	2 589,38	666,37	3 255,75	9,11
2003	2 806,83	667,64	3 474,47	6,72
2004	2 898,99	708,96	3 607,95	3,84
BP**				
2005	3 397,61	1 063,87	4 461,48	23,66
2006	3 611,11	1 087,90	4 699,01	5,32

* Compte administratif - ** Budget primitif

Les dépenses des SDIS (en millions d'euros)

Source : Comptes administratifs et budgets primitifs des SDIS

Il est à noter que l'année 2000 a vu une augmentation annuelle de 35,44 %.

Cependant, entre 1996 et 2001, une part importante de l'augmentation provient de l'intégration dans le budget des SDIS des dépenses précédemment supportées par les communes et leurs regroupements.

Ainsi, depuis 2001, les dépenses ont augmenté de 57,5 %, soit une hausse moyenne annuelle de 9,5 % de 2001 à 2006.

En 2006, la moyenne nationale des dépenses des SDIS (sur la base des budgets primitifs) est de l'ordre de 83 euros par habitant, dépenses néanmoins différentes selon les départements, allant de 146 euros par habitant en Corse du Sud à 54 euros dans l'Orne ou à 46 euros dans l'Aube.

Les trois grands postes de dépenses sont le personnel, l'immobilier et l'équipement.

Le financement des SDIS est prévu par l'article L1424-35 du code des collectivités territoriales. Il se fait à partir des communes, des Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) et des départements. Il convient, selon cet article, que le montant des contributions des communes et des EPCI soit fixé par le Conseil d'Administration du SDIS. Les contributions des départements, quant à elles, ont été le fruit d'une modification. La loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile précise que le Conseil Général peut fixer lui-même le montant de sa contribution au budget du SDIS au vu du rapport sur l'évolution des ressources et des charges prévisibles au cours de l'année à venir, adopté par le Conseil d'Administration de celui-ci.

2.1.4.1.7. Point sur le personnel

a) Pompiers volontaires

Constituant la majorité des pompiers (85 % en 2005), les pompiers volontaires s'engagent pour 5 ans. Ils doivent avoir entre 16 et 55 ans, jouir de leurs droits civiques et être en situation régulière par rapport aux obligations militaires.

C'est avec la loi du 3 mai 1996 (relative au développement du volontariat dans le corps des sapeurs-pompiers) que le droit à la disponibilité est reconnu. L'employeur est tenu d'autoriser le sapeur-pompier à s'absenter quand il y a urgence.

L'indemnisation du sapeur-pompier volontaire est composée de vacations horaires et d'une prestation de retraite (quand il a au moins 20 ans de service).

Le taux de vacation horaire est fixé selon un arrêté. En 2006, le taux normal était alors de :

- 10,31 euros pour un officier ;
- 8,30 euros pour un sous-officier ;
- 7,36 euros pour un caporal ;
- 6,85 euros pour un sapeur.

Ce taux normal est appliqué entre 7 h et 19 h. De 19 h à minuit, les dimanches et jours fériés, il est majoré de 50 %. De minuit à 7 h, il est majoré de 100 %.

b) Pompiers professionnels

Les pompiers professionnels ont le statut de fonctionnaires territoriaux et leur rémunération relève de la fonction publique territoriale.

Pour passer le concours en tant que sapeur, il faut avoir un BEP ou un CAP et être âgé de 17 à 24 ans. En tant que lieutenant, il faut avoir un BAC +3 et être âgé de moins de 29 ans.

2.1.4.2. L'organisation régionale

Après avoir vu le fonctionnement général et les différentes spécificités de l'activité des SDIS au niveau national, un état des lieux de la situation régionale semble nécessaire dans cette étude.

2.1.4.2.1. Le Calvados

a) Répartition territoriale

Le département du Calvados compte 52 centres d'interventions et de secours répartis sur le territoire en trois groupements :

- Ouest (siège : Bayeux), à forte dominante rurale ;
- Centre (siège : Caen), comprenant les unités territoriales de l'agglomération caennaise ;
- Est (siège : Lisieux), comprenant toute la zone balnéaire à l'est de l'Orne.

Parmi ces 52 centres, seuls 16 sont mixtes, c'est-à-dire comportant des sapeurs-pompiers volontaires et professionnels, les autres sont composés uniquement de volontaires.

Il existe quatre centres de secours principaux :

- Caen - La Folie Couvertechef ;
- Ifs ;
- Bayeux ;
- Lisieux.

Le CTA-CODIS est basé au centre de Caen - La Folie-Couvertechef.

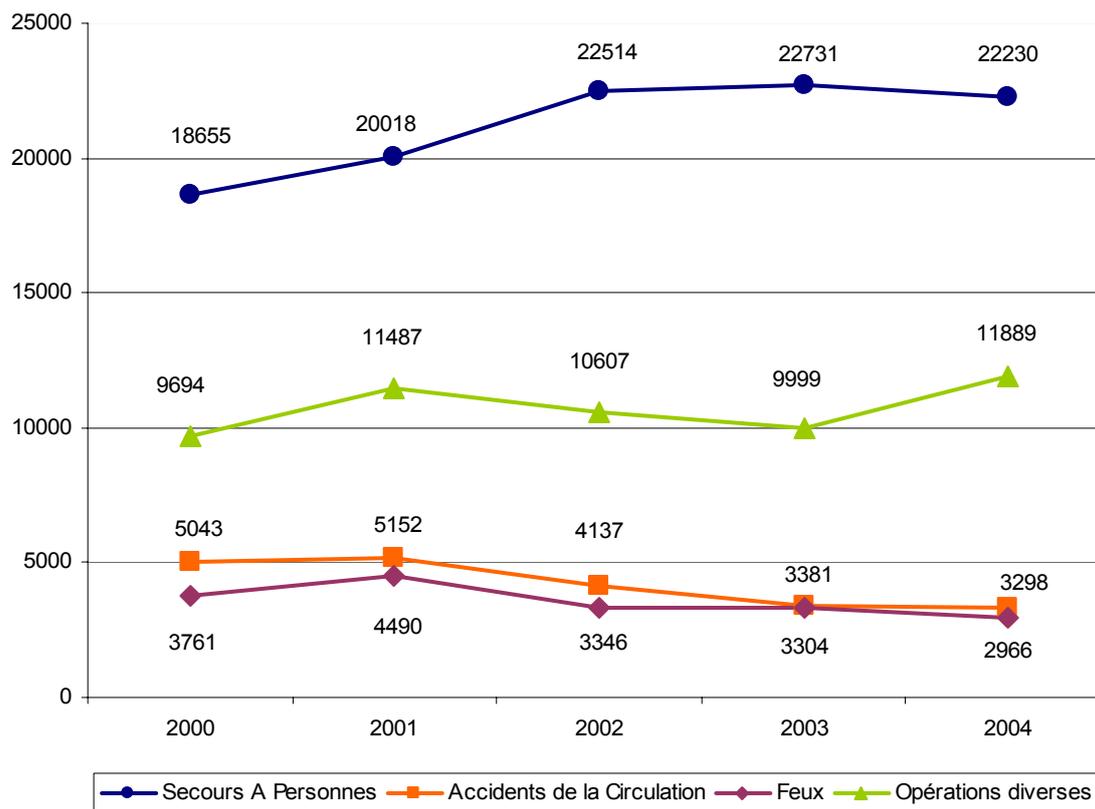
b) Activités

Selon la nature des interventions, leur nombre diffère (source SDACR 2005-2008).

Ainsi, le secours aux personnes victimes d'accidents de la circulation constitue 10 % de l'activité du SDIS Calvados (avec une moyenne de 4 000 interventions par an de 2001 à 2004). Les incendies comptent pour 8 % de l'activité opérationnelle (environ 3 000 interventions par an). Les secours à personnes représentent environ 55 % de l'activité opérationnelle (avec 22 230 interventions en 2004).

Le reste des opérations, soit environ 30 % de l'activité opérationnelle du SDIS du Calvados, concerne des opérations diverses comme les actions de protection des personnes, des biens et de l'environnement consécutives à des phénomènes naturels et technologiques d'ampleur exceptionnelle (tempêtes, inondations, glissements de terrains, pollutions industrielles, marées noires...) ou encore plus fréquemment des opérations concernant des phénomènes nouveaux ou isolés, des défaillances, des négligences, des problèmes liés aux animaux, ou à la pollution...

CARTE "LES CENTRES D'INCENDIE ET DE SECOURS DU CALVADOS"



Evolution de l'activité par type d'interventions de 2000 à 2004

L'activité varie selon les zones du département. Ainsi la SDACR définit trois zones spécifiques dans le Calvados :

- la zone intérieure ;
- la zone urbaine ;
- la zone littorale.

La zone intérieure bénéficie d'une bonne couverture des centres d'incendie et de secours. En revanche, la zone littorale semble se caractériser par un éloignement pénalisant les structures d'urgences.

Ces spécificités territoriales et d'aménagement du territoire doivent être prises en compte. Il n'est pas possible de penser un territoire de façon uniforme. Il faut confronter les chiffres à leur réalité géographique ou spatiale, voire sociale.

c) Personnel

Le département du Calvados compte 1 762 sapeurs-pompiers volontaires. Le nombre de sapeurs-pompiers professionnels est de 400 environ.

Cependant, il convient de noter que les effectifs présents ne sont pas toujours optimaux et, dans certaines casernes, les sapeurs-pompiers ne sont pas assez nombreux. Le cas de Villers Bocage est significatif. 30 sapeurs-pompiers volontaires sont présents alors qu'ils devraient être au minimum 45. Les centres d'incendie et de secours du Calvados semblent se heurter à des problèmes de recrutement.

Par ailleurs, et pour faire une parenthèse spécifique au Calvados, il faut souligner que ce département ne dispose pas encore d'école départementale quant à la formation de ses sapeurs-pompiers. Celle-ci est en projet et sera prête en 2009. Cette école sera alors financée par un groupement d'entreprises qui réalisera le projet au travers des formations. Le SDIS du Calvados en sera le premier client.

Cette délégation de service public permettra au SDIS du Calvados de se doter d'un outil de formation très performant sans pour autant faire d'investissements lourds.

Les travaux doivent débuter en 2007 (la Manche et l'Orne disposent déjà d'une école départementale).

d) Budget

En 2006, le budget du SDIS Calvados s'établit à 45,75 millions d'euros, dont 37 millions sont utilisés pour le fonctionnement. Ce budget a augmenté de 25 % en 5 ans. Il revient à 50 euros par habitant et par an.

2.1.4.2.2. La Manche

a) Répartition territoriale

Le département de la Manche compte 48 centres opérationnels, dont 6 centres de secours principaux et 42 centres de secours. Ils sont répartis en trois groupements :

- Nord (les centres principaux sont Cherbourg et Valognes);
- Sud (les centres principaux sont Avranches et Granville);
- Centre (les centres principaux sont Coutances et Saint Lô).

b) Activités

En 2004, le SDIS de la Manche a réalisé 26 659 interventions (diminution de 5 % par rapport à 2003). La répartition est la suivante :

- 17 608 opérations de secours à personne ;
- 2 444 interventions suite à un accident de la voie publique ;
- 2 326 interventions suite à des incendies ;
- 92 opérations liées à l'environnement (pollution de l'air, de l'eau...) ;
- 1 437 opérations suite à des intempéries ;
- 2 740 opérations diverses (animaux, arbres...) ;
- 12 suite à des événements particuliers.

CARTE "LES CENTRES D'INCENDIE ET DE SECOURS DE LA MANCHE"

Le tableau suivant peut apporter un éclaircissement sur la répartition des interventions par nature en 2004 :

Type d'interventions par nature	Répartition
Intempéries	5 %
Incendie	9 %
Accident de la voie publique	9 %
Secours à personnes	67 %
Opérations diverses	10 %

Les opérations liées aux secours à personnes sont ici aussi, comme dans le Calvados, très importantes et majoritaires.

c) Personnel

Le SDIS de la Manche compte 1 639 sapeurs-pompiers volontaires et 220 sapeurs-pompiers professionnels au 1er janvier 2006. Au total, il y a donc 1 870 sapeurs-pompiers dans le département de la Manche.

Le Service SSSM compte, dans ce département, 93 volontaires et 6 professionnels. Ainsi les volontaires sont 35 médecins, un psychiatre, 3 vétérinaires, 6 pharmaciens et 48 infirmiers. Il y a 3 médecins professionnels et 3 infirmiers professionnels.

En outre, le SDIS de la Manche compte 52 agents administratifs et techniques.

2.1.4.2.3. L'Orne

a) Répartition territoriale

Le département de l'Orne compte 48 centres d'incendie et de secours. Ces centres sont répartis en trois groupements :

- Ouest (Flers), 14 centres dont 2 centres de première intervention ;
- Nord (Argentan), 16 centres dont 2 centres de première intervention ;
- Sud (Alençon), 18 centres dont 4 centres de première intervention.

b) Activités

En 2004, le SDIS de l'Orne a effectué 11 019 opérations qui sont réparties de la manière suivante :

Type d'interventions par nature	Répartition
Incendie	13,4 %
Accidents de la circulation	13,8 %
Secours à personnes	49,9 %
Opérations diverses (inondations, pollutions...)	22,9 %

L'évolution de 1999 à 2006 est la suivante :

Activités	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Incendie	1 537	1 540	1 520	1 602	1 911	1 606	1 818	1 598
Secours à personne	6 397	7 488	5 778	3 845	6 090	6 563	6 817	7 440
Accidents de circulation	1 747	1 770	1 737	1 649	1 599	1 522	1 554	1 675
Opérations diverses	4 632	4 527	3 445	1 125	1 497	1 328	999	1 248
Total	14 313	15 325	12 480	8 221	11 097	11 019	11 188	11 961

Evolution des activités opérationnelles de 1999 à 2004 du SDIS de l'Orne

On remarque une faible activité en 2002 par rapport aux années précédentes et suivantes, notamment pour les secours à personne et pour les opérations diverses. Les opérations de secours à personne augmentent à nouveau à partir de 2003.

Globalement, de 1999 à 2006, les opérations de secours à personne restent les plus importantes.

Par ailleurs, il y a en moyenne 97 000 appels reçus par an au CTA-CODIS.

c) Personnel

Le département de l'Orne comprend 1 341 sapeurs-pompiers volontaires et 85 sapeurs-pompiers professionnels. Les sapeurs-pompiers sont donc à 95 % volontaires dans ce département.

Il existe d'ailleurs un service spécifique chargé de recruter des sapeurs-pompiers volontaires.

Il y a également 37 agents administratifs et techniques.

d) Budget

Le budget du SDIS de l'Orne en 2005 était de 13,666 393 millions.

Les recettes sont ainsi réparties :

Type de recette	Répartition
Emprunt	12,90 %
Dotations Etat	2,87 %
Département	46,72 %
Contributions de communes et EPCI	35,63 %
Autres recettes	1,88 %

Quant aux dépenses, elles se répartissent comme suit :

Type de dépense	Répartition
Plan d'équipement	20,01 %
Remboursement emprunt	7,72 %
Frais de personnel	48,81 %

CARTE "LES CENTRES D'INCENDIE ET DE SECOURS DE L'ORNE"

2.1.4.2.4. Enjeux

Deux axes majeurs peuvent être retenus au niveau régional : l'effritement du volontariat et les problématiques territoriales.

a) L'effritement du volontariat

En Basse-Normandie comme ailleurs, le problème de recrutement des volontaires est un enjeu majeur. La présentation du SDIS du Calvados a permis de donner un exemple chiffré de la situation (avec le centre de Villers Bocage). Ces problèmes de recrutement sont liés aux difficultés pour les salariés de justifier leur absence auprès de leurs employeurs, au manque d'entreprises dans certaines communes ou encore au coût des loyers très élevés près de la côte particulièrement.

Le SDIS de l'Orne qui fonctionne avec 95 % de sapeurs-pompiers volontaires a mis en place un service spécifique pour tenter d'anticiper une diminution fatale du nombre de volontaires.

Par ailleurs, les SDIS sont confrontés, et cela de façon plus générale sur le territoire français, aux enjeux relatifs à la fidélisation de ces volontaires. Le projet de loi de modernisation de la sécurité civile du 17 juin 2004 cherche à enrayer ce phénomène en proposant notamment une revalorisation des droits à la retraite.

Dans un rapport intitulé "Application de la loi du 13 août 2004", le Député Thierry MARIANI met en avant cette volonté de fidéliser les sapeurs-pompiers et de les encourager, notamment à travers des prestations spécifiques (qui constituent des avantages retraites). Citant aussi l'enquête SDIS 2006 pour laquelle 95,2% des SDIS de France sont confrontés à des problèmes de disponibilité de leurs sapeurs-pompiers volontaires en journée, il présente la circulaire du Premier Ministre du 25 octobre 2005 qui vise à promouvoir le volontariat dans les trois fonctions publiques.

D'autres initiatives ont été menées, comme le plan d'actions relatif à la disponibilité des sapeurs-pompiers volontaires, signé le 7 octobre 2006, entre l'Etat, les pompiers et des représentants d'entreprises et qui promeut le label "Employeur partenaire des sapeurs-pompiers".

Il faut cependant noter que cet effritement du volontariat diffère selon les communes et les départements. Certains centres (dans les grandes villes particulièrement) sont parfois obligés de refuser des candidats au volontariat.

b) Des problématiques territoriales

Les SDIS sont confrontés (dans la Manche et dans le Calvados) à des difficultés liées à l'importance de l'espace côtier. Pour cela, il pourrait paraître souhaitable d'envisager de privilégier des moyens hélicoptères, particulièrement au moment de la saison estivale où les touristes affluent sur le littoral.

Par ailleurs, des situations particulières doivent être prises en compte. Le Mont Saint Michel nécessite de la part du SDIS de la Manche une organisation spécifique. La particularité de ce rocher, très fréquenté l'été et les week-ends, en fait un enjeu majeur de réflexion pour le SDIS de la Manche. Ainsi par exemple, un centre de secours spécifique a été créé dans une villa mise à disposition du SDIS par le Ministère de la Culture ; il comporte notamment une infirmerie opérationnelle

permettant la réalisation d'actes de réanimation lourds et d'une aire de posée d'hélicoptère. Par ailleurs, des outils de communication via les téléphones mobiles ont été mis en place. Ces innovations seront détaillées en partie IV.

Il est à noter aussi que la gestion des entreprises et des usines est différente selon les SDIS et selon les particularités des établissements. Ainsi, le SDIS de la Manche doit également prendre en considération l'usine nucléaire et le centre de retraitement des déchets dans le Nord de la Manche.

Si les sapeurs-pompiers peuvent transporter des blessés, il existe d'autres acteurs qui en ont fait leur métier : les ambulanciers privés.

2.1.5. Les ambulanciers privés

2.1.5.1. Présentation

2.1.5.1.1. Le métier d'ambulancier privé

Un ambulancier, dans le langage courant, est un acteur de la chaîne de soins qui a pour rôle le transport et la surveillance de malades ou de blessés. Il peut aussi administrer les premiers secours.

En ce sens le métier d'ambulancier est à différencier de celui d'infirmier ou encore de médecin, même s'il doit savoir accomplir certains gestes secouristes et s'il doit savoir faire un bilan complet au médecin régulateur du SAMU, ce qui implique une reconnaissance des signes et des symptômes du patient.

2.1.5.1.2. La formation

La formation des ambulanciers privés est délimitée juridiquement et a évolué depuis plusieurs années :

- l'arrêté du 21 mars 1989 relatif à l'enseignement, aux épreuves et à la délivrance du Certificat de Capacité d'Ambulancier (CCA) ;
- modifié par l'arrêté du 4 juin 2002, relatif aux conditions auxquelles doivent répondre les établissements préparant au CCA ;
- puis par l'arrêté du 26 janvier 2006 relatif aux conditions de fonctionnement de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier.

Il était obligatoire à l'époque, de valider ce CCA qui consistait en fait en une formation spécifique de 3 mois.

Ce CCA était validé par un certain nombre d'épreuves physiques (aptitude physique), d'épreuves de conduite par exemple, mais aussi des épreuves de secourisme et un stage hospitalier (détail du CCA en annexe).

L'arrêté du 22 janvier 2006 remplace le CCA par un Diplôme d'Etat. Pour exercer son métier, l'ambulancier doit disposer d'un diplôme délivré par le Préfet.

L'article 3 de cet arrêté stipule ainsi que le diplôme d'ambulancier atteste les compétences requises pour exercer le métier d'ambulancier. Il est délivré aux personnes ayant suivi, sauf dispense ponctuelle dans les cas précis sur le présent

arrêté, la totalité de la formation conduisant à ce diplôme et réussi les épreuves de certification.

2.1.5.1.3. Les entreprises d'ambulanciers privées

Les ambulanciers privés exercent au sein d'entreprises privées agréées pour le transport sanitaire qui emploient des conducteurs d'ambulances et du personnel médico-technique.

De façon générale, les entreprises d'ambulances privées assurent le transport des patients de leur domicile vers les structures de soins et des structures de soins vers le domicile (transports dit primaires - cf. SMUR). Cependant, elles assurent aussi les transports entre structures de soins de 2^{ème} catégorie.

Mais les ambulanciers privés participent aussi aux secours d'urgences publics. Les entreprises mettent à tour de rôle des équipages à disposition du SAMU. Elles peuvent alors conduire les patients de leur domicile aux services d'urgences des hôpitaux ou alors, dans le cadre de conventions signées et de délimitations précises, intervenir sur la voie publique pour transporter un malade.

Elles participent donc à la prise en charge de l'urgence au nombre de secours d'urgence.

2.1.5.1.4. Présentation des ambulances

Selon l'arrêté du 10 juin 1998 et l'article R311-1 du code de la route, les ambulances privées sont des véhicules d'intérêt général bénéficiant de facilités de passages.

Il existe deux types d'ambulances :

- les ambulances de catégorie A, plus communément appelées Ambulance de Soins et de Secours d'Urgence (ASSU) ; celles-ci servent en général à assurer les services d'urgences (quand il y a des gardes) et à accompagner les équipes du SAMU ;
- les ambulances de catégorie C ou de petits volumes qui servent pour tous les autres transports de malades allongés.

Les ambulances disposent bien entendu d'avertisseurs visuels et sonores.

2.1.5.2. La garde ambulancière

2.1.5.2.1. Principes d'organisation généraux

Dans chaque département, c'est l'association des ambulanciers la plus représentative qui organise la garde ambulancière.

Pendant les gardes, les entreprises d'ambulances mettent à disposition du Centre 15 (et cela exclusivement), à tour de rôle, leurs moyens.

La sécurité sociale permet de garantir à l'entreprise de transport sanitaire le paiement d'un forfait de garde, ainsi que le paiement des transports (mais réduit à

40 %). Le forfait de garde s'élève à 346 euros et permet de compenser la réduction de 60 %.

La circulaire DHOS/01 n° 2003-204 du 23 avril 2003 (relative à l'organisation de la garde ambulancière) précise les conditions de la réalisation de cette garde dans les départements.

L'objectif est d'assurer le maintien effectif de cette garde sur l'ensemble du territoire et de permettre à toute entreprise de respecter son obligation.

Cette circulaire précise à la fois le champs de la garde, la refonte nécessaire pour que les patients soient pris en charge dans un délai allant de 20 à 40 minutes, les conditions d'élaboration du tableau de gardes, mais également demande la participation plus importante d'un coordinateur ambulancier au sein du Centre 15 départemental.

Par ailleurs, des fiches techniques sont également proposées à la suite de cette circulaire présentant les différentes modalités de la circulaire et donnant les instruments et les outils permettant de les mettre plus facilement en œuvre.

Ces fiches techniques, en dehors des indications relatives à la sectorisation ou à la coopération avec le Centre 15, insistent sur l'implantation de la garde dans un local central. Ce local, loué par les professionnels ou mis à leur disposition par un centre hospitalier ou une collectivité locale, permet de garantir des délais équivalents d'intervention dans l'ensemble du secteur.

En application de l'article 4 de cet accord, le service de permanence peut être donné, soit du local de l'entreprise, soit en tout autre endroit fixé par l'employeur et indiqué préalablement dans le planning des permanences.

Ainsi, dans chaque secteur, un local doit être créé pour permettre aux entreprises ambulancières d'assurer leurs gardes. Cependant, l'appropriation du local par les ambulanciers privés varie de départements en départements, voire de secteurs en secteurs, dans des délais plus ou moins rapides (dans certains départements, elle n'est pas encore aboutie).

Enfin, en parallèle, un état des lieux du matériel dont les entreprises privées disposent doit être précisé afin de permettre aux SAMU-Centres 15 régulateurs de pouvoir ajuster leur réponse à l'urgence.

C'est donc dans ce contexte que s'organise la garde départementale dans les départements.

Il convient de rappeler aussi que les entreprises de transports sanitaires privées participent aussi, en journée, à l'Aide Médicale Urgente.

2.1.5.2.2. Au niveau bas-normand

a) Le Calvados

Il y a environ 40 entreprises de transports sanitaires dans le Calvados.

- Organisation territoriale

Le département du Calvados est découpé en 6 secteurs de gardes plus ou moins similaires en nombre d'habitants et en surface.

Ainsi les secteurs sont définis de la sorte :

- Lisieux ;
- Bayeux ;
- Vire ;
- Falaise ;
- Caen ;
- Pont l'Evêque.

Tous les secteurs ont un véhicule à disposition et un site dédié (pôle ambulancier), à l'exception du secteur caennais où 2 sites sont dédiés et 3 véhicules sont mis à disposition la nuit.

Dans le Calvados, l'association qui gère et qui organise les gardes est l'Association Départementale de Réponse à l'Urgence (ADRU). Elle représente environ 80 % des ambulanciers, mais organise les gardes pour l'ensemble de ces entreprises.

Il existe également une ATSU dans le Calvados ; celle-ci représente 20 % des entreprises d'ambulances privées.

- Horaires et fonctionnement

Les gardes sont organisées de 20 h à 7 h.

En conformité avec la législation et l'accord cadre sur les 35 h, il n'est pas possible de faire travailler un salarié 12 heures d'affilée. Pour autant, et pour justifier les 346 euros, un accord a été trouvé avec la CPAM afin que le transport de 7 h à 8 h du matin soit facturé à 40 % (comme pendant la nuit, le week-end et les jours fériés).

Comme dans la Manche et dans l'Orne, le Centre 15 est informé du déroulement des opérations.

L'organisation dans le Calvados semble être efficace. Les sites dédiés sont bien placés au centre des secteurs de gardes. Toutes les entreprises participent à la garde ambulancière et l'ADRU dispose d'une organisation efficace, planifiée et équitable. Une secrétaire travaille à mi-temps pour l'ADRU.

Ainsi, les ambulanciers privés du Calvados ont pu chiffrer leurs activités et la moyenne pour l'année 2006 est de 2,18 sorties par nuit. La moyenne nationale était estimée à une sortie par nuit sur chaque site de permanence, activité estimée à 2,46 sorties si l'on fait la moyenne des sorties de jour (dimanches et jours fériés) et de nuit. Par ailleurs, la législation sociale semble être totalement respectée et mise en avant dans cette organisation.

**CARTE "SECTORISATION DE LA GARDE AMBULANCIERE DANS LE
DEPARTEMENT DU CALVADOS"**

b) La Manche

Le nombre d'entreprises sanitaires terrestres dans le département de la Manche était en 2005 de 52 pour 72 implantations. 665 personnes étaient employées. Il y avait en tout 335 véhicules (207 VSL et 128 ambulances).

- Organisation territoriale

Il existe dans le département de la Manche 11 secteurs de gardes.

Dans chaque secteur, un pôle de permanence ou local (cf. circulaires du 23 avril 2003) est défini. Souvent, ces pôles sont aux centres hospitaliers ou à l'hôpital local.

Enfin, chaque pôle met à disposition un nombre spécifique (1 ou 2) de véhicules avec équipage complet.

- Horaires de fonctionnement

La permanence des transports sanitaires en semaine (du lundi au samedi inclus) commence à 20 h et se termine à 8 h.

La garde du dimanche débute à 8 h et se termine le lundi à 8 h par période de 12 heures maximum.

- Informations

Les entreprises de transports sanitaires, outre le fait de répondre aux appels du Centre 15 (et seulement ceux-ci) pendant leur période de gardes, doivent également informer le centre de réceptions et de régulation des appels de leur départ en mission et de l'achèvement de cette mission.

Les gardes sont organisées par l'Association pour le Transport Sanitaire d'Urgence (ATSU), mentionnée à l'article 26/3-1 du code de santé publique, considérée comme la plus représentative. Cependant, même si elle est la plus représentative, elle ne concerne pas toutes les entreprises de transports sanitaires et doit fréquemment asseoir sa légitimité pour l'organisation optimale des tours de gardes.

Toutes les entreprises doivent y participer.

L'ATSU se retrouve souvent devant de grandes difficultés, n'ayant pas d'autre choix que de s'investir dans l'organisation de cette garde et s'occupant aussi d'entreprises qui ne paient aucune cotisation. Cependant, elle est considérée comme un interlocuteur stable.

Ce problème se retrouve aussi dans l'Orne et dans le Calvados (dans une moindre mesure).

**CARTE "SECTORISATION DE LA GARDE AMBULANCIERE DANS LE
DEPARTEMENT DE LA MANCHE"**

c) L'Orne

L'Orne compte 36 chefs d'entreprises privées de transport sanitaire.

- Organisation territoriale

Les gardes sont réparties sur 9 secteurs géographiques distincts et sont organisées trimestriellement depuis novembre 2004.

Cependant, la mise en place des sites dédiés pose certaines difficultés dans l'Orne et, à l'heure actuelle, seuls 4 pôles sur 9 fonctionnent, les organisations assurant la garde à partir du site de leurs entreprises personnelles.

La situation est donc loin d'être optimale et l'ATSU cherche à résoudre ces problèmes le mieux possible.

Cependant, il faut aussi préciser que l'Orne, à la différence du Calvados par exemple, ne dispose pas des mêmes conditions en terme d'infrastructures routières ou de télécommunications par exemple. Le système doit être pensé en fonction de ces spécificités départementales.

2.1.5.3. Ambulances privées et urgences

En dehors de l'organisation du tour de garde obligatoire, les ambulanciers privés participent à l'Aide Médicale Urgente.

De jour, après régulation par le SAMU, ils peuvent être sollicités pour répondre à une demande de transport sanitaire urgente, primaire ou secondaire. En outre, ils peuvent intervenir dans le cadre d'un transport SMUR, si l'ambulance est rejointe par un médecin et si elle est adaptée à l'urgence (type A).

Les ambulanciers privés sont donc en première ligne des secours d'urgences. Par leur rapidité et leur disponibilité, ils répondent aux détresses régulées préalablement par le SAMU. Une coopération informatique et un système de communications spécifiques sont alors nécessaires.

Cette coopération avec les SAMU rentre dans un code bien particulier intégrant aussi les différents SDIS : les conventions tripartites. Ces conventions seront toutes explicitées plus précisément en partie III.

Le transport du patient étant effectué vers le centre hospitalier, celui-ci est reçu au service d'urgences. Comment sont organisés les services d'urgences de façon à pouvoir recevoir les victimes amenées par les transporteurs privés ou VSAV ou SMUR, mais aussi les patients qui se présentent spontanément ?

**CARTE "SECTORISATION DE LA GARDE AMBULANCIERE DANS LE
DEPARTEMENT DE L'ORNE"**

2.1.6. Les services d'urgences des hôpitaux

Dans cette étude, une explication du fonctionnement général des services d'urgence est un élément nécessaire, les services d'urgences étant au centre d'évolutions fréquentes et de réadaptations pour une plus grande efficacité.

Les services d'urgences et, de manière générale, tout ce qui a trait aux établissements hospitaliers dans la région sont régis par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) qui établit le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS). Ce schéma, aujourd'hui dit de troisième génération, définit les orientations futures conformément à la juridiction en vigueur. Le SROS III court de 2006 à 2011. Le volet urgences a été révisé en décembre 2006. Il est par ailleurs opposable. Cependant, une présentation complète de l'ARH et du volet urgences du SROS III aura lieu par la suite (cf. partie II, les acteurs institutionnels et administratifs).

2.1.6.1. Présentation générale et d'ordre national

2.1.6.1.1. Contexte actuel d'évolution réglementaire

a) La notion de structures des urgences

Dans la première partie de cette étude, nous avons effectué un rapide état des lieux des différents niveaux de classements des services d'urgences :

- les SAU : services d'accueil et de traitement des urgences ;
- les UPATOU : unités de proximité d'accueil, d'orientation et de traitements des urgences ;
- les POSU : pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences.

En France en 2006, on dénombrait 208 SAU, 385 UPATOU et 38 POSU.

Cette organisation répondait à l'obligation imposée par les décrets du 9 mai 1995 et du 30 mai 1997 d'améliorer en premier lieu la qualité de l'orientation des patients en distinguant les urgences vitales des autres et dans un deuxième temps, d'accroître la sécurité des structures d'accueil.

Les décrets du 22 mai 2006³² ont modifié ce cadre réglementaire et ont visé à supprimer les notions de SAU, UPATOU et de POSU pour créer celle, unique, de structures des urgences.

Partant du principe que ces différents niveaux de services d'urgences recevaient en réalité le même type de patients, la notion de structures des urgences est retenue, chaque structure devant être en mesure d'accueillir le patient en fonction des besoins de prises en charge.

Cette nouvelle classification est effective depuis le 31 mars 2007.

³² Décrets du 22 mai 2006 : décret n° 2006-576 relatif à la médecine d'urgences et décret n° 2006-577 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgences.

b) Locaux obligatoires

Les structures doivent répondre à certains objectifs en terme de locaux et disposer de plusieurs zones :

- une zone d'accueil ;
- une zone d'examen et de soins ;
- une salle d'accueil des urgences vitales (au moins une par structure) ;
- au moins deux lits en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) ;
- si l'activité le justifie, les locaux doivent être adaptés à l'accueil de populations spécifiques (pédiatrie, psychiatrie, gériatrie...).

Plus précisément, l'autorisation de soins en médecine d'urgences est délivrée par l'ARH³³. Pour la recevoir, les structures d'urgences doivent disposer de lits en hospitalisation complète en médecine et disposer d'un accès à un plateau technique de chirurgie, d'imagerie et d'analyses de biologie/ou d'une convention.

c) Personnel nécessaire

Les décrets de mai 2006 précisent les modalités en terme de personnel que les établissements doivent mettre en place.

Ainsi, dans chaque structure des urgences, il doit y avoir :

- un médecin coordinateur ;
- au moins un médecin et un Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) en permanence ;
- une permanence commune urgence - SMUR (si le niveau d'activité permet de le justifier) ;
- un effectif adapté à l'activité (intégrant des possibilités de renforcement de l'équipe pendant les périodes de forte activité) ;
- une Infirmière Organisatrice de l'Accueil (IOA) en fonction de l'activité également (quand il y a eu au moins 25 000 passages non programmés).

L'IOA doit permettre de mieux organiser l'amont des urgences en orientant le flux des urgences et d'adapter le délai de prise en charge en fonction du degré de gravité. Certaines structures travaillent déjà avec un IOA (le CHU de Caen par exemple).

2.1.6.1.2. L'accueil des populations spécifiques

Au sein des services d'urgences peuvent se présenter des populations particulières ou qualifiées de spécifiques en raison de diverses caractéristiques (personnes âgées ou personnes très jeunes, personnes présentant des problèmes psychiatriques, personnes relevant de la justice...).

Les services d'urgences doivent pouvoir répondre à ces situations et se conformer à la juridiction existante.

³³ Voir partie II.

a) La gériatrie

La circulaire DHOS/02/DGS/SD5 n°2002-517 du 18 mars 2002 (relative à l'amélioration de la filière des soins gériatriques) définit le patient gériatrique comme un patient âgé poly-pathologiquement 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.

Les personnes âgées de 80 ans et plus ont un taux de recours (rapport entre le nombre de ces personnes passées par les services d'urgences et le nombre de personnes âgées du même âge dans la population française) de 40 %³⁴.

Afin de mieux répondre aux besoins de cette population, le SROS III précise que tout patient gériatrique admis dans un service des urgences doit pouvoir bénéficier dans des délais brefs d'une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale, au sein même du service d'urgences. Pour cela, quand un établissement ne dispose pas en propre de compétences gériatriques, il peut passer une convention avec une équipe mobile ou un autre service de gériatrie.

Pour information et pour tenter de comprendre l'importance de la fréquentation des personnes âgées au sein des services d'urgences, le Docteur KHLIFA (dans un mémoire intitulé "Pertinence des admissions des personnes âgées aux structures des urgences du Centre Hospitalo-Universitaire de Caen") analyse les enjeux de leur prise en charge et cherche à comprendre les raisons de leurs déplacements parfois non justifiés dans ces services. Ainsi, sur la période du 11 au 17 avril 2007 (sur laquelle cette étude se base), 1 202 passages ont été enregistrés dont 202 concernaient des personnes âgées (soit 16,8 %). Toutefois, après analyse, 91 de ces admissions ont été jugées non pertinentes par le personnel soignant et auraient pu être évitées.

Souvent isolées, les personnes âgées ne trouvent parfois pas d'autres solutions que de contacter les acteurs de l'Aide Médicale Urgente pour des problèmes qui ne le nécessitent pas. Cette situation peut provoquer un engorgement des services d'urgence et nuire à leur efficacité, sans compter que la prise en charge de ces personnes représente un coût non négligeable (26 000 euros environ pour les 91 personnes citées ci-dessus).

b) La pédiatrie³⁵

L'enfant et l'adolescent doivent être pris en charge au sein des services d'urgences de façon spécifique. En effet, le rapport de la Cour des Comptes précise que le quart des patients a moins de 15 ans³⁶, ce qui représente une part importante des usagers des urgences. Par ailleurs, le taux de recours pour les enfants de moins de 1 an est de 48 %.

³⁴ "Les urgences médicales : constats et évolutions récentes", rapport de la Cour des Comptes, février 2007.

³⁵ Voir aussi : circulaire DHOS 2003-238 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences.

³⁶ Les urgences médicales : constats et évolutions récentes", février 2007, page 318.

La réglementation prévoit au 3^{ème} alinéa de l'article R6123-1 du code de la santé publique qu'il doit y avoir, pour l'accueil des populations en bas âges, trois niveaux de plateaux techniques :

- Le niveau référent ou régional qui correspond à une structure des urgences pédiatriques : Ce niveau a vocation de prendre en charge toutes les urgences médicales ou chirurgicales de l'enfant et du nourrisson. En Basse-Normandie, il existera une structure autorisée au CHU de Caen. Pour l'instant, les urgences pédiatriques chirurgicales sont prises en charge au CHU tandis que celles relevant du médical sont traitées au CHR.
- Le niveau de recours : Il ne s'agit pas d'une structure des urgences pédiatriques. Les établissements concernés doivent comporter en propre un service d'accueil des urgences et au moins un service de pédiatrie médicale. Ces établissements doivent alors passer une convention avec un autre établissement qui dispose d'un service de chirurgie pédiatrique.
- Le premier niveau de plateau technique : Les établissements concernés ont un service d'urgence mais ne disposent pas d'un service de pédiatrie. Ils n'ont pas vocation spécifique à accueillir des enfants ou des nourrissons.

Actuellement en Basse-normandie, les établissements disposant d'un service de pédiatrie médicale sont les suivants : CHU de Caen, SIH du Bessin, CH de Falaise, CH de Lisieux, CHLP de Cherbourg, CH de Saint Lô, CH d'Avranches-Granville site d'Avranches, CH de Flers, CHIC d'Alençon-Mamers site Mamers, CH d'Argentan. Ils seront très probablement autorisés à devenir des établissements relevant du niveau de recours, à l'exception du CHU de Caen qui sera référent.

c) La psychiatrie

Les articles D6124-14 à D 6124-16 du code de la santé publique précisent qu'au sein des services d'urgences, l'intervention dans des délais brefs d'un psychiatre et/ou d'un infirmier ayant acquis une expérience en psychiatrie doit être organisée.

d) Les urgences médico-légales³⁷

Pour répondre et améliorer l'accueil des victimes adultes et enfants (notamment de sévices sexuels ou de violences), un pôle de référence régional d'accueil et de prise en charge des victimes devrait être créé au CHU de Caen.

Les urgences sont donc en cours de réorganisation. L'utilisateur s'en trouvera alors mieux orienté et mieux soigné au plus près des nouvelles exigences de la société.

2.1.6.1.3. Activités des services d'urgences sur le plan national

Selon le rapport de la Cour des Comptes de février 2007, la croissance annuelle moyenne du nombre de passages dans les services d'urgences était de 5,8 % entre 1996 et 1999. Elle était de 4,5 % entre 1999 et 2002.

En 2003, l'activité a augmenté de 2,8 % et en 2004 de 0,4 %. Ce ralentissement n'est pas réellement explicable a priori.

³⁷ Volet urgences du SROS III, 2006-2011.

Pour plus de détails encore, en 2004, l'activité était partagée entre les SAU qui traitaient 54 % des passages (avec une activité moyenne de 37 000 passages par an) et les UPATOU (16 000 passages par an avec un niveau d'activité proche entre le public et le privé). Et même si la part des passages aux urgences dans le secteur privé augmente globalement plus vite que dans le secteur public (environ 13 % contre - 0,1 % en 2004), la part des établissements publics est la plus importante avec 84 % des passages aux urgences en 2004.

Les SAU, souvent basés dans les grandes structures hospitalières, prenaient en charge la majorité des urgences. Ces services étaient aussi, ainsi que nous l'avons vu en partie I, les plus développés techniquement et sur le plan du personnel.

Les changements liés aux décrets de 2006 doivent désormais permettre aux différentes structures de pouvoir traiter l'ensemble des usagers.

2.1.6.1.4. Une formation spécifique et approfondie pour les urgentistes

Jusqu'en 2004, il n'existait pas en France de spécialité médecine d'urgences. Les urgentistes ou oxyologues étaient alors des médecins au parcours divers (souvent généralistes de formation) qui avaient complété leur formation par un enseignement optionnel d'une durée de 2 ans, la Capacité en Médecine d'Urgence (CMU).

A la rentrée universitaire 2004-2005, un nouveau diplôme a été instauré. Il s'agit du Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire (DESC) de médecine d'urgences. Ce diplôme nécessite 2 ans d'études supplémentaires comme le précédent certificat, mais il constitue (à la différence du CMU) un prolongement de l'internat et est en réalité une sur-spécialité.

La mise en place de cette formation a pour objectif d'homogénéiser le niveau initial des urgentistes en début de carrière et de permettre une reconnaissance de cette spécialité au niveau européen.

Par ailleurs, la formation continue dans le domaine de l'urgence est assez développée et les médecins urgentistes disposent d'un vaste choix complémentaire de stages et de congrès qui servent à compléter et à mettre à jour les savoirs de ces médecins.

2.1.6.1.5. Le financement des services d'urgences : le système de la tarification à l'activité

En France³⁸, depuis 2004 (loi de financement de la sécurité sociale), le financement des urgences est soumis à un système mixte : un forfait annuel versé à chaque structure autorisée et une tarification par passage.

Le Forfait Annuel Urgences (FAU) est prévu au niveau national, selon des règles de calcul adaptées et visant à couvrir une partie des charges fixes des hôpitaux disposant d'un service d'urgences. Ce forfait est le même pour tous les établissements jusqu'à un certain nombre de venues par an, puis est majoré par paliers d'un montant standard (paliers de 2 500 ou 5 000 venues).

³⁸ Site du Ministère de la Santé et des Solidarités : http://www.santé.gouv.fr/hhm/dossier/t2a/doc_pdf/urgences.pdf.

Au niveau national, le forfait annuel urgences en 2005 s'élevait à 505 710 euros pour les hôpitaux publics et privés (établissements privés participant au Service Public Hospitalier ou PSPH) et 350 382 euros pour les hôpitaux privés non PSPH. De plus, un complément à ce forfait est versé au titre de l'aide à la contractualisation.

Par ailleurs, un tarif appelé Accueil et Traitement des Urgences (ATU) est versé aux établissements pour chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation. Le tarif est unique, quel que soit le mode ou l'établissement de prise en charge (l'hospitalisation génère la facturation d'un groupe homogène de séjour). Le tarif s'élève à 25 euros pour tous les hôpitaux, publics, privés, PSPH ou non. Cependant, le tarif spécifique de 19,05 euros s'applique aux structures d'urgences non autorisées par des venues non programmées. Ce tarif couvre alors forfaitairement les frais de petits consommables.

2.1.6.1.6. Un rapide retour sur le plan urgences 2004-2008

Le plan urgences fut initié en septembre 2003 suite à la canicule qui eut lieu l'été précédent. Il avait pour vocation de donner une réponse globale, portant sur l'amont comme sur l'aval de la prise en charge des urgences et sur les moyens dédiés à ces services.

Le plan urgences 2004-2008 prend également en considération les changements liés à la PDS suite aux mouvements de grève des médecins généralistes de l'hiver 2001-2002.

L'évaluation du plan urgences 2004-2008, parue en janvier 2007 permet de mieux appréhender les évolutions qui ont eu lieu dans les services d'urgences et d'avoir une vision générale sur les mesures financières qui les accompagnent nécessairement.

Ainsi, pour avoir un ordre d'idées, le plan urgences s'est traduit par des subventions sous formes d'enveloppes distribuées de manière échelonnée, pour un montant de 500 millions d'euros.

A la fin 2006, l'estimation réalisée par le Docteur GRALL³⁹ montre que 380 millions d'euros ont été affectés depuis 2004, aboutissant à la création de 5 300 emplois (dont près de 4 000 postes médicaux). Parmi ces emplois, il faut compter aussi 344 PARM.

En outre, ces 380 millions d'euros se sont traduits également par la consolidation (ou la création) d'environ 200 équipes mobiles gériatriques, ainsi que la création de près de 3 000 lits de soins de suites et de réadaptations, 1 400 lits de courts séjours gériatriques, 100 lits en hôpital local et 3 000 places autorisées d'hospitalisation à domicile.

Par ailleurs, ce rapport d'évaluations préconise des pistes d'évolutions à privilégier, pistes que nous détaillerons en partie IV, dans le cadre des perspectives d'évolutions de l'AMU.

Ce plan urgences montre aussi à quel point la nécessité d'avoir des services d'urgences efficaces sur le territoire français est une priorité. Les budgets alloués sont la marque de cette volonté de répondre aux besoins des Français de la façon la

³⁹ "Evaluation du plan urgences 2004-2008", janvier 2007, Ministère de la Santé et des Solidarités.

plus appropriée possible. Cette priorité est mise en avant aussi compte tenu de l'inflation juridique à ce sujet, les services d'urgences faisant preuve d'une adaptation constante aux nouvelles données et obligations.

Au plan régional, les financements furent aussi très importants, permettant de remettre aux normes les différents services et de mettre en place les adaptations nécessaires.

Pour exemple, les tableaux suivants retracent les différents montants attribués aux hôpitaux régionaux disposant de services d'urgences :

Financement du plan urgences - 2004	
Renforcement des SAMU (praticiens + permanences)	261 105 euros
Renforcement des SMUR (personnel médical)	210 000 euros
Renforcement des hôpitaux locaux (renfort en personnel)	337 951 euros
Renforcement de la filière gériatrique (dont le court séjour gériatrique)	1 501 401 euros
Ouverture de lits de soins de suite (50 lits)	887 720 euros
Développement de l'hospitalisation à domicile	1 224 424 euros
Total	4 442 601 euros

Financement du plan urgences - 2005	
Poursuite renforcement des SMUR dont le SMUR pédiatrique du CHU	886 400 euros
Poursuite renforcement Hôpitaux Locaux	231 646 euros
Renforcement filière gériatrique	228 850 euros
Ouverture de lits de soins de suite (30 lits et 30 places)	1 230 202 euros
Développement de l'Hospitalisation à Domicile (58 places)	3 865 667 euros
Total	6 442 765 euros

Financement du plan urgences 2006	
Renforcement SMUR dont la seconde ligne du SMUR du CHU et services d'urgences dont les urgences psychiatriques	1 217 992 euros
Renforcement des Hôpitaux Locaux	131 438 euros
Développement de la filière gériatrique (court séjour médecine polyvalente)	296 831 euros
Renforcement des services de SSR (personnel médical et paramédical)	667 827 euros
Informatisation des services des urgences	320 000 euros
Total	3 634 088 euros

Chiffres du plan urgences au niveau régional

Source : ARH - Mars 2007

Suivant les années, les priorités ne sont pas les mêmes. Néanmoins, il y a une continuité logique de ces financements, parvenant étape par étape.

2.1.6.2. Analyse au niveau régional

2.1.6.2.1. Le maillage territorial

23 services d'urgences existent en Basse-Normandie composés jusqu'au 31 mars 2007 de 7 sites de SAU, de 14 sites d'UPATOU et de 2 sites de permanence d'accès aux soins.

Les 2 sites de Permanences d'Accès aux Soins (PAS) vont devenir au 31 mars 2007 des structures d'urgences au même titre que les autres. Le service d'urgences de Nogent le Rotrou est également intégré à l'organisation sanitaire régionale.

Ces réformes relatives aux décrets du 22 mai 2006 sont inscrites dans le volet urgences du SROS III.

Par ailleurs, les services d'urgences sont répartis sur le territoire de façon à effectuer un trajet maximum de 30 minutes (avec un véhicule SMUR, 40 minutes avec un véhicule standard) du lieu de détresse au service d'urgence.

2.1.6.2.2. Activités des services d'urgences dans la région

Méthodologie :

Pour décrire les activités des services d'urgences dans la région, deux études seront particulièrement citées ici :

- le bilan du volet urgences du SROS II (1999-2004), produit par l'ARH ;
- l'étude de Monsieur MACE, géographe de la santé, intitulée "Enquête sur l'activité des services d'urgences en Basse-Normandie en 2005", réalisée du 15 mai au 31 juillet 2005 ; les chiffres ont été transcrits sur l'année, d'où une précision à nuancer).

Par ailleurs, afin de clarifier nos propos et pour être plus précis, le nombre de primo-passages (et non le nombre total de passages) sera étudié. Il s'agit du nombre de personnes se présentant aux urgences pour un problème autre que pour reconvoications pour soins (ablation de plâtre, pansements...) ou pour un problème social (femme battue, garde à vue...).

En 2005⁴⁰, il y a eu 437 500 primo-passages, soit un taux de 292 primo-passages pour 1 000 habitants.

La couverture régionale semble satisfaisante selon le rapport de Monsieur MACE, grâce notamment aux 2 sites de PAS (en transformation) à Saint Hilaire du Harcouët et Aunay sur Odon. La ponctuation spatiale des services d'accueil des urgences de la région montre que seule 1,2 % de la population (17 000 personnes, soit 28 communes sur 1 774) est distante de plus de 30 minutes d'un service d'urgence.

⁴⁰ Source ARH - enquête primo-passages - 2005.

CARTE "L'ACTIVITE DES SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES"

Cependant, l'étude de Monsieur MACE donne aussi une analyse plus détaillée de l'activité des services d'urgences et montre que les taux de primo-passages au service des urgences sont très hétérogènes sur l'ensemble de la région.

Ainsi, à titre d'exemple, voici quelques chiffres illustratifs :

- 260 primo-passages pour 1 000 habitants pour le bassin de Saint-Hilaire⁴¹ ;
- 250 primo-passages pour 1 000 habitants pour le bassin de Saint-Lô, de Coutances et de Deauville ;
- 340 primo-passages pour 1 000 habitants pour les bassins d'Aunay sur Odon, Alençon et Falaise.

Par ailleurs, cette étude s'attache à chercher l'emprise de chaque bassin sur la population à travers le taux d'autonomie (ou d'autarcie), c'est-à-dire le pourcentage de personnes résidentes qui rejoindront, en cas de problème, leur propre service d'urgences. Le taux de fuite présente la situation inverse.

Dans les bassins de Caen, Alençon, Cherbourg, L'Aigle et Saint Lô, les taux d'autonomie sont très élevés. Par contre, pour les bassins de Valognes, Coutances, Aunay sur Odon, Deauville, Saint Hilaire du Harcouët et Mortagne au Perche, les taux de fuite sont très importants, l'extrême sud de l'Orne étant, de plus, attiré par des sites comme ceux de Nogent le Rotrou ou encore Mamers en dehors de la région.

La fréquentation des services d'urgences varie aussi selon les heures de jour ou de nuit. Trois-quarts de l'ensemble des primo-passages de la région se font entre 8 h et 20 h, 17 % entre 20 h et 0 h et 9 % entre 0 h et 8 h. Et sur l'ensemble de ces tranches horaires, la part de venue spontanée est stable et représente environ 70 % de l'ensemble des primo-passages.

De manière générale, la fréquentation des services d'urgences a augmenté depuis 2002 en Basse-Normandie.

En 2002, 389 694 passages avaient été enregistrés⁴². Mais 321 005 de ces passages étaient non programmés (ou primo-passages) pour une population totale de 1 422 436 habitants (ce qui fait alors 225 primo-passages par 1 000 habitants environ).

Pour information, selon l'ORS⁴³, en 1998, les services des urgences des établissements publics ont enregistré environ 289 000 passages (sans inclure les reconvoctions).

Afin d'affiner cette présentation, la lecture et l'analyse du tableau suivant peut être utile.

⁴¹ Monsieur MACE a répertorié 21 bassins d'urgences qui sont constitués au regard des déplacements domicile-hôpital où les communes ont majoritairement la même orientation, même de manière relative vers un service des urgences.

⁴² Source : bilan du volet urgences, SROS II (1999-2004).

⁴³ "Les urgences en Basse-Normandie" - décembre 2001.

Etablissement	Nb moyen quotidien de passages	Nb moyen quotidien de passages non programmés	Nb moyen quotidien de consultations programmées	Nb moyen quotidien d'hospitalisations	Nb moyen quotidien de transferts
CHU Caen	156,40	139,60	16,81	57,89	0,00
CH Louis Pasteur Cherbourg	83,80	83,80	0,00	34,57	0,97
CH d'Alençon	78,80	78,80	0,00	20,38	1,55
CH de Lisieux	57,80	51,20	6,58	18,42	0,04
CHP St Martin Caen	56,90	42,10	14,75	1,97	1,05
CH Mémorial St Lô	54,10	54,10	0,00	19,31	0,45
SIH Bessin - CH Bayeux	50,30	43,10	7,19	14,72	0,34
CH Avranches-Granville - Site de Granville	43,40	36,70	6,72	12,03	1,71
CH Avranches-Granville - Site d'Avranches	40,30	36,40	3,90	13,84	1,16
CH Jacques Monod Flers	39,30	35,90	3,41	13,78	0,84
CH d'Argentan	38,00	34,50	3,47	11,43	0,43
CH de l'Aigle	36,30	31,10	5,14	6,01	1,41
Polyclinique du Parc Caen	35,40	26,80	8,63	1,15	0,27
CH de Coutances	34,80	34,80	0,00	8,15	0,074
Polyclinique de Deauville	32,40	32,40	0,00	2,56	0,31
Site de Vire*	30,80	N.C.	N.C.	12,8	1,00
CH de Falaise	30,20	N.C.	N.C.	13,62	0,37
Clinique de la Miséricorde Caen	29,50	25,20	4,29	0,55	0,56
CH de Valognes	28,10	27,90	0,23	5,05	1,92
CH St Hilaire du Harcouët	22,50	13,00	9,52	3,42	0,59
CH de l'Estuaire Honfleur	21,90	20,70	1,21	6,13	0,72
CH Mortagne au Perche	20,70	18,10	2,67	5,07	0,11
CHIC des Andaines - Site de la Ferté Macé	19,50	N.C.	N.C.	5,72	0,56
CH Aunay sur Odon	19,10	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.
CHIC des Andaines - Site de Domfront	7,50	N.C.	N.C.	1,91	0,22
Total	1 067,70			290,50	17,30
Moyenne	42,70	43,30	4,70	12,10	0,70

* Données établissements se répartissant en :

13,5 passages par jour pour l'hôpital

9,5 hospitalisations par jour pour l'hôpital

17,3 passages par jour pour la clinique

3,3 hospitalisations par jour pour la clinique

Tableau activité quotidienne des établissements en 2002

Source : Bilan du volet urgences du SROS II, 1999-2004.

2.1.6.2.3. Le taux d'hospitalisation

Pour compléter ce paragraphe sur les services d'urgences dans notre région, un retour sur le nombre d'hospitalisations après passages dans les services d'urgences est nécessaire pour comprendre les enjeux relatifs à leur fréquentation et à la justification réelle de cette fréquentation.

Ainsi, en 1998, selon le document de l'ORS, la proportion des hospitalisations est de 39,6 % (pour un taux national la même année de 28,1 %). En 2002⁴⁴, le taux est de 29,8 % dans les établissements publics et de 4,1 % dans les établissements privés et dans les PSPH (respectivement 4,9 % et 1,8 %).

Peut-on y voir alors le signe d'une fréquentation de plus en plus importante et de moins en moins justifiée des services d'urgences ?

Enfin, en 2005, selon l'étude de Monsieur MACE, ce taux est de 29,2 % pour l'ensemble des primo-passages.

En février 2007, le rapport de la Cour des Comptes situait le nombre d'hospitalisations à hauteur de 25 % au niveau national.

L'hospitalisation en interne est permise dans certains hôpitaux (comme au CHU de Caen par exemple) par un système de protocoles entre les différents services spécialisés et les services d'urgences des hôpitaux. Ainsi le patient peut être adressé directement par le médecin régulateur trieur des urgences par exemple au service concerné en journée. Pendant les périodes de gardes (samedis après-midi, nuits, dimanches et jours fériés), le patient qui se présente aux urgences peut se voir donner un rendez-vous au service de spécialités concerné si besoin et si le problème n'est pas véritablement urgent. Le médecin d'astreinte dans le service de spécialités peut aussi être contacté et il peut se déplacer au service d'urgence même.

Les protocoles sont signés entre les différents services afin de permettre une orientation plus rapide des usagers. Les délais d'attente en sont réduits et la prise en charge est plus adéquate.

Les services de spécialités mettent en place leur propre système de garde.

2.1.6.2.4. Perspectives

Les chiffres sur le taux d'hospitalisation sont significatifs. Seuls 1/4 voire 1/3 des passages se soldent par une hospitalisation, ce qui peut susciter certaines interrogations. Ainsi, même si l'hospitalisation peut être évitée, si elle n'est pas toujours nécessaire dans la prise en charge du patient, ou encore si elle est refusée par le patient, il apparaît que certaines causes de l'engorgement des services d'urgences résident dans l'analyse de ce taux d'hospitalisation.

Ainsi pourquoi se déplace-t-on au service d'urgences ? Et surtout, quand il n'y a pas d'hospitalisation à la suite, pourquoi a-t-on choisi de s'y rendre plutôt que de trouver une autre solution (de composer un numéro d'urgences comme le 15 par exemple) ?

Cette problématique reste un des fils conducteurs de notre étude et, dans les parties III et IV, nous verrons à la fois les processus qui font que les services d'urgences sont sollicités, mais également les enjeux relatifs aux désengorgements de ces services, et notamment la place de la régulation par le Centre 15.

Par ailleurs, et cela a été plusieurs fois précisé, le volet urgences du SROS III est un instrument majeur d'orientation et d'évolution des services d'urgences même. Une explication sur ce volet du SROS III et sur ce qu'il préconise sera proposée au moment du point sur l'ARH.

⁴⁴ Source : bilan du volet urgences du SROS II, 1999-2004.

Mais la réglementation évolue aussi rapidement et définit les cadres des évolutions en cours et prochaines.

Ainsi, pour illustrer ces propos et pour mieux comprendre les enjeux des changements concernant les services d'urgences, deux exemples fondamentaux seront explicités ici :

- le réseau des urgences ;
- les fédérations inter-hospitalières.

a) Le réseau des urgences

Avant de décrire le réseau des urgences, il convient de préciser aussi quelles sont les relations actuelles entre les différents hôpitaux et les services d'urgences. En effet, il existe encore deux types de coopérations :

- Les contrats dits de relais : L'article R712-69 du code de la santé publique établissait qu'un contrat de relais pouvait être conclu entre l'établissement siège d'une UPATOU et tout établissement de santé qui disposait des compétences médicales, des moyens humains et technologiques nécessaires à la prise en charge et au traitement sans délai des patients orientés vers lui. Les changements intervenant avec les décrets du 22 mai 2006 modifient la forme de ces contrats, mais pas le fond. Ils doivent cependant être repensés pour être adaptés à la nouvelle juridiction.
- Les conventions inter-établissements : Afin de pouvoir transférer au plus vite un patient vers un autre centre hospitalier, quand l'établissement concerné ne disposait pas du service approprié, des conventions étaient établies et concernaient la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque, la cardiologie interventionnelle, la chirurgie vasculaire, la chirurgie de la main, l'ORL et l'ophtalmologie, les urgences psychiatriques et les urgences pédiatriques. Les conventions étaient multiples entre chaque établissement et chaque service, ce qui pouvait prêter à confusion.

Le réseau des urgences a donc pour vocation de simplifier les relations entre établissements. C'est en effet avec la circulaire DHO5/01/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences que le concept de réseau des urgences est effectivement mis en place, fruit d'un travail de réflexion préalable et énoncé notamment dans les décrets du 22 mai 2006 et à l'article R612-26 du code de santé publique.

Ce réseau répond à des objectifs particuliers et il est avant tout pensé comme un outil opérationnel au service des professionnels répondant à plusieurs objectifs concrets :

- permettre l'accès à une structure des urgences de proximité et/ou vers l'ensemble des établissements disposant de compétences et/ou des capacités d'hospitalisation nécessaires à la prise en charge des patients au sein des structures des urgences ;
- assurer la performance de prise en charge des urgences, engageant le pronostic vital ou fonctionnel afin de mieux identifier les ressources sur le territoire et d'orienter de façon optimale les patients ;

- garantir la sécurité et la continuité des prises en charge par l'accès à des spécialités ou à des capacités d'hospitalisations adaptées aux besoins des patients ;
- coordonner les actions et les moyens des établissements de santé sur le territoire;
- définir un cadre commun et partagé de bonnes pratiques de prise en charge et d'orientation afin de rendre une qualité optimale de prise en charge ;
- assurer une veille et un suivi de la qualité de fonctionnement grâce aux fiches de dysfonctionnements⁴⁵.

En ce sens, et conformément aux objectifs, la mission du réseau des urgences est double :

- organiser les ressources de proximité, ainsi que la fluidité des parcours, de l'amont à l'aval des établissements disposant d'une structure des urgences, organisation qui doit donc être articulée avec l'ensemble des acteurs de l'amont comme de l'aval ; les acteurs relevant de la PDS libérale y sont donc intégrés ;
- de garantir les recours aux plateaux techniques spécialisés dans le cadre de la gradation des soins afin de garantir la sécurité des prises en charge; ces plateaux doivent être organisés en filières au niveau régional.

En ce sens, cette coordination des patients qui doivent être orientés vers l'établissement ou le plateau technique le plus adapté à leur prise en charge se fera à l'aide d'un répertoire opérationnel des ressources⁴⁶. La gestion de ce répertoire peut être confiée au SAMU sous la responsabilité de l'ARH.

Le réseau des urgences doit dans chaque région être adapté aux spécificités locales. Un territoire de santé autour de l'établissement disposant de la structure des urgences doit aussi être établi, mission qui incombe à l'ARH.

Par ailleurs, une convention constitutive du réseau sera élaborée, en lien ici encore avec l'ARH. Cette convention se substitue aux autres conventions bilatérales (multiples) et définit de façon collégiale les engagements et principes généraux permettant d'assurer l'orientation des patients et la continuité des prises en charge.

La mise en place d'un réseau des urgences et des modalités qui l'accompagnent doit être effective dans un délai de 2 ans à compter de la date de notification de leur autorisation, soit au plus tard le 31 mars 2009 (décrets du 22 mai 2006).

La date d'application de cette circulaire du 13 février 2007 étant immédiate, il devrait s'opérer, sur les deux prochaines années, des changements conséquents dans les structures de médecine d'urgences, changements qui ont déjà largement commencé en Basse-Normandie.

⁴⁵ Article R6123-24, fiche qui a pour objectif de relever les dysfonctionnements au sein de l'établissement de soins et/ou dans son environnement et de permettre une correction au fur et à mesure, dans l'organisation des urgences et du réseau - suivi de qualité.

⁴⁶ Réseau informatisé et partagé devant être opérationnel au plus tard au 31 mars 2009.

Le réseau des urgences est ainsi l'élément clé sur lequel repose l'organisation territoriale de la prise en charge des urgences et de leurs suites. Il permet d'organiser le flux des patients à proximité des services d'urgences et d'éviter à la fois les problèmes de saturation éventuelle. Il permet également de réguler l'accès aux plateaux techniques.

De même, le réseau des urgences est inscrit dans le volet urgences du SROS III, dont les modalités concernant les services d'urgences seront exposées ultérieurement (cf. point sur l'ARH).

b) Les fédérations inter-hospitalières

Dans le même temps, et en complément du réseau des urgences, une autre notion doit être explicitée contribuant, elle aussi, à l'amélioration de l'organisation des structures des urgences dans les années à venir : il s'agit des fédérations médicales inter-hospitalières (ou groupements de coopération sanitaire).

Ces fédérations définies dans la circulaire du 16 avril 2003 (relative à la prise en charge des urgences) permettent ou devront permettre aux structures d'urgence ayant une activité modérée de mettre en place une coopération avec un autre établissement autorisé à faire fonctionner une structure des urgences et ayant une plus forte activité afin de garantir la qualité des prises en charge par le maintien des compétences : mutualisation des compétences et des formations, optimisation du temps médical et participation des médecins du site ayant une activité modérée à l'activité d'un site ayant une activité plus forte et plus spécialisée et réciproquement.

Ainsi, les fédérations médicales inter-hospitalières permettent à certains praticiens d'exercer dans plusieurs hôpitaux, dans le but initial de ne pas perdre la main quand à l'origine ils travaillent dans un hôpital où le nombre de passages est faible (moins de 8 000 passages par an). Mais elles permettent aussi de lutter contre la baisse de la démographie médicale et la difficulté de recruter des spécialistes dans certains services et de maintenir des petites structures, indispensables au maillage du territoire.

En Basse-Normandie, ce type de coopération est également encouragé par l'ARH. Dans l'Orne, une fédération médicale inter-hospitalière se dessine entre les hôpitaux d'Alençon, de Mortagne au Perche, de L'Aigle et peut-être, dans un futur proche, d'Argentan.

Ces fédérations médicales inter-hospitalières ou groupements de coopération sanitaires sont inclus dans la circulaire du 13 février 2007 et répondent à l'article R6123 -9 du code de santé publique inséré par le décret n° 2006-576.

De même, la circulaire du 13 février 2007 encourage le rapprochement des structures de médecine d'urgences (structures des urgences, SAMU, SMUR) dans le but de favoriser la mutualisation des équipes et des compétences.

Au niveau national, environ 50 % des structures en médecine d'urgences sont organisées en pôles, fédérations, voire en départements ou structures uniques, SAMU, SMUR, Urgences. En Basse-Normandie, c'est le cas dans le département de l'Orne. Le Ministère de la Santé souhaite d'ailleurs encourager ce type de mouvements de regroupements pour une plus grande efficacité.

c) L'informatisation des services d'urgences

Un des éléments de changement et d'amélioration concerne l'informatisation des services d'urgences.

Considérée comme une priorité par l'ARH, elle concerne au 31 décembre 2005 seulement 26 % des services d'urgences autorisés pour un système d'information médicale informatisée minimal.

Le CHU, à la fin de l'année 2005, est le seul à utiliser un outil informatique complet, incluant l'informatisation du dossier médical. A terme, toutes les structures des urgences devraient en bénéficier.

Les services d'urgences sont au cœur d'une évolution juridique mais aussi d'une évolution dans les mentalités. La saturation de ces services peut entraîner de grosses lacunes, voire de gros dangers pour la santé des patients et cette prise de conscience générale semble porter ses fruits. La régulation par le SAMU est encouragée, mais également le travail en coopération et en réseau.

De plus, la médecine d'urgences est devenue une discipline reconnue à part entière et trouve sa place dans les hôpitaux.

Enfin, le SROS III encourage et impose la mise en place d'un règlement interne des urgences qui permettrait de "protocoler" l'ensemble des prises en charges des patients admis en urgences, spécialité par spécialité.

Les urgences sociales font aussi partie de l'activité quotidienne des services d'urgences. Cependant, il conviendrait de mieux les définir pour mieux les comprendre.

Il est à noter que depuis le 1^{er} décembre 2006, une association a été créée en Basse-Normandie, la collégiale des chefs de services d'urgences. Interlocutrice de l'ARH, elle vise à promouvoir les améliorations et une mise en application plus rapide de la législation en vigueur.

2.1.7. Secourisme et AMU

En parallèle, et pas toujours cités comme des intervenants de l'Aide Médicale Urgente, les organismes secouristes sont pourtant des acteurs primordiaux, de par leur efficacité et du créneau d'informations et de formations qu'ils occupent auprès de la population.

Quel rôle peuvent avoir les organisations secouristes dans l'AMU ? En quoi peuvent-elles être un atout pour les autres intervenants des secours d'urgences ?

2.1.7.1. La Croix Rouge

En analysant l'exemple de la Croix Rouge, deux aspects du rôle des organisations secouristes sont mis en avant : leur rôle de formateur (qui permet à des personnes de pouvoir maîtriser les gestes qui sauvent) et leur rôle dans la réponse aux catastrophes de grande ampleur.

2.1.7.1.1. Présentation

Association de loi 1901 fondée en 1867, la Croix Rouge a trois missions essentielles (définies par l'ensemble des associations au niveau national) :

- la solidarité ;
- le secourisme ;
- la santé.

Dans le cadre de notre étude, nous allons nous attacher plus particulièrement à décrire la mission secouriste de la Croix Rouge.

La Croix Rouge, présente dans les trois départements bas-normands, dispose d'un parc automobile stratégique (véhicules et remorques), afin d'intervenir sur les voies et les lieux publics.

Les interventions ont lieu, soit à la demande des autorités en cas d'accident grave ou de catastrophe naturelle ou technique, pour accueillir, réconforter, donner les premiers soins et transporter si nécessaire les victimes, soit à la demande de collectivités ou de sociétés lors de regroupements publics importants. La Croix Rouge a pour mission dans ce cas d'organiser des postes de secours, notamment lors d'événements sportifs, nombreux dans la région.

Les postes de secours ou Dispositif Préventif de Secours (appellation exacte) sont composés d'une ambulance et d'un équipage de 5 secouristes qualifiés, c'est-à-dire :

- un chef d'intervention ;
- trois titulaires du Certificat de Formation aux Activités de Premiers Secours en Equipe (CFAPSE) ;
- un titulaire de l'Attestation de Formation aux Premiers Secours en cours de formation.

De même, la Croix Rouge a un rôle fondamental en matière de formation au secourisme.

En France, chaque année, 18 000 personnes meurent d'accidents domestiques, 6 000 sur les réseaux routiers et 1 500 dans les entreprises... Une formation aux gestes qui sauvent est appropriée dans certaines situations pour répondre dans l'urgence aux événements graves se présentant spontanément⁴⁷.

La Croix Rouge assure, à l'aide de bénévoles, des formations spécifiques avec l'objectif interne au niveau national de former 20 % de la population et de sauver 10 000 vies.

Elle propose aux personnes le désirant deux types de formations, plus ou moins complètes.

L'Initiation aux Premiers Secours (IPS) est une formation de deux heures pour apprendre quelques gestes pour sauver une vie. Cette initiation est souvent assurée lors d'opérations de promotions auprès du grand public, comme les foires

⁴⁷ Magazine *Sécurité civile* 14, Edition 2006

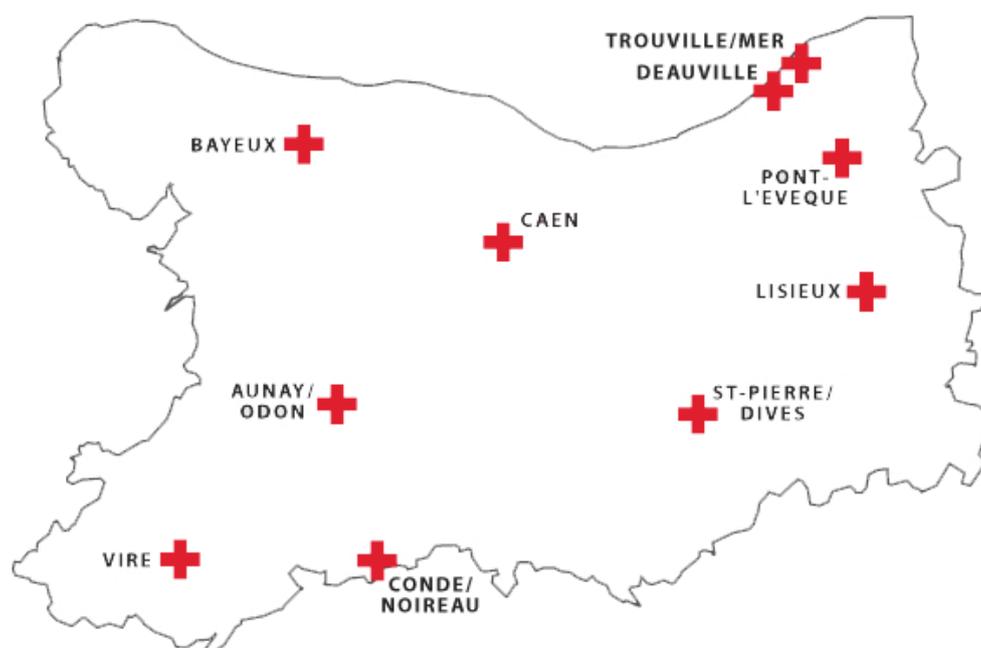
expositions ou les galeries marchandes. Les jeunes enfants peuvent également la recevoir à partir de 7 ans. Et l'Attestation de Formation aux Premiers Secours (AFPS) est une formation qui s'adresse à tout public à partir de 10 ans. Elle est très complète, basée sur l'apprentissage des gestes de premiers secours et leur mise en œuvre pratique par l'étude de cas concrets au cours de simulations d'accidents. Elle dure de 10 à 12 heures suivant les formateurs et elle coûte (pour la délégation locale de Caen) environ 60 euros. L'AFPS a une équivalence avec le Brevet Européen des Secours. La délégation de Caen forme environ 400 personnes par an.

2.1.7.1.2. Délégations locales

Dans les trois départements, les délégations Croix Rouge sont réparties sur le territoire de manière à assurer un maillage équilibré.

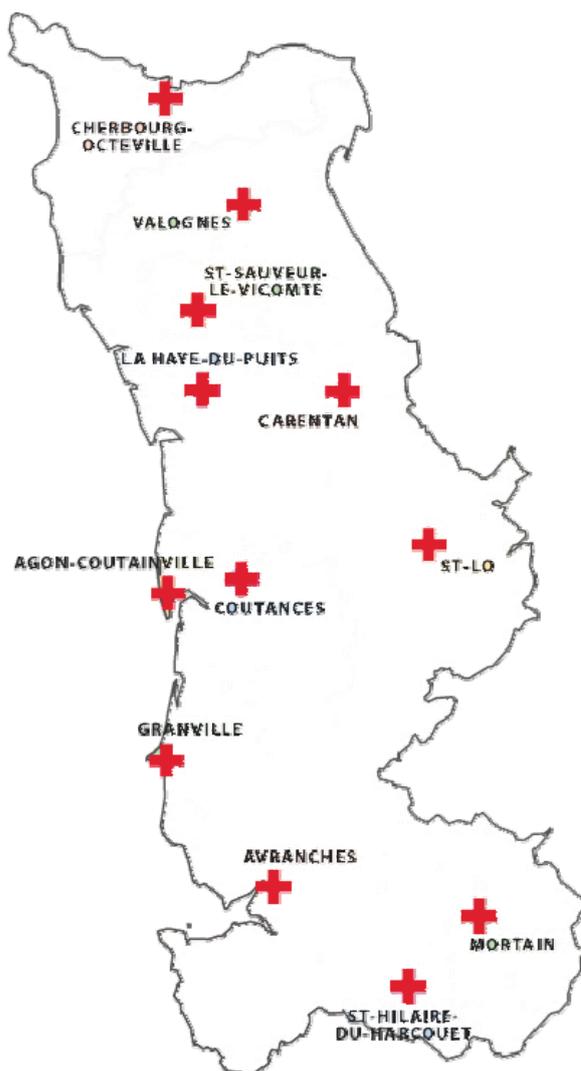
a) Le Calvados

10 délégations locales



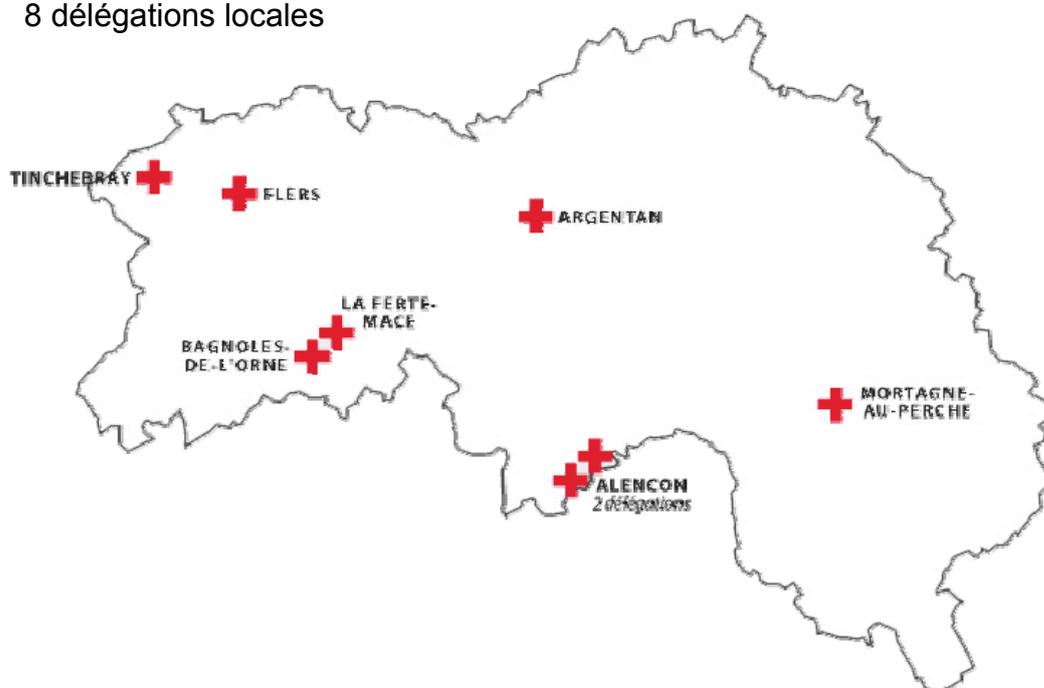
b) La Manche

12 délégations locales



c) L'Orne

8 délégations locales



Cette couverture du territoire permet à la population non seulement de mieux connaître l'activité de la Croix Rouge mais aussi de bénéficier plus facilement des formations secouristes.

Par ailleurs, en cas de situation d'urgences décidée par le Préfet, le niveau de réactivité est ainsi assuré efficacement.

2.1.7.2. Le CROSS de Jobourg

2.1.7.2.1. Missions

Le Centre Régional Opérationnel de Surveillance et de Sauvetage de Jobourg est un centre opérationnel de service public en mer géré par le Ministère des Affaires Maritimes (il existe 5 CROSS de la sorte en France).

Les missions du CROSS sont les suivantes :

- assurer la recherche et le sauvetage en mer ;
- permettre la sécurité de la navigation ;
- préserver l'environnement ;
- surveiller les pêches.

Pour cela, il assure 24 h sur 24 la réception des alertes en effectuant une veille permanente avec les moyens de télécommunications dont il dispose (la radio, le téléphone, le télex...).

2.1.7.2.2. Activités

Les affaires médicales sont régulées par le SAMU du Havre mais sont sous la juridiction du CROSS de Jobourg. Ainsi en 2006, 76 affaires ont été régulées (158 affaires en totalité, dont 82 pour le CROSS Griz Nez).

Sur ces 76 affaires, 20 ont concerné une évacuation médicalisée en mer, 17 une évacuation non médicalisée en mer et 39 consistaient en un accueil à quai.

Les moyens utilisés pour ces évacuations médicales sont les vedettes de la Société Nationale de Sauvetage en Mer (SNCM) et l'hélicoptère de la Marine Nationale basé à Querqueville.

Enfin, pour information, ces 76 évacuations médicalisées ont donné lieu à des hospitalisations pour 50 % d'entre elles à l'hôpital de Cherbourg, 15 % au CHU de Caen, 5 % à l'hôpital de Granville, 18 % à l'hôpital du Havre et enfin 12 % dans d'autres hôpitaux bas-normands.

2.1.8. La gendarmerie

D'autres acteurs jouent un rôle important dans la mise en place de l'AMU, même s'ils ne sont pas toujours directement associés aux soins médicaux. Ils répondent pourtant de manière urgente à des situations décrites comme relevant d'une détresse. C'est le cas par exemple de la gendarmerie.

2.1.8.1. Description et fonctionnement du rôle de la gendarmerie et du 17

2.1.8.1.1. Présentation

En parallèle des numéros gratuits d'urgences 15 et 18, il existe également le 17, numéro national et gratuit d'urgence de la gendarmerie.

En effet, lors d'un accident ou d'un cas de détresse vitale, la victime ou les témoins peuvent aussi être amenés à composer le 17 (en cas de méconnaissance du numéro 15 ou dans la précipitation supposée ou encore en plus du 15 dans la nécessité d'établir un constat).

En ce sens, il semble important d'expliquer brièvement le rôle de la gendarmerie dans l'organisation de l'AMU, même si cette dernière n'assure ni soin, ni transport de blessés (ou occasionnellement).

Sous la tutelle du Ministère de la Défense, la gendarmerie veille à la sûreté publique. Elle garantit ainsi la protection des personnes et des biens, renseigne, alerte et porte secours.

Par ailleurs, la gendarmerie assure une couverture nationale du niveau de l'implantation de ses brigades qui lui permet d'être sur le lieu de l'intervention dans un délai de 30 minutes maximum.

De même, les Centres d'Opérations et de Renseignements de la Gendarmerie (CORG) présents au niveau départemental dans un groupement (échelon de commandement de la gendarmerie au niveau d'un département) sont les organismes qui réceptionnent les appels vers le 17.

Il existe désormais un centre récepteur par département, de nuit comme de jour. Avant le 20 février 2007, on pouvait trouver une organisation différente. Les appels étaient réceptionnés par les diverses compagnies sur le département pendant la journée de 8 h à 19 h pour les appels émanant d'un téléphone fixe. Le CORG répondait alors aux seuls appels émanant d'un téléphone mobile 24 h sur 24 et de tous les appels (mobiles et fixes) de 19 h à 8 h.

L'organisation paraît maintenant simplifiée avec la mise en place d'un standard unique pour tous les appels dans chaque département.

La connexion avec les compagnies en fonction des besoins d'intervention se fait très rapidement, le CORG disposant d'un service radio (RUBI) et d'un système propre de communication interne à la gendarmerie (ARAMIS) permettant de voir si une patrouille est disponible ou non.

2.1.8.1.2. L'interconnexion avec les autres numéros d'urgences

Un mécanisme de transfert d'appels est mis en place automatiquement entre les 3 centres de réceptions permettant de contacter au plus vite le service concerné.

Des conférences à 3 sont également envisageables. Des détails complémentaires seront donnés ultérieurement (cf. en partie III, l'interconnexion 15-17-18-112).

Il convient cependant de préciser que la gendarmerie ne se déplace pas automatiquement et décide, après analyse de la situation, si son rôle est d'intervenir ou non ; le SDIS prévient lui la gendarmerie à chaque fois qu'il intervient.

La gendarmerie a donc pour rôle de :

- donner l'alerte ;
- faciliter l'intervention des moyens appropriés (SAMU, SDIS...) ;
- enregistrer les faits s'il y a état de faire des constats.

2.1.8.2. L'activité locale et l'implantation territoriale

2.1.8.2.1. Le Calvados

Au CORG du Calvados, 16 personnes travaillent, ayant reçu une formation complémentaire de 3 semaines et dont la majorité sont des sous-officiers.

Il y a quatre lignes pour réceptionner les appels. En journée, 1 opérateur est présent, tandis que le soir de 19 h à 8 h, 2 opérateurs assurent cette fonction.

Le vendredi soir et pendant les mois de juillet et août en raison de l'afflux de population touristique, il y a 3 opérateurs le soir (de 19 h à 0 h).

Des pics d'activité sont identifiés, souvent quand il y a des intempéries (neige, tempêtes...) et principalement à certaines heures (de 19 h à 0 h particulièrement).

Il y eu ainsi 1 244 d'appels du 20 février 2007 (date de la mise en place du standard unique) au 20 mars 2007, soit environ 44,5 par jour sur la période.



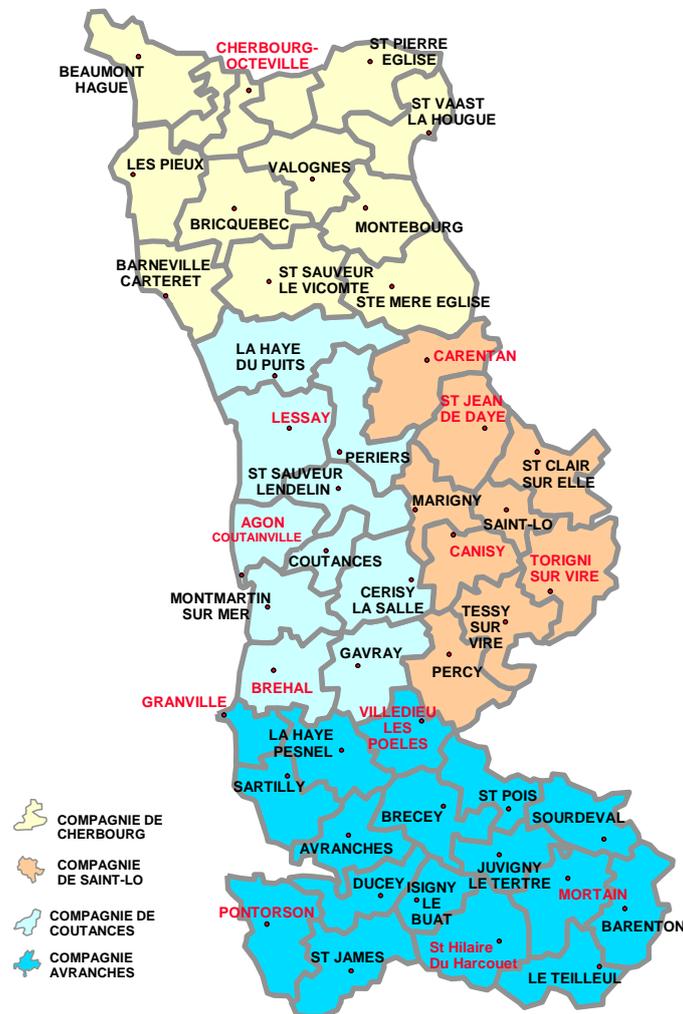
2.1.8.2.2. La Manche

12 gendarmes travaillent au CORG de la Manche. Le standard unique est basé à Saint Lô. Il y a également 4 lignes comme dans le Calvados.

Les opérateurs sont renforcés en période estivale et certains soirs quand il y a une activité plus importante.

La gendarmerie de la Manche ne dispose pas encore de chiffres précis avec la mise en place récente du standard unique.

L'élément cartographique suivant montre comment les groupements et brigades sont répartis sur le territoire.



2.1.8.2.3. L'Orne

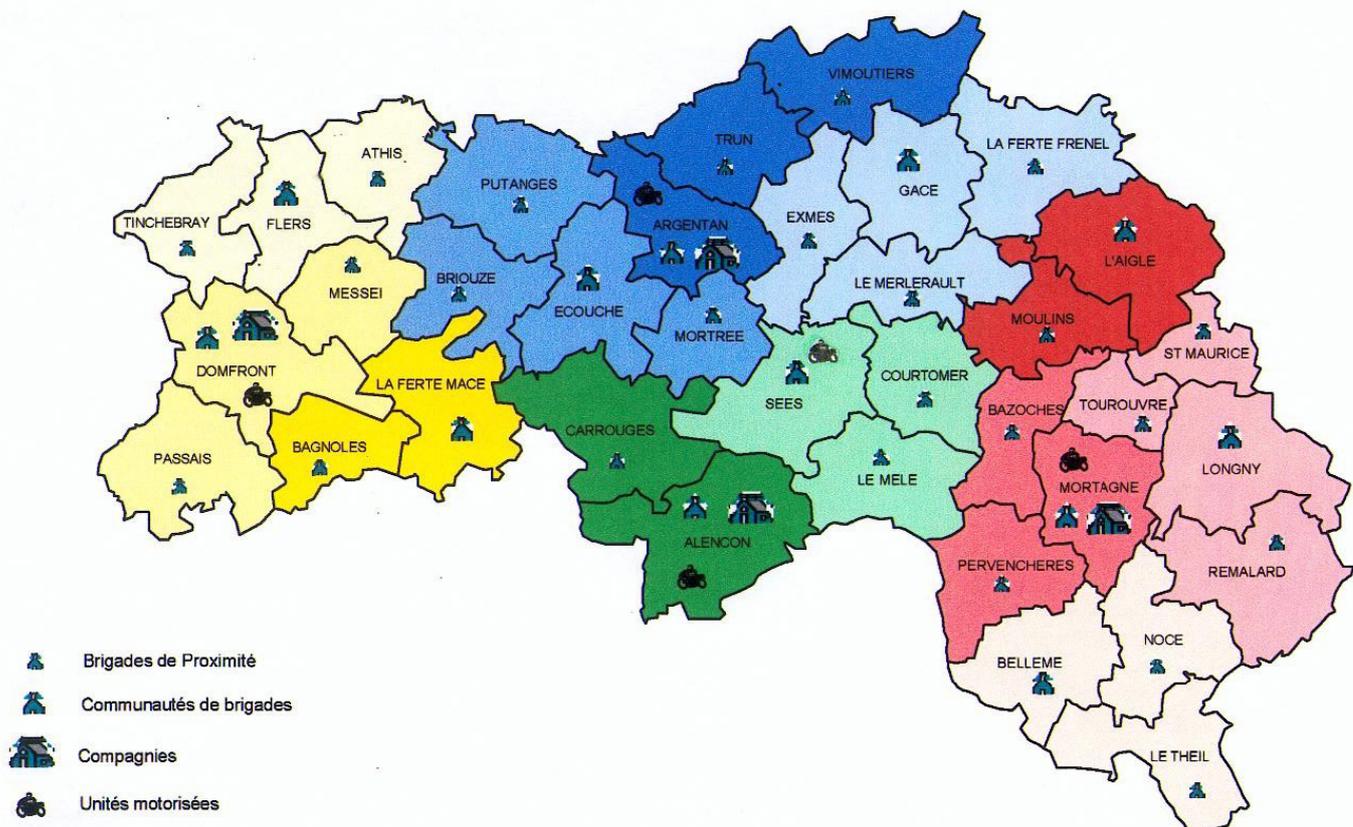
Dans ce département, le CORG est situé à Alençon. 14 personnes y travaillent par roulement et disposent de 6 lignes en totalité. Cependant, de 7 h à 19 h, il y a 2 permanenciers, de 19 h à 2 h, 3 sont de permanence, puis de 2 h à 7 h, 1 opérateur reste sur place, tandis que 2 peuvent être appelés en cas de problème (ils sont d'astreinte).

Les pics d'activité se situent également, comme dans les deux autres départements, le soir de 19 h à minuit, en fin de semaine et en période estivale.

Par ailleurs et pour indication, il y a eu 1 000 appels supplémentaires depuis la centralisation du 17 à Alençon, soit un supplément d'environ 30 par jour, du 20 février au 20 mars.

Il convient en outre de souligner que la gendarmerie de l'Orne répond largement à l'objectif de 30 minutes, puisque la moyenne du temps nécessaire pour arriver sur un lieu d'intervention dans le département est de 13 minutes.

La couverture territoriale est la suivante :



2.1.8.3. L'urgence sociale en Basse-Normandie

D'autres acteurs interfèrent et doivent répondre à l'urgence sociale voire médicale.

Ainsi, dans le Calvados par exemple, un numéro d'urgence a été mis en place, le 115, qui fonctionne 24 h sur 24 et 365 jours par an. Le 115 permet de donner un premier contact attentif et humain. Il informe les personnes qui composent le numéro sur l'accès aux droits et aux dispositifs d'urgence sociale et il permet aussi d'orienter et de proposer aux personnes sans domicile un hébergement adapté.

Pour indication, le nombre d'appels "véritables" (c'est-à-dire les appels décrochés qui ont fait l'objet d'une demande) était de 21 311 en 2006. En 2005, il y a eu 20 886 appels et 15 005 en 2004. L'augmentation entre 2004 et 2005 fut donc majeure, d'environ 39 %, tandis qu'entre 2005 et 2006, l'augmentation fut plus réduite (+ 2 % environ).

D'autres numéros d'urgences existent dans les autres départements et en Basse-Normandie de manière générale, comme le numéro d'urgence dédié aux femmes violentées (0800 05 95 95) ou encore allo enfance maltraitée (119), numéro national et départemental.

Enfin, un collectif départemental pour la prévention du suicide a été créé dans la Manche où le taux est particulièrement élevé (113 suicides en 2005 et 138 en 2002, soit 31 pour 100 000 habitants cette même année contre 17,8 pour 100 000 habitants au niveau national⁴⁸).

Ces acteurs sont aussi au plus près de l'urgence médicale, l'urgence sociale étant souvent liée à des problèmes de violences et de traumatismes.

2.2. LES ACTEURS INSTITUTIONNELS ET ADMINISTRATIFS

Aux côtés, ou plus précisément en amont, des acteurs qui sont présents directement sur le terrain, les institutions administratives veillent, organisent et parfois financent. C'est pourquoi, dans cette étude, un détour sur le rôle de certaines institutions a paru nécessaire.

2.2.1. La Préfecture

La Préfecture chapeaute directement l'organisation d'Aide Médicale Urgente dans chaque département. Elle intervient dans la mise en place des missions du SDIS (commandement opérationnel) mais aussi dans la Permanence Des Soins :

- Le Préfet de département préside les réunions du Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente (CODAMU - voir ultérieurement). En cela, il a un rôle dans l'organisation des gardes, à la fois des médecins libéraux, mais aussi des ambulanciers privés.
- Le Préfet du département permet la mise place des conventions tripartites (voir partie III).

⁴⁸ www.manche-sante.fr

La Préfecture du département a en outre un rôle essentiel dans la protection des personnes et la gestion des crises. Elle met également en place les plans d'urgences généraux, impliquant une cellule de crise où les acteurs de l'AMU sont présents et travaillent ensemble. Le Préfet dirige les opérations de secours avec le Service Interministériel Départemental de Protection Civile qui élabore et veille à l'opérabilité des plans ORSEC ou autres plans rouges, plan météo..., des plans qui demandent de réagir en urgence et qui nécessitent aussi une préparation et un entraînement préalable. Ces plans seront explicités en partie IV.

2.2.2. Le Conseil Général

Le Conseil Général intervient au sein du SDIS (financement et Présidence du Conseil d'Administration) et veille aussi à l'organisation de la PDS. Il peut ainsi décider de mettre en place certaines mesures pour inciter à l'implantation de médecins sur des territoires isolés. Le Conseil Général de la Manche a ainsi attribué des bourses à des étudiants en médecine pour que ceux-ci viennent, à l'issue de leurs études s'installer pendant au moins 10 ans en milieu rural (voir partie IV).

2.2.3. L'Agence Régionale de l'Hospitalisation

Par ailleurs, sans avoir à citer des organisations comme la DDASS ou encore la DRASS, nous allons nous attacher à mieux comprendre la place et le rôle de l'ARH dans l'AMU.

2.2.3.1. Présentation

2.2.3.1.1. Généralités

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation est une institution née de l'ordonnance du 24 avril 1996 qui portait sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée.

L'article L 6115-1 du code de la santé publique décrit sa triple mission :

- définir et mettre en œuvre le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire, c'est-à-dire plus généralement la politique de l'offre de soins hospitalière de la région ;
- analyser et coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés ;
- déterminer leurs ressources à travers la campagne budgétaire.

2.2.3.1.2. Missions et objectifs régionaux

En Basse-Normandie, un contrat d'objectifs a été signé entre le Ministre de la Santé et de la Solidarité et la Directrice de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en juin 2006, contrat conclu alors pour 3 ans et considéré comme un outil de management privilégié de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Ce contrat comprend ainsi 6 objectifs nationaux communs à l'ensemble des agences :

- assurer la régulation régionale de l'offre de soins ;
- favoriser la qualité des soins et la sécurité sanitaire ;

- veiller aux équilibres financiers des établissements de santé ;
- contribuer à l'optimisation de l'organisation et de la gestion interne des établissements de santé⁴⁹ ;
- favoriser l'efficacité des pratiques hospitalières ;
- développer la concertation et le dialogue social en région.

Par ailleurs, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation définit des objectifs régionaux en conformité avec les spécificités de la région.

La Basse-Normandie a souhaité mettre en avant 6 objectifs régionaux. Le premier objectif est d'ailleurs significatif pour notre étude :

- améliorer le fonctionnement des services d'urgences (objectif qui semble donc être une priorité pour l'Agence Régionale de l'Hospitalisation) ;
- développer une prise en charge adaptée de l'hospitalisation complète en psychiatrie ;
- développer une filière gériatrique complète par établissement ;
- structurer le dispositif régional de soins palliatifs ;
- assurer la coordination et la qualité des soins en cancérologie ;
- soutenir l'emploi médical.

Ce programme relativement vaste établit les priorités et les besoins réels de la région.

2.2.3.2. Le SROS III

2.2.3.2.1. Présentation générale

Le SROS III est aujourd'hui en cours. Celui-ci a été édifié pour la période allant de 2006 à 2011. Il est également opposable en matière de planification (ordonnance du 4 septembre 2003).

Considérant l'arrêté du 22 mars 2006 signé par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de 3^{ème} génération a pour objet de définir l'organisation sanitaire des établissements de santé publics et privés pour les cinq années à venir, afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale de la population bas-normande.

Le SROS III suscite un intérêt particulier pour cette étude dans l'élaboration du volet urgences.

2.2.3.2.2. Le volet urgences

Ce volet urgences a subi récemment quelques modifications dues à la mise en application du décret du 22 mai 2006 (n° 2006-576) relatif à la médecine d'urgences et modifiant le code de la santé publique et le décret n° 2006-577 (du 22 mai 2006

⁴⁹ Site : www.parhtage.sante.fr

également) relatif aux activités techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecines d'urgences et modifiant le code de la santé publique.

Le volet urgences du SROS III définit donc les orientations à venir et émet des recommandations qui devront être appliquées d'ici à 2011.

Ce volet urgences est établi en différentes parties et sous parties.

Ainsi, même si cela ne concerne pas directement ses compétences, il comprend une articulation avec la PDS en Basse-Normandie. Il s'agit ici d'encourager la mise en place d'une PDS efficace et bien orchestrée dans la région. Cela confirme aussi l'idée qu'une bonne coopération des intervenants de l'urgence médicale est nécessaire pour une bonne organisation de l'AMU.

Le SROS III insiste aussi sur l'articulation de l'organisation hospitalière avec les autres acteurs de l'urgence. Celle-ci sera plus amplement explicitée en partie III.

En outre, et de manière générale, le SROS III s'intéresse plus particulièrement aux acteurs du secteur hospitalier. Pour le volet urgences, il s'agit bien entendu des SAMU, SMUR, services d'urgences spécialisés...

Le SROS III est un schéma d'orientation globale et ses préconisations ou recommandations sont élaborées en concertation avec les différents acteurs de l'urgence, liés aux centres hospitaliers.

Etant opposable, il est alors impérativement mis en place, ce qui est une nouveauté par rapport aux deux SROS précédents.

Les impératifs du volet urgences du SROS III d'ici à 2011 :

- Le rôle pivot de la régulation par le SAMU-Centre 15 doit être renforcé.
- L'organisation hospitalière doit être structurée avec les autres acteurs de l'urgence (PDS de la médecine libérale, SOS Médecins, SDIS, Maisons Médicales de Gardes).
- L'accessibilité pour l'ensemble de la population bas-normande à une structure des urgences hospitalière doit être assurée. Pour cela, le maillage du territoire doit être équilibré.
- Les SMUR doivent aussi, en complément, assurer un maillage territorial optimal (délai de 30 minutes maximum en tout point du territoire).
- Les filières de prises en charges spécifiques doivent être développées (la régulation par le SAMU, la réanimation, la neurochirurgie....).
- Le fonctionnement des structures des urgences doit être amélioré (élaborer des protocoles pour l'accès aux plateaux techniques, pour l'intervention de spécialités aux urgences, organiser la connaissance de la disponibilité des lits, mettre en place des "chartes internes des urgences").
- Les Unités d'Hospitalisation de courte durée doivent être développées et organisées (3 à 5 lits pour 1 000 passages avec un minimum de 2 lits).
- Les Infirmiers d'Orientat ion et d'Accueil doivent être mises en place (pour permettre une meilleure orientation, plus rapidement, dès la présentation du patient au service d'urgences).

- Les consultations non programmées à horaires élargis doivent être mises en place. Elles doivent permettre de désengorger les urgences et elles reposent sur la coopération avec les autres services hospitaliers.
- Les populations spécifiques doivent être accueillies en conséquence (quand il s'agit de gériatrie, de psychiatrie, de pédiatrie, ou encore d'urgences médico-légales).
- Le réseau des urgences doit être établi (circulaire du 13 février 2007).
- Les fédérations inter-hospitalières doivent être organisées à l'échelle du territoire.
- L'informatisation doit être développée et généralisée afin d'avoir une meilleure connaissance, une plus grande efficacité.

2.2.4. L'URCAM

L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Basse-Normandie doit être citée dans cette étude, non seulement pour son rôle dans l'organisation de la Permanence Des Soins (une des missions de l'URCAM est de promouvoir et d'estimer les actions de coordination des soins et la mise en œuvre de bonnes pratiques par les professionnels de santé, comme de négocier et signer les accords correspondants), mais aussi parce qu'elle constitue avec l'ARH la Mission Régionale de Santé (point explicatif suivant).

Elle veille au financement des professionnels de santé et intervient à travers un fonds spécifique, le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV). Ce fonds finance les divers projets concourant à l'amélioration des pratiques professionnelles, à leur évaluation, au développement des formes coordonnées de prise en charge.

A titre d'exemple en Basse-Normandie pour la PDS, certaines Maisons Médicales de Gardes ont perçu des aides. Celle de Saint Lô a reçu 51 000 euros en 2003 et plus récemment celle de Coutances, 40 000 euros.

L'URCAM est intervenue à travers le FAQSV dans le financement de la régulation libérale (aujourd'hui financée par les CPAM). L'ADOPS 14 reçoit aussi une aide pour organiser la PDS dans la Manche.

D'autres projets sont et seront développés dans ce cadre. L'URCAM encouragerait ainsi les évolutions futures de l'AMU et permettrait la mise en place de nouveaux procédés. Un des derniers financements à cette date, par exemple, concerne la régulation déportée pour le département de l'Orne. De même, des aides peuvent être données à des structures hospitalières, au SAMU par exemple, afin d'améliorer son matériel informatique.

L'URCAM de Basse-Normandie produit des statistiques concernant les données démographiques et médicales de la région, statistiques pertinentes pour comprendre les enjeux liés l'AMU.

Elle assure aussi un rôle de sensibilisation et d'informations de la population dans le but d'imposer une utilisation efficiente des différents services d'urgences et de secours d'urgences.

A titre d'exemple, un document a été diffusé lors de différentes campagnes en 2002 et 2003, touchant approximativement 81 % des foyers bas-normands intitulé

"Besoin d'un médecin mode d'emploi". Il répertorie 11 questions pour lesquelles les usagers sont souvent perdus et qui nécessitent des éclaircissements, à la fois rassurants et pratiques. (Un point explicatif sur la sensibilisation de la population sera proposé en partie IV).

Enfin, l'URCAM intervient aussi dans le cadre de la Mission Régionale de Santé, avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

2.2.5. La Mission Régionale de Santé

Quel est le rôle de la Mission Régionale de Santé ? Quelle place occupe-t-elle dans les décisions relatives à l'AMU et la PDS en Basse-Normandie ?

2.2.5.1. Présentation

La MRS cherche à établir une régionalisation du système de santé. Elle s'inscrit dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 qui avait alors pour objectif d'instaurer une véritable prise en charge globale du patient et de rationaliser le système de santé. Cette mission est dirigée alternativement et annuellement par le Directeur de l'ARH, puis le Directeur de l'URCAM dans des conditions définies par décrets.

Elle a pour objectif aussi de maîtriser les dépenses de santé et de répondre à une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire, en évitant les inégalités territoriales.

La Mission Régionale de Santé répond à différentes nécessités⁵⁰ :

- la proximité par des actions adaptées aux besoins de la population, tout en conservant une cohérence dans la conduite des politiques menées ;
- l'équité par la réduction des inégalités infrarégionales d'offres de soins ;
- l'efficacité du système de soins par une action coordonnée et transversale ;
- la prise en compte d'évolutions (prise en charge de pathologies lourdes), requérant un décloisonnement du système de santé, la territorialisation des politiques de santé publique.

De plus, la Mission Régionale de Santé intervient dans le but de progresser et d'exercer les actions conjointes de l'ARH et de l'URCAM selon l'article 67 de la loi du 13 août 2004 et l'article L162-47 du code de la sécurité sociale. Elle est donc constituée entre ces deux institutions et elle s'inscrit dans la continuité de leurs actions en tenant compte de leur acquis.

Les missions de la Mission Régionale de Santé sont les suivantes :

- définir les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé ;
- établir des propositions d'organisation du dispositif de PDS ;
- arrêter le programme annuel des actions destinées à améliorer la coordination du système de soins, notamment en matière de développement des réseaux ;

⁵⁰ www.l-ami.org/La-Mission-Régionale-de-Santé.7641.0.html

- déterminer le programme annuel de gestion des risques dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires.

Il faut cependant préciser que la Mission Régionale de Santé favorise les modes de décisions basées sur la concertation et que ses propositions ne sont que consultatives.

2.2.5.2. La MRS et la PDS

En juin 2005, la MRS a établi diverses propositions concernant l'organisation du dispositif de Permanence Des Soins en Basse-Normandie.

Afin de permettre la mise en place d'une organisation la plus efficiente possible, la MRS est chargée d'élaborer une proposition de cadre régional. Des groupes de travail ont donc été réunis. Des médecins hospitaliers et libéraux se sont concertés pour établir ensemble les bases d'un projet commun.

Quatre axes ont été définis :

- Améliorer les dispositifs de régulation des appels existants. Pour cela, il est préconisé de renforcer les centres de régulation médicale ou encore de veiller au bon fonctionnement de la régulation libérale au sein des Centres 15. Il est inscrit aussi la volonté d'accroître l'efficacité des Centres 15 en les dotant de moyens techniques plus performants et de respecter certaines normes, comme le délai d'attente avant décroché.
- Mieux coordonner les moyens d'actions existants. Cela passe par une bonne coopération et connexion entre les différents acteurs ou intervenants de l'urgence. Il est préconisé également d'apporter une sectorisation compréhensible et efficace sur le territoire pour ce qui concerne la PDS afin d'éviter une sur-dimension des moyens.
- Rendre le système lisible pour les usagers. Une bonne information des citoyens est nécessaire afin de permettre un fonctionnement efficient.
- Estimer périodiquement le dispositif. Il s'agit de permettre de rendre compte de la réelle portée et des éventuels problèmes de dispositifs dans le but d'y remédier. L'organisation de la Permanence Des Soins est une préoccupation de la Mission Régionale de Santé.

A travers ces quatre axes, une prise en compte équilibrée des volontés spécifiques est recherchée.

La Mission Régionale de Santé a donc un rôle non négligeable dans la PDS, mais aussi, et par extension, dans l'AMU dans la région.

2.2.6. Le CODAMU

Une autre institution, ou plus précisément un autre comité, doit être décrit ici : le COmité Départemental de l'Aide Médicale Urgente (CODAMU). Il n'est pas un seul acteur, mais la réunion de tous. Outil de coopération et de concertation, il permet de prendre les bonnes décisions au bon moment.

L'article L6313-1 du code de la santé publique précise que dans chaque département un Comité de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence Des Soins a pour mission de veiller à la qualité de la distribution de l'Aide Médicale Urgente, à l'organisation de la Permanence Des Soins et à son ajustement aux besoins de la population.

Il s'assure également de la coopération des personnes physiques et morales participant à l'AMU, au dispositif de la PDS et aux transports sanitaires.

Le décret n° 876964 du 30 novembre 1987 relatif au Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et aux transports sanitaires (JO du 1^{er} décembre 1987), modifié par le décret du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la Permanence Des Soins (JO du 16 septembre 2003) précise sa mise en application.

Le comité est présidé par le Préfet de département et il est composé de deux sous-comités, l'un médical (pour tout ce qui concerne l'AMU), l'autre des transports sanitaires (il est ainsi chargé de donner un avis préalable à la délivrance, à la suppression ou au retrait par le Préfet de l'agrément nécessaire au transport sanitaire).

Par ailleurs, comme le précise le décret du 15 septembre 2003, les questions d'organisation de la PDS sont aussi très présentes.

Pour information, voici une liste des membres participant dans chaque département au CODAMU (cependant, il n'est pas toujours évident que chaque membre puisse être présent et il existe des variantes selon les départements) :

- le directeur départemental du SDIS ;
- le médecin chef du SDIS ;
- le commandant du corps des sapeurs-pompiers le plus important du département ;
- le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ;
- le médecin inspecteur de la santé ;
- un médecin du SAMU (désigné par le Préfet) ;
- un médecin du SMUR (désigné par le Préfet) ;
- un directeur d'hôpital doté d'un SMUR ;
- un représentant syndical du personnel hospitalier.

Le volet administratif regroupe :

- deux représentants du Conseil Général ;
- deux représentants des mairies.

Pour les caisses d'assurances maladies :

- un représentant de la Sécurité Sociale ;
- un représentant de la Mutualité Sociale Agricole ;
- un représentant de la Caisse des Artisans et Commerçants.

Enfin, pour les professions libérales :

- deux représentants des Syndicats Médicaux Nationaux ;
- deux représentants des Associations Départementales d'Aide Médicale Urgente ;
- un représentant du Conseil de l'Ordre des Médecins ;
- deux représentants de l'hospitalisation privée ;
- quatre représentants des associations nationales des ambulanciers ;
- un représentant des organisations départementales des ambulanciers ;
- un représentant du Conseil Départemental de la Croix Rouge Française.

Par ailleurs, le décret du 22 décembre 2006 précise les conditions de l'entrée au sein du CODAMU d'un représentant de l'ordre des pharmaciens.

Par le nombre d'acteurs qui entrent en jeu au sein de ce comité, la nécessité de se concerter et de prendre des décisions communes est donc mise en avant. Outil indispensable à la bonne coopération des différents intervenants de l'AMU, de la PDS et des transports sanitaires, le CODAMU permet d'assurer la gestion quotidienne des secours de la manière la plus efficace possible.

En Basse-Normandie, les réunions CODAMU ont lieu tous les 6 mois environ.

Après avoir présenté ce lieu de rencontre et de discussions de tous les acteurs de l'AMU, il convient de voir au concret, comment au quotidien s'organise la gestion des secours d'urgences, gestion qui nécessite des coopérations spécifiques, étudiées et élaborées dans le but de répondre le mieux possible aux demandes urgentes de la population.

Quelles sont ces diverses coordinations et comment se mettent-elles en place au quotidien ?

La 3^{ème} partie de cette étude va s'attacher à décrire les relations entre ces intervenants, autant bipartites que tripartites, ou plus globales.

Elle va aussi s'attacher à montrer l'importance de ces relations et le rôle pivot de certains acteurs.

PARTIE III

COOPERATION, CONCERTATION ET INTERCONNEXIONS : LA GESTION DE L'AMU AU QUOTIDIEN

3.1. LES RELATIONS IMPLIQUANT 2 OU 3 INTERVENANTS : DES ENGAGEMENTS COMMUNS POUR UNE PLUS GRANDE EFFICACITE

Retour récapitulatif sur la régulation médicale :

Celle-ci permet, nous l'avons vu, d'enclencher divers moyens et entre autres :

- une consultation ou une visite à domicile par un médecin libéral ;
- l'envoi d'une ambulance privée ;
- l'envoi d'un VSAV (pompiers) ;
- l'envoi d'un SMUR ;
- le déplacement de la gendarmerie.

Ces différentes possibilités de réponses montrent aussi qu'au quotidien des accords ont dû être pensés et privilégiés entre le SAMU-Centre 15 et les autres intervenants pour qu'en aucun cas la décision du médecin régulateur ne puisse être remise en question au moment d'une situation urgente. La régulation médicale est alors centrale dans l'AMU.

Dans cette partie, nous allons voir les différentes modalités de coopération des acteurs entre eux. Comment, au quotidien, travaillent-ils ensemble, par quels moyens et selon quelles impulsions ?

3.1.1. Médecins libéraux - SAMU - Centre 15 : objectifs et enjeux de la double régulation

Médecins libéraux et SAMU-Centre 15 sont en étroites relations pour tout ce qui a trait à l'organisation de la Permanence Des Soins. Ainsi, la PDS dans les trois départements bas-normands s'appuie sur la régulation médicale du Centre 15 départemental.

En effet, les médecins régulateurs orientent le patient vers le médecin libéral de garde quand il ne s'agit pas d'une urgence vitale et que les soins demandés le nécessitent, à l'exception du cas où aucun médecin libéral n'est disponible.

Les Centres 15 sont donc en relation directe avec les différents médecins libéraux assurant la PDS sur le territoire.

En parallèle, et en complément de cette relation directe des médecins régulateurs hospitaliers avec les médecins libéraux, il est mis en place une régulation spécifique faite par ces mêmes médecins libéraux : la régulation libérale.

Dans chaque département, la médecine libérale et les médecins hospitaliers (via le Centre 15) coopèrent sur deux points :

- l'organisation de la régulation libérale ;
- l'organisation globale de la PDS

3.1.1.1. Le Calvados

Dans le Calvados comme ailleurs, la régulation médicale s'effectue au Centre 15. Ce dernier reçoit tous types d'appels relevant de l'AMU comme de la Permanence Des Soins en médecine ambulatoire.

Les médecins régulateurs hospitaliers coopèrent dans le Calvados avec des médecins régulateurs libéraux, assurant ensemble cette régulation médicale.

Ainsi, les médecins libéraux participent à cette régulation non seulement pendant les heures ouvrables (1^{ère} ligne de régulation), mais aussi aux heures de fermeture des cabinets médicaux (avec en outre un renforcement des effectifs et la présence d'un médecin libéral régulateur supplémentaire).

Aux heures de fermetures des cabinets médicaux de 20 h à 8 h, ils renvoient vers le "point-garde" de chaque secteur de 20 h à 23 h et ils sont en relation avec les établissements de santé de 23 h à 8 h (ou par toutes demandes régulées à partir de 23 h).

Pour information et afin de mieux comprendre quels sont les niveaux d'interventions de chacun au sein du Centre 15, il convient de préciser que la régulation médicale peut se faire selon 4 niveaux établis :

- Niveau 1 : Urgence vitale. La réponse sera l'envoi d'un SMUR.
- Niveau 2 : Urgence non vitale, mais il y a nécessité d'une prise en charge en milieu hospitalier. La réponse sera l'envoi d'un VSAV ou d'une ambulance privée.
- Niveau 3 : Niveau qui correspond au recours à la Permanence Des Soins ambulatoire dans un délai de 6 à 8 heures. Il concerne le médecin généraliste de permanence. Le patient doit se déplacer par lui-même et si ce n'est pas possible, l'envoi d'un véhicule de secours légers ou d'un taxi sera envisagé. Par ailleurs, dans certains cas, le médecin peut aller au domicile du patient (patient en fin de vie, voire certificat de décès...).
- Niveau 4 : Il n'y a pas d'urgence. Un conseil téléphonique sera délivré et/ou l'orientation vers une visite le lendemain au médecin généraliste.

Pour les niveaux 3 et 4, les régulations libérales sont compétentes.

C'est l'association des médecins régulateurs du Centre 15 qui, dans le Calvados, met à disposition du service d'Aide Médicale Urgente du Centre Hospitalier Universitaire des médecins libéraux membres de l'association.

En contrepartie, le CHU met à disposition de cette association les moyens techniques nécessaires à la régulation, les locaux, le standard téléphonique, les moyens de radio-télécommunications et le personnel non médical (PARM, secrétaires, personnel d'entretien des locaux).

La Permanence Des Soins en médecine ambulatoire est donc pensée, organisée et effectuée en relation avec le Centre 15. Les médecins régulateurs libéraux transmettent personnellement les données et informations médicales au médecin de permanence.

Par ailleurs, il est important de noter la spécificité du Centre 15 du Calvados où deux types de médecins coopèrent pour assurer la régulation. Cette double régulation a des avantages indéniables et permet une prise en charge plus rapide des appels, mais aussi une réponse mieux adaptée aux besoins de la population, ainsi que, par extension, un désengorgement des services d'urgences⁵¹.

Cependant, même si l'utilité de ce système est démontrée, il n'est possible qu'avec un nombre de médecins important dans le département. Il semblerait que la démographie médicale présente bien moins de problèmes dans le Calvados que dans les deux autres départements.

3.1.1.2. La Manche

Le département de la Manche a établi une organisation de la PDS quelque peu différente de celle du Calvados. Il n'y a pas de point-garde mais des Maisons Médicales de Gardes sur certains secteurs et des gardes traditionnelles sur d'autres.

Pour autant, le Centre 15 joue un rôle majeur dans cette PDS. Ainsi les usagers, sur l'ensemble du département, sont invités à composer le 15 quand ils ont besoin d'une consultation ou d'un avis médical en dehors des heures d'ouvertures des cabinets médicaux de médecine générale, c'est-à-dire de 20 h à 8 h en semaine, à partir de 12 h le samedi et le dimanche de 8 h à 20 h et de 20 h à 8 h le lundi matin.

Depuis 2003, il a été décidé, devant la surcharge de travail pour les médecins régulateurs hospitaliers liée aux appels relevant de la PDS, de faire participer les médecins libéraux à la régulation médicale.

⁵¹ Pour information, le décret du 22 décembre 2006 (relatif aux modalités d'organisation de la Permanence Des soins et modifiant le code de la santé publique) complète l'article R.6315-3 par un alinéa spécifiant que "la participation des médecins d'exercice libéral à la régulation au sein du service d'Aide Médicale Urgente peut être organisée en dehors des périodes de Permanence Des Soins (définies à l'article R.6315-1, soit le samedi après-midi, le lundi précédant un jour férié, le vendredi et le samedi suivant un jour férié) en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée".

Des médecins généralistes sont donc venus renforcer l'équipe hospitalière du Centre 15 et cela à des heures précises :

- le samedi de 12 h à 0 h (par des médecins du secteur de Saint Lô) ;
- le dimanche de 8 h à 20 h (par des médecins volontaires venant du reste du département).

Quand la double régulation (urgentiste et libérale) est effective, comme dans le Calvados, le PARM décide, en fonction des critères précis demandés à l'appelant, si l'appel doit être passé au médecin régulateur libéral ou, s'il s'agit d'un cas plus urgent, au médecin urgentiste (hospitalier) régulateur. Les deux médecins peuvent bien entendu communiquer entre eux en cas de doutes et se repasser l'appel si nécessaire.

Cette coopération au sein du Centre 15 est vivement encouragée par les médecins urgentistes régulateurs qui souhaiteraient également la mise en œuvre d'un tel système pendant les soirs de semaines.

En ce sens, une enquête⁵² a été réalisée en février 2006 par la DDASS de la Manche afin de déterminer si un renforcement de la régulation est nécessaire pour les soirs de semaine (enquête ponctuelle sur une période de deux semaines, du lundi 13 février au dimanche 26 février 2006).

Des tranches de 2 heures ont été identifiées entre 18 h et 0 h afin de mieux cerner les besoins des médecins urgentistes.

Semaine	18 h - 20 h		20 h - 22 h		22 h - 0 h	
	Gestion < 10 min	Gestion > 10 min	Gestion < 10 min	Gestion > 10 min	Gestion < 10 min	Gestion > 10 min
Nbre d'appels (sur 10 j) relevant de l'AMU	53	91	81	95	45	55
Moyenne journalière AMU	5,3 (2,6 / h)	9,1 (4,5 / h)	8,1 (4 / h)	9,5 (4,7 / h)	4,5 (2,2 / h)	5,5 (2,7 / h)
Moyenne journalière globale AMU	14,4		17,6		10	
Relevant de la médecine générale	43	1	88	11	38	13
Total médecine générale	44		99		51	
Moyenne journalière médecine générale	4,4 (2,2 / h)		9,9 (5 / h)		5,5 (2,5 / h)	
Autres	2	0	5	0	4	0
Total	98	92	174	106	87	68

Ce tableau montre que les appels relevant de la médecine générale sont très nombreux entre 20 h et 22 h, mais moins nombreux de 18 h à 20 h et de 22 h à 0 h. Ceci n'exclut pas, comme il est précisé dans cette enquête, que certains jours l'activité de régulation en médecine générale puisse être très importante et gêner notablement le médecin régulateur urgentiste dans sa mission de régulation de l'Aide Médicale Urgente.

⁵² "Enquête sur la régulation des appels téléphoniques de Permanence Des Soins de médecine générale reçus par le Centre 15 de la Manche en soirée".

Cette enquête montre ainsi que la régulation libérale au Centre 15 apparaît justifiée de 20 h à 22 h.

A titre d'exemple, un tableau a été réalisé portant sur l'activité de la double régulation le week-end :

Week-end (samedi et dimanche)	18 h - 20 h		20 h - 22 h		22 h - 0 h	
	Gestion < 10 min	Gestion > 10 min	Gestion < 10 min	Gestion > 10 min	Gestion < 10 min	Gestion > 10 min
Nbre d'appels (sur 4 j) relevant de l'AMU	55	38	45	45	19	25
Moyenne journalière AMU	1,4 (0,7 / h)	9,5 (4,7 / h)	11,2 (5,6 / h)	11,2 (5,6 / h)	4,7 (2,3 / h)	6,2 (3,1 / h)
Moyenne journalière globale AMU	23		22		11	
Relevant de la médecine générale	70	6	33	2	27	0
Total médecine générale	76		35		27	
Moyenne journalière médecine générale	19 (9,5 / h)		9 (4,5 / h)		7 (3,5 / h)	
Autres	1	0	3	0	0	0
Total	126	44	81	47	46	25

Le week-end en soirée, la tranche horaire 18 h - 20 h est nettement plus chargée qu'en semaine. Cependant, à ces heures, le week-end, un médecin libéral assure la régulation. La demande est donc prise en compte.

Par ailleurs, cette enquête met l'accent aussi sur l'activité du samedi matin. Le nombre d'appels relevant de la médecine générale est plus important (sur cette période du 13 au 26 février 2006) que ceux relevant de l'AMU.

Samedi	8 h - 12 h	
	Gestion < 10 min	Gestion > 10 min
Nombre d'appels relevant de l'AMU	31	36
Relevant de la médecine générale	81	4
Moyenne par samedi matin	40 (10 / h)	2 (0,5 / h)
Autres	4	0
Total	116	40

La conclusion de cette enquête est claire : la présence d'un médecin régulateur libéral à partir de 20 h semble justifiée tous les jours, tant par le temps que demande la gestion des appels de la PDS (médecine générale) que par la spécificité de réponse que ces appels nécessitent.

Il reste alors à trouver les modalités de cette collaboration plus poussée encore entre le Centre 15 et la médecine générale.

L'exemple du département de la Manche montre également que les relations entre le SAMU-Centre 15 et les médecins généralistes libéraux sont nécessaires au bon fonctionnement de la PDS, ce qui a été pris en compte récemment à travers un

projet de régulation des appels de la Permanence Des Soins, à la fois par les médecins généralistes cherbourgeois (en première partie de nuit, de 20 h à 0 h) sur le site déporté de SOS Médecins Cherbourg et par les médecins régulateurs libéraux du Calvados basés au Centre 15 de Caen pour la deuxième partie de nuit (de 0 h à 8 h). Cette régulation en deuxième partie de nuit serait alors permise par l'interconnexion des SAMU-Centres 15 de la Manche et du Calvados. Ce projet devrait être effectif dès l'automne 2007. Un dossier FAQSV doit être présenté pour l'obtention d'un financement par l'URCAM en première partie de nuit, une convention doit être signée entre le SAMU et SOS Médecins, ainsi qu'un protocole entre les SAMU 14 et 50 pour formaliser les termes et les conditions de la coopération interdépartementale.

3.1.1.3. L'Orne

Le département de l'Orne doit composer, comme nous l'avons vu, avec une situation démographique médicale particulièrement préoccupante (près de 66 % de l'effectif de l'ensemble des médecins ont plus de 50 ans, la moyenne étant de 50,6 ans).

La Permanence Des Soins de l'Orne est exercée dans les cabinets médicaux même des médecins de gardes et elle fait l'objet, comme dans les autres départements, d'une régulation préalable par le SAMU-Centre 15.

Ainsi, il est spécifié dans le cahier des charges de la PDSMA⁵³ que pour justifier du versement de la rémunération de l'astreinte, le médecin de permanence s'engage à être disponible et joignable par tous les moyens afin de prendre en charge le patient dans les meilleurs délais. Il répond obligatoirement aux sollicitations de la régulation organisée par le SAMU dans le cadre de la Permanence Des Soins.

Tous les appels aboutissent au 15 lors de la fermeture des cabinets médicaux, et des médecins généralistes libéraux s'occupent de la régulation libérale.

Ainsi, les horaires de la régulation conjointe ou double régulation sont les suivants :

- les jours de semaines de 20 h à 8 h ;
- les samedis de 8 h à 20 h et de 20 h à 8 h ;
- les dimanches et jours fériés de 8 h à 20 h.

En outre, le département de l'Orne va mettre en œuvre d'ici peu de temps (les formations ont déjà commencé en février 2007) un nouveau système : **la régulation déportée**⁵⁴.

Les médecins généralistes libéraux peuvent assurer cette régulation libérale chez eux, afin de ne pas avoir à se déplacer à Alençon (lieu parfois éloigné pour certains médecins habitant dans le nord ou dans l'ouest par exemple de l'Orne).

Une coopération entre le SAMU-Centre 15 et les médecins libéraux est aussi mise en œuvre à travers l'application de statuts particuliers : ceux de Médecins

⁵³ Validé par arrêté le 21 juillet 2005, ayant pris effet le 1^{er} août 2005.

⁵⁴ Point explicité en partie II, "Les médecins libéraux".

Correspondants du SAMU (MCS)⁵⁵. Ces médecins permettent, dans des endroits isolés, de répondre à une demande de soins urgents. Le médecin correspondant du SAMU, sur la demande de ce dossier, peut se déplacer et assurer les premiers soins en attendant l'arrivée d'un SMUR.

3.1.1.4. Les relations SOS Médecins - SAMU - Centre 15

Il convient de voir dans ce rapport la nature des relations entre SOS Médecins et les Centres 15 de Caen et de Saint-Lô (SOS Médecins n'étant présent dans la région qu'à Caen et à Cherbourg).

Dans les deux cas, une interconnexion spécifique existe, conformément à la réglementation.

3.1.1.4.1. Caen et son agglomération

Il est possible de contacter directement le standard de SOS Médecins Caen par exemple pour missionner un médecin en urgence ou pour une visite à domicile, procédure qui n'est déclenchée que par le médecin régulateur, sur sa demande.

Dans ce cas, la standardiste de SOS Médecins donne une réponse binaire pour l'acceptation d'un délai (45 minutes maximum pour que le médecin SOS soit sur le lieu de l'appel urgent).

Dans le cas d'une urgence extrême, d'une menace vitale et d'un éloignement ou d'une indisponibilité du SMUR, le médecin SOS doit en urgence rappeler le médecin régulateur en utilisant la ligne directe. Dans ce cas, en plus de la visite du médecin SOS, le SAMU déclenche un vecteur ambulancier ou un SMUR en appui.

Dans le même temps, une autre ligne directe existe dans l'autre sens, dans le cas où SOS Médecins Caen cherche à joindre en urgence le Centre 15. Le transfert direct se fait pour tout appel pouvant justifier une prise en charge du type SMUR et/ou n'étant pas du ressort de SOS Médecins Caen.

Par ailleurs, plusieurs situations sont répertoriées et imposent le transfert direct au SAMU-Centre 15. En voici quelques exemples : accouchement imminent ou bébé né, pendaison, noyade, électrocution, électrisation, ensevelissement, voie publique....

3.1.1.4.2. Cherbourg et son agglomération

Des lignes directes existent entre SOS Médecins Cherbourg et le SAMU 50-Centre 15. Une liste des situations urgentes est établie et le SAMU fait aussi régulièrement appel à SOS Médecins⁵⁶.

Ainsi en 2004, des statistiques ont été réalisées par SOS Médecins montrant que les interventions de SOS Médecins demandées par le SAMU sont de 1 %. L'activité totale pour l'année représente 27 513 interventions, dont 400 à la demande du SAMU-Centre 15.

⁵⁵ Voir partie II, "Les médecins libéraux".

⁵⁶ Par ailleurs, des protocoles de régulation existent pour les standardistes de SOS Médecins permettant une interconnexion immédiate avec le Centre 15 en cas d'urgence vitale (voir plus haut).

De plus, une convention spécifique a été signée entre SOS Médecins Cherbourg, l'hôpital mémorial de Saint Lô et l'hôpital Louis Pasteur de Cherbourg portant sur le statut de Médecin Correspondant du SAMU. Ainsi, comme dans le département de l'Orne, le MCS est sollicité par le Centre 15 en cas d'impossibilité de l'équipe SMUR de Cherbourg et/ou dans le cas d'une urgence potentiellement grave nécessitant une expertise armée au chevet du patient.

Le MCS transmet un bilan au SAMU 50-Centre 15 et rédige un compte rendu d'intervention sur une fiche SMUR prévue à cet effet.

A Cherbourg comme à Caen, les conditions d'un véritable partenariat ont été mises en place.

SOS Médecins Cherbourg propose un bilan qui peut être repris sur certains points ici :

- bonne connaissance et surtout reconnaissance du rôle et des spécificités de fonctionnement de chacun des partenaires ;
- respect des procédures élaborées en commun accord (droits et devoirs) ;
- acceptation réciproque des problèmes liés à la régulation, rares mais inévitables.

Notons enfin qu'une enveloppe FAQVS de 10 000 euros vient d'être débloquée pour assurer une liaison entre le SAMU 50 et SOS Médecins Cherbourg pour la mise en phase de leurs logiciels en vue d'assurer une meilleure régulation de la PDS en soirée et la nuit, sans oublier qu'un projet de régulation déportée pour la PDS est en cours entre le SAMU 50 et SOS Médecins.

Le bilan semble donc positif pour cette coopération primordiale. L'organisation de l'AMU doit composer avec l'ensemble des acteurs sur le territoire afin d'être efficace, le SAMU ayant un rôle central, régulant et orientant les décisions. Il se doit de mettre en place des relations équilibrées avec les médecins généralistes libéraux souvent en première ligne de l'urgence médicale.

Pour résumer, cela doit se comprendre comme un partenariat public - privé au service de la population et dans lequel le rôle pivot du SAMU-Centre 15 est mis en avant, rôle qui intervient aussi à travers d'autres coopérations.

3.1.2. Le SAMU-Centre 15 et les autres intervenants : enjeux de l'interconnexion 15-18-17 (et 112)

3.1.2.1. Historique

C'est avec la loi du 6 janvier 1986 (relative à l'Aide Médicale Urgente et aux transports sanitaires) et son article 4 que sont définis les prémices de l'interconnexion entre les différents services de secours d'urgences.

Ainsi, cet article 4 précise que les Centres de Réception et de Régulation des Appels sont interconnectés, dans le respect du secret médical, avec les dispositifs de réception des appels destinés aux services de police et aux services d'incendie et de secours.

En 1986, inclure le numéro 17 à l'interconnexion semble être, même si la question du respect du secret médical est soulignée, approprié à une meilleure organisation de l'AMU.

L'article 8 du décret du 16 décembre 1987 (relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'Aide Médicale Urgente) précise que les installations de ces centres permettent, dans le respect du secret médical, les transferts réciproques d'appels et, si possible, la conférence téléphonique avec les centres de réceptions d'appels téléphoniques des services d'incendie et de secours dotés du numéro d'appel 18, ainsi qu'avec ceux des services de police et de gendarmerie. L'article 9 prévoit une mise en place des dispositifs d'interconnexion avant 1990.

Cependant, à cette époque, réaliser une conférence à quatre (15, 17, 18 et appelant) n'est pas techniquement réalisable. Les difficultés à résoudre pour la mettre en place sont très complexes et sont liées aux possibilités offertes, aussi bien par le réseau téléphonique public que par les installations de réception des différents services de secours.

Ainsi, l'interconnexion va se mettre progressivement en place au cours des années 1990.

L'utilité de l'interconnexion est reconnue par tous comme un outil majeur permettant d'améliorer la gestion des secours au quotidien et présentant un grand intérêt dans les questions d'exceptions où l'utilisation de la conférence paraît essentielle.

La circulaire interministérielle (Santé et Intérieur) du 18 septembre 1992 (relative à la réforme du plan de fréquence de la sécurité civile et à la mise en place d'un réseau radio Secours et Soins d'Urgences) définit l'émergence de ce SSU. Le réseau SSU est alors strictement réservé aux services publics participant aux opérations de sauvetage, de secours, de soins et de transport dans le cadre des interventions de secours à personnes. Le SSU ne doit être utilisé que par le CODIS et les SAMU.

Le SSU est mis en place pour faire face à l'augmentation des réseaux radioélectriques (de plus en plus importants et risquant de brouiller ou d'interférer sur les installations de réception des services publics reliés) et devant la nécessité de se donner les moyens d'échanger en toute confidentialité et de façon performante.

Cette circulaire impose donc un réseau départemental fonctionnant sur la fréquence de 851 MHz et alternant bi- fréquence. Elle impose aussi sa mise en place avant le 31 décembre 1995.

Une autre circulaire précisant le cadre de l'interconnexion est parue le 18 septembre 1992 déterminant les relations entre le SDIS et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours.

Cette circulaire précise une nouvelle fois la nécessité de mettre en place une interconnexion 15-18, mais aussi la nécessité d'une communication entre les moyens engagés, leur centre de régulation, l'information opérationnelle et la régulation médicale assurée par le médecin au Samu-Centre 15. Cette circulaire définit aussi les procédures applicables aux interventions relevant de la gestion quotidienne des

secours : retransmission initiale des appels entre les centres, déclenchement des moyens selon le lieu, orientation, évacuation et transport du patient. Elle vise alors à faciliter, dans un souci de rationalisation et de cohérence, les interventions respectives de chacun des deux services.

Une convention devait alors, selon cette circulaire, être signée avant la fin de l'année 1992 entre le SDIS et le centre hospitalier siège du SAMU, sous l'autorité du Préfet. Cependant, cette circulaire ne définit pas réellement la notion de prompt secours, notion pourtant essentielle quant à la bonne répartition des rôles de chacun.

Néanmoins, les bases nécessaires à la bonne mise en œuvre de l'interconnexion sont établies. Elle ne cesse de se développer et de s'améliorer depuis 1992.

Ainsi, en 1993, 87 SAMU (soit 94,56 %) sont interconnectés radiophoniquement.

Pour résumer, il est possible de voir une réelle coopération commencer à émerger depuis cette date entre les deux services de secours d'urgences.

D'autres circulaires viennent compléter le parachèvement de l'interconnexion dans le but de la perfectionner.

Et dans le même temps, les échanges intra-européens sont aussi peu à peu pris en compte dans l'organisation de l'AMU en France. En avril 1995 paraît une circulaire du Premier Ministre qui prévoit la mise en place du 112 (numéro d'urgence européen).

Enfin, le décret n° 97-1225 du 26 décembre 1997 (relatif à l'organisation des services d'incendie et de secours, pris en application de la loi 96-369 du 3 mai 1996) reprend le contenu de l'article 8 du décret du 16 décembre 1987 et réaffirme la liaison primordiale de l'information nationale entre le 15, le 17 et le 18. L'interconnexion avec le numéro 17 de la gendarmerie avait été mise de côté dans ces circulaires de 1992. Pour autant, la gendarmerie entretient une relation particulière avec les deux autres services, relation qui sera détaillée ultérieurement.

Pour cela, un point explicatif rapide sur le secret médical et ce qu'il entraîne est nécessaire et primordial pour comprendre les enjeux de cette interconnexion :

Le secret professionnel et médical est défini par :

- L'article 4 du code de déontologie médicale : Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.
- L'article 172 du code de déontologie médicale : Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle.
- Les lois du 13 juillet 1983 et du 26 janvier 1984 précisent que tous les agents publics ont obligation de secret médical.

Toute personne intervenant dans l'AMU est donc tenue au secret médical et professionnel.

3.1.2.2. Les modalités pratiques de l'interconnexion 15-18

La loi du 3 mai 1996 impose dans chaque département un Centre de Traitement des Appels (assisté du Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours (CTA-CODIS)) unique au sein du SDIS. Dans le département de la Manche (qui était le seul en Basse-Normandie à avoir deux standards, un à Cherbourg, l'autre à Saint Lô) le CTA-CODIS est désormais localisé au siège du SDIS 50 à Saint Lô.

Les autres centres CTA CODIS, nous l'avons vu, sont basés à Caen et à Alençon. Selon les départements, les Préfets de départements ont fait le choix d'implanter le 112, numéro européen, aux CTA CODIS (circulaire du 21 avril 1995).

L'interconnexion entre le 15 et 18 peut donc être radiophonique ou téléphonique. Elle permet la réception et la gestion des appels d'urgences, ainsi que la mise en œuvre des secours. Cependant, il existe deux types d'interconnexion téléphonique à bien distinguer : l'interconnexion avec conférence à trois et l'interconnexion avec transfert d'appel.

3.1.2.2.1. L'interconnexion avec conférence à trois

La conférence à trois signifie une mise en relation de l'appelant, du médecin régulateur du CRRA du SAMU-Centre 15 et du stationnaire du CTA-CODIS. Elle permet une prise de décision commune à l'issue de la discussion. Elle se justifie:

- quand l'appel arrive au CTA et que l'opérateur juge que la demande doit être traitée par le 15 ;
- quand l'appel arrive au Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) et que le médecin régulateur estime que le problème dépasse les seules compétences du 15 (incendies, accidents sur la voie publique...).

Le centre contacté est responsable de la saisie des coordonnées et des autres informations primordiales pour gérer l'événement.

3.1.2.2.2. L'interconnexion avec transfert d'appel

Si la personne qui a reçu l'appel au Centre 18 estime qu'il concerne exclusivement le 15, le transfert d'appel permet de mettre en relation l'appelant avec le médecin régulateur, puis de raccrocher. En outre, ce transfert d'appel peut se faire du 18 vers le 15, mais aussi du 15 vers le 18, en fonction des compétences demandées pour y répondre.

Généralement, à titre d'exemple, quand un appel émane d'un lieu privé ou d'un domicile et arrive au 18, il est transféré directement au Centre 15. Ainsi, la personne appelant n'est pas obligée de répéter plusieurs fois les mêmes renseignements, ce qui peut être stressant ou énervant quand il s'agit d'une urgence, (même si l'expérience démontre que la redondance de demande d'informations est encore malheureusement possible).

Inversement, si le CRRA reçoit un appel pour sinistre ou pour incendie (quand il n'y a que des problèmes d'ordre matériel), il le transfère directement au CTA CODIS.

3.1.2.3. Le déclenchement et le suivi des secours

Quand l'événement a lieu sur la voie publique, l'intervention des sapeurs-pompiers est préconisée. Les moyens du CTA sont donc mis en œuvre et, selon les besoins, les moyens du Service de Santé et de Secours Médical (SSSM) peuvent aussi être engagés selon des critères pré-établis. Egalement, selon la gravité de l'événement, le médecin régulateur peut, soit attendre le bilan médical du médecin sapeur-pompier, le bilan infirmier de l'infirmier sapeur-pompier ou le bilan secouriste du chef d'agrès, soit décider d'envoyer directement un SMUR sur place.

Par ailleurs, quand il s'agit d'un lieu fréquenté par le public, l'intervention des sapeurs-pompiers n'est pas toujours systématique. Les Centres 15 et 18 se concertent alors afin de déclencher les moyens les plus appropriés possibles (à l'exception du prompt-secours).

A l'inverse, pour les domiciles et lieux privés, il y a régulation médicale par le CRRA avant tout déclenchement de moyens (à l'exception du prompt-secours). Le médecin régulateur peut décider d'engager médecin généraliste, ambulance ou SMUR selon la gravité de l'accident. Les moyens des sapeurs-pompiers ne peuvent être envoyés vers un lieu privé que s'ils sont demandés par le Centre 15 (sauf, encore une fois, pour prompt-secours).

Pendant les opérations, un bilan secouriste est établi par les équipes de sapeurs-pompiers et transmis au Centre 15. Les informations données se doivent d'être précises afin que le Centre 15 puisse ajuster les moyens de façon quasi immédiate et puisse préparer l'accueil si nécessaire des victimes dans un établissement de soins.

Le transport du patient et son orientation sont donc décidés par le médecin régulateur en fonction des informations recueillies si possible dans le respect du libre choix du malade (en concertation confraternelle en cas de présence sur les lieux de l'intervention d'un médecin sapeur-pompier).

Retour rapide sur le prompt-secours :

La circulaire du 18 septembre 1992 définit le prompt-secours comme l'action de secouristes agissant en équipe et qui vise à prendre en charge, sans délai, les détresses vitales ou à souligner des gestes de secourisme. Il est assuré par des personnels formés et équipés. Son intérêt réside dans son caractère réflexe. Il ne doit pas conduire à des actions relevant de la compétence des médecins généralistes (médecin traitant ou médecin de garde) et/ou des ambulanciers privés, voire du simple conseil.

Le prompt-secours déroge aux règles énoncées précédemment et il est à différencier de l'envoi d'un VSAV pour urgence vitale (à domicile ou dans un lieu public) à la demande du médecin régulateur du 15.

Il s'agit en fait d'une réponse rapide, par l'envoi du VSAV, à une situation jugée par le récepteur de l'appel (après interrogations précises : conscient ou non ; difficultés respiratoires ou non ; hémorragie ou non, traumatisme grave ou non) comme vitale, ne pouvant attendre.

Cependant, même après avoir engagé un VSAV, l'appel doit être transmis au médecin régulateur qui peut décider de l'envoi de moyens supplémentaires.

L'interconnexion nécessite et favorise une réelle complémentarité dans la gestion quotidienne des secours entre le CRRA et le CTA. Elle permet une efficacité incontestable et une plus grande rapidité, notamment du fait que l'appelant n'ait pas besoin de répéter deux fois les mêmes choses, alors que la situation ne le permet pas (panique, angoisse, énervement).

Quand des dysfonctionnements surviennent, une fiche de relevés d'incidents est remplie, permettant d'identifier les problèmes et de les résoudre.

Enfin, il est prévu des réunions d'échanges et d'évaluations de l'interconnexion afin de suivre les évolutions et de faire un bilan.

3.1.2.4. Comment se met alors en place l'interconnexion au niveau de la région ?

Dans les trois départements, les conférences à 3 et les transferts d'appels semblent être efficaces, autant par les moyens technologiques qu'humains, les deux services départementaux coopèrent et obéissent aux règles citées précédemment.

Il est toujours difficile d'évaluer ce qui relève du prompt-secours ou non, mais la volonté est présente chez les sapeurs pompiers d'éviter tout abus et d'identifier au mieux la situation.

De plus, une initiative doit être soulignée dans le département de l'Orne, une formation commune entre les PARM du SAMU et les personnels stationnaires du CTA du SDIS a été mise en place, permettant ainsi une meilleure compréhension et collaboration entre les deux services, et une connaissance réciproque, nécessaire à une bonne entente.

3.1.2.5. La place de la gendarmerie (et police)

De la même manière, la gendarmerie (ou la police) établit des relations privilégiées avec le SDIS et le SAMU. S'il n'existe pas de conférences à quatre, difficiles à mettre en œuvre, les transferts d'appels sont fréquents et il y a néanmoins possibilité de mettre en place des conférences à trois, un moyen qui est plus utilisé alors avec le SDIS, même si les rapports avec le SAMU sont de plus en plus importants.

Par ailleurs, à chaque intervention du SDIS, ce dernier a l'obligation de prévenir la gendarmerie qui elle décide, selon les besoins et le degré d'importance de l'évènement, si elle envoie des moyens ou non.

Les services communiquent donc entre eux et se complètent sur le terrain.

3.1.2.6. Evolutions et perspectives

Une interconnexion approfondie des centres d'appels d'urgence est en cours de mise en œuvre⁵⁷, prévue en outre par un cadre législatif précis :

- l'article 9 de la loi 2004-81L du 13 août 2004 (loi de modernisation de la sécurité civile) qui prévoit une interopérabilité des réseaux de communication radioélectriques et des systèmes d'informations des services publics qui concourent aux missions de sécurité civile ;
- le décret n° 2006-106 du 3 février 2006 qui fixe les conditions de cette interopérabilité.

Cela suppose que dans chaque département le SAMU, le CTA-CODIS et l'ensemble des véhicules soient équipés simultanément.

Un réseau de radiocommunications numériques, dénommé ANTARES, a donc été mis en place pour permettre au SAMU, au SDIS, aux services de police et de gendarmerie de communiquer directement entre eux. Normalement, le maillage du territoire devrait être effectif à la fin 2007.

Pour faire évoluer ce dispositif, dans un premier temps, l'Ain a été département pilote du projet en 2006.

A terme, les SAMU et les SDIS (la gendarmerie n'y participe pas réellement) pourront former virtuellement une plate-forme unique dans chaque département.

Ce sujet pose la question de la mutualisation des moyens de secours d'urgences pour une meilleure efficacité, mais aussi pour permettre éventuellement des économies d'échelles.

En ce sens, il convient d'analyser dans cette étude, les conditions d'un rapprochement 15-18 dans un centre commun.

3.1.2.7. Discussion au niveau national et régional : les centres communs 15-18 en débat

Selon le rapport Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et Inspection Générale de l'Administration (IGA)⁵⁸, le système de la régulation intégrée est le plus efficace et le moins coûteux, en ce sens qu'il permet de conserver les moyens en équipement et en personnel.

Les chiffres du Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire précisent par ailleurs qu'en 2006, 10 centres communs 15-18 fonctionnent et 20 sont en projets.

Ces centres communs représenteraient, toujours selon le rapport IGA-IGAS, des avantages certains :

- le citoyen identifierait mieux le numéro à composer, étant donné qu'il n'y a qu'un seul numéro d'appel pour ces structures de corps différents ;

⁵⁷ "50 propositions pour une meilleure prise en charge des urgences médicales", Georges COLOMBIER, février 2007.

⁵⁸ Rapport n° 2006-029 et 06-007-02, *Evaluation du nouveau dispositif de Permanence Des Soins en médecine ambulatoire*, mars 2006.

- le renvoi de dossiers entre équipes qui ne s'apprécient pas toujours serait évité ;
- cela permettrait de déclencher les moyens sapeurs-pompiers plus rapidement en cas de saturation du Centre 15 (qui débouche parfois sur un déclenchement tardif des moyens sapeurs pompiers) et éviter ainsi les incidents.

Enfin, il est mis en avant le fait que les rapports de proximité (pauses ensemble) permettent une meilleure connaissance réciproque et d'aplanir les éventuels problèmes.

Cependant, la question qui se pose concerne le lieu de ce centre commun : au SDIS ou à l'hôpital ? Les médecins préféreraient souvent rester à l'hôpital, à proximité des services d'urgences. Ils peuvent ainsi leur accorder une aide en cas de surcharge de travail et dans un contexte de démographie médicale difficile.

En Basse-Normandie, une salle de régulation permettant d'accueillir les deux services dans un même lieu a été construite dans le département de la Manche, à Saint-Lô au sein du SDIS 50. Cependant, aucune date n'a été retenue pour l'instant et le rapprochement n'a pas abouti.

Une autre solution, envisagée en Basse-Normandie, consisterait à mutualiser les moyens des trois SAMU, en permettant les conditions d'un rapprochement. Ce rapprochement permettrait une mise en commun des moyens humains et une organisation plus efficiente de la régulation libérale. En effet, si le SAMU est régionalisé, le nombre de médecins nécessaires pour assurer la régulation libérale serait moindre. Et dans certains départements, où il semble difficile de mobiliser suffisamment de médecins pour assurer cette régulation libérale, la solution peut paraître attrayante. Ainsi, un projet⁵⁹ est déjà en cours entre le SAMU 50 et le SAMU 14 pour déporter la régulation libérale de la Manche au siège du SAMU 14 en deuxième partie de nuit.

D'autres questions sont aussi posées quant à l'efficacité des moyens de l'AMU. Ainsi, doit-on mettre en place un numéro unique 15 pour à la fois la régulation urgentiste et la régulation libérale PDS ou en créer un autre pour la PDS distinct du 15 ?

Le gouvernement quant à lui encourage la régulation libérale au sein d'un Centre 15. Selon le rapport "50 propositions pour une meilleure prise en charge des urgences médicales", lors d'une audition⁶⁰, Xavier BERTRAND, alors Ministre de la Santé et des Solidarités, avait estimé que ce n'était pas au patient de déterminer si son cas est suffisamment grave pour qu'il appelle le 15 ou non (page 49).

Ces points sont soulignés aussi par la création et la mise en place obligatoire du 112, numéro unique pour joindre les secours, lequel suppose l'efficacité de l'interconnexion entre les intervenants de l'AMU. Le 112, nous l'avons vu, peut être mis en place, soit au sein du CTA, soit au sein du CRRR. Une carte récapitulative de la France permet de voir quels départements ont fait tel ou tel choix.

En Basse-Normandie, comme dans la majeure partie des autres départements, le 112 est situé au CTA (18). La gestion est ainsi simplifiée quand un centre commun existe.

⁵⁹ Voir point précédent sur la régulation libérale dans la Manche.

⁶⁰ Audition du 16 janvier 2007.

CARTE "LES CENTRES COMMUNS 15-18"

CARTE "LA CHARGE DE L'OPERATION DU 112"

3.1.3. Une définition précise des rôles de chacun : retour sur les conventions tripartites

Les coopérations entre les différents intervenants dans le cadre de l'AMU passent aussi par un partage clair des compétences de chacun. Celles-ci doivent être pensées et définies pour une entente cordiale et une efficacité plus grande. En effet, qu'advierait-il si au lieu de répondre le plus rapidement possible à l'urgence vitale le SAMU-Centre 15, acteur central de la régulation médicale, ne savait pas quels moyens envoyer ?

Afin de remédier à cela, et dans le cadre d'une gestion quotidienne des secours, des accords tripartites ont été conclus ou sont sur le point de l'être.

La convention tripartite, dans chaque département, implique le SAMU-Centre 15, le SDIS et les ambulanciers privés, chacun dans son domaine d'intervention et en fonction des accords établis. L'objectif est de répondre le mieux possible en fonction de la demande et de l'urgence par un dispositif complémentaire et coordonné.

L'élaboration des conventions tripartites s'est normalement faite sur la base de la circulaire 151 du 29 mars 2004 (relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers privés dans l'Aide Médicale Urgente).

Cependant, la signature de cette convention par les trois organismes est parfois sensible. Les rôles de chacun, mêmes définis, demeurent sujets à des polémiques catégorielles et des situations exceptionnelles se présentent souvent.

Une analyse départementale est alors nécessaire pour mieux percevoir les différences et les enjeux liés à la signature de cette convention tripartite.

3.1.3.1. D'une situation clarifiée dans le Calvados...

Dans ce département, comme dans les autres, la convention tripartite se base sur la régulation par le SAMU. Le numéro 15 reçoit les appels liés à l'urgence médicale et le médecin régulateur y répond en envoyant le moyen de transport le plus adapté à la situation. Cette phase impose alors une bonne connaissance à la fois des moyens disponibles mais aussi du champ de compétences de chacun.

Ainsi dans le Calvados, la mission de transport sanitaire est prioritairement confiée aux entreprises de transport sanitaire qui bénéficient d'un agrément délivré par la Préfecture.

Les entreprises de transport sanitaire se sont organisées collectivement pour mettre en place un dispositif qui garantit nuit et jour le recours à une ambulance. Si le transport doit être médicalisé, les SMUR interviennent en diligentant sur place un médecin assisté d'un infirmier et disposant de matériel de réanimation.

Par ailleurs, le SDIS intervient dans d'autres situations plus particulièrement définies :

- systématiquement quand l'événement concerne la voie publique ou un lieu dans un établissement recevant du public, mais aussi pour les accidents de circulation et en cas de grande urgence (dans le cadre du prompt-secours).

- exceptionnellement, comme l'explique la convention tripartite, pour des conditions particulières :
 - . dans les communes rurales où la densité des entreprises est faible ;
 - . en cas de situation nécessitant des moyens d'intervention spécifiques (évacuation par l'extérieur, ouverture de porte, brancardage difficile...).

En outre, il est également spécifié que cette bonne répartition des missions garantit que le SDIS garde ses moyens disponibles de manière prioritaire pour les situations qui l'exigent : interventions sur feux, accidents graves...

Cette convention a été signée le 5 juillet 2005.

Dans le Calvados, la situation est clarifiée et les différents organismes ont réussi à se mettre d'accord, même si au quotidien des divergences peuvent s'opérer. Une réunion a lieu une fois par mois à la Préfecture pour mettre à jour les éventuels problèmes et favoriser la concertation.

3.1.3.2 ...aux perspectives de clarification dans les départements de la Manche et de l'Orne

Dans les deux autres départements bas-normands, les relations sont plus ambiguës...

3.1.3.2.1. La Manche

La garde ambulancière est organisée de façon efficace sur le territoire, même si quelques difficultés sont dénoncées par les ambulanciers d'un côté et par les sapeurs-pompiers de l'autre. Les champs de compétences de chacun (ou la définition de ces champs) sont assez polémiques et ne s'arrêtent pas à la distinction voie publique/voie privée.

La convention tripartite n'a pas été signée dans le département de la Manche. Des réunions de travail avaient lieu entre la Préfecture, l'ARH, la DDASS, le SAMU et le SDIS et ont été interrompues au début de l'été 2005. Elles n'ont pas repris depuis.

La notion de prompt secours est difficile à définir communément. Les sapeurs-pompiers se doivent de réagir le plus rapidement possible à l'urgence médicale, mais ils doivent réussir à reconnaître l'urgence vraie de l'urgence ressentie.

Le blocage sur la convention tripartite ne favorise pas la mise en place d'une organisation efficace de l'AMU. Les différents acteurs n'arrivent pas à optimiser l'ensemble de leurs relations au service d'une réponse rapide et adaptée.

Une reprise des démarches est à souhaiter.

3.1.3.2.2. L'Orne

A ce jour, la convention tripartite n'est pas encore signée dans l'Orne. Il existe cependant un document de travail.

L'ARH, à travers le volet urgences du SROS III, comme d'autres institutions, ne cesse de réclamer la signature de ces conventions là où elle n'est pas encore

signée, preuve de la bonne volonté de chacun et de leur investissement pour des secours d'urgences efficaces.

Au niveau national, à titre de comparaison, les conventions triparties n'ont été conclues pour l'instant que dans 40 départements. Elles doivent pourtant être mises en place obligatoirement et ce par le biais du Préfet.

Il devrait y avoir une évolution vers la signature de ces conventions dans les départements restants, dont la Manche et l'Orne.

3.1.3.3. D'autres coopérations spécifiques nécessitant quelques éclaircissements

Quand on analyse les relations entre le SDIS, le SAMU et les ambulanciers privés, il existe aussi une autre convention qui consiste à répondre à la carence d'ambulanciers privés.

Ainsi, quand la réponse à un appel réceptionné par le Centre 15 nécessite l'envoi d'une ambulance privée et qu'il n'y en a aucune de disponible dans le secteur, le médecin régulateur fait appel aux moyens des sapeurs-pompiers et décide de l'envoi d'un VSAV.

L'article L1424-42 du code général des collectivités territoriales prévoit alors le paiement, par les établissements sièges du SAMU, des interventions effectuées par le SDIS en cas d'indisponibilité des ambulanciers privés.

L'arrêté du 30 novembre 2006 (relatif à la rémunération des transports SDIS en cas d'indisponibilité des transporteurs sanitaires) fixe la rémunération des interventions des SDIS à 105 euros avec la possibilité supplémentaire d'un forfait plafonné sur la moyenne nationale majorée de 20 %.

Au niveau national, la moyenne de ces carences ambulancières est passée de 30 à 20 interventions SDIS pour 10 000 habitants de 2003 à 2005.

Le coût serait estimé à 20 millions d'euros par an environ (pour la France entière), mais il y aurait alors des disparités importantes entre les départements.

Il convient de noter également que, dans les départements où une coordination ambulancière a été mise en place, le nombre de sorties des VSAV pour carences d'ambulanciers a chuté.

De même, pour faciliter la tâche du SAMU, un logiciel a été mis en place dans certains départements, permettant aux médecins régulateurs de connaître la disponibilité des ambulances et le lieu où elles se trouvent au moment où le besoin s'en fait ressentir. Le SAMU du Calvados dispose d'un tel outil.

3.2. CATASTROPHES ET URGENCES : QUELLE ORGANISATION DES SECOURS POUR DES EVENEMENTS DE GRANDE AMPLEUR ?

La gestion quotidienne des secours d'urgences peut s'opérer à plus grande ampleur et à titre plus exceptionnel dans le cadre de plans d'urgences importants mis en place directement par la Préfecture par exemple.

Quels sont alors ces plans d'urgences pouvant regrouper la coopération ponctuelle de plusieurs acteurs ?

Dans le second temps de cette partie III, nous allons nous attacher à les détailler.

3.2.1. Présentation et définition : de quoi s'agit-il ?

Afin de protéger la population des éventuels risques (environnementaux, sanitaires, météorologiques, industriels...), les Préfectures de chaque département, avec l'aide des services interministériels départementaux de sécurité civile (SIDPC), mettent au point des plans de protections globaux qui nécessitent l'intervention de plusieurs acteurs et leur coordination efficace dans l'urgence.

En ce sens, les risques sont répertoriés dans les départements et classifiés dans un dossier départemental des risques majeurs. Il existe alors différents risques, au niveau individuel comme collectif :

- risques de la vie quotidienne (accidents domestiques, du travail) ;
- risques naturels (inondations, mouvements de terrain, séismes, feux de forêts, avalanches...)
- risques technologiques (industrie, sites nucléaires...)
- risques liés aux transports (accidents routiers, ferroviaires, canalisation de transport de fluides ou de gaz...)
- risques conflictuels (guerres, actes de terrorisme...)
- risques majeurs intégrant deux critères complémentaires : la fréquence et la gravité sous ses aspects humains et économiques.

Le risque est donc qualifié de majeur quand le phénomène est :

- de fréquence faible ;
- susceptible de porter atteinte à la vie d'un grand nombre de personnes ;
- susceptible d'occasionner des dommages importants pour les tiers et/ou l'environnement ;
- et/ou encore susceptible d'impliquer une importante mobilisation de moyens de secours.

Il s'agit souvent de répondre aux besoins de soins urgents de la population touchée.

Les services de la Préfecture doivent donc intégrer les dangers pour la sécurité civile et les appréhender. Ainsi, par écrit, les différents plans sont préparés, intégrant le rôle de chacun, acteurs par acteurs, mais sous une direction unique.

Comment alors interagissent et sont identifiés les rôles de chacun pour une efficacité la plus grande possible ? A travers l'explication plus détaillée de certains plans, le rôle de chacun sera défini.

3.2.2. Exemples sélectionnés de plans d'urgences de grande ampleur : quel rôle des acteurs et dans quel but ?

3.2.2.1. Une organisation en cours de restructuration : la nouvelle signification ORSEC

Au départ, le plan ORSEC (qui signifiait organisation des secours) avait été créé par l'instruction ministérielle du 5 février 1952.

Le décret n° 2005-1157 du 13 septembre 2005 (relatif au plan ORSEC), pris pour application de l'article 14 de la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile, organise la nouvelle signification du plan ORSEC. Celui-ci signifie désormais organisation de la réponse de sécurité civile.

Cependant, il existe toujours différents types de plans ORSEC :

- le plan ORSEC zone, décidé par le Préfet de Zone de Défense (la Basse-Normandie appartient à la Préfecture de Zone basée à Rennes) ;
- le plan ORSEC départemental, décidé par le Préfet ;
- le plan ORSEC maritime, décidé par le Préfet Maritime.

Avant la loi du 13 août 2004, il existait également un plan ORSEC national décidé par le Premier Ministre.

Dans sa nouvelle conception, le plan ORSEC est un système polyvalent de gestion de crise. Il permet d'organiser les secours et de recenser les moyens publics et privés susceptibles d'être mobilisés en cas d'événements catastrophiques.

Ainsi, selon le guide ORSEC départemental⁶¹, le plan est conçu pour mobiliser et coordonner, sous l'autorité unique du Préfet, les acteurs de la sécurité civile au-delà du niveau de réponse courant ou quotidien des services. Le but est de développer la préparation de tous les acteurs, publics ou privés, pouvant intervenir dans le champ de protection des populations.

En ce sens, les secours sont répartis en cinq services bien identifiés :

- le service "premiers secours et sauvetage", assuré par les sapeurs-pompiers ;
- le service "soins médicaux et entraides", assuré par la DDASS et le SAMU ;
- le service "police et renseignements", assuré par la police nationale et la gendarmerie ;
- le service "liaisons et transmissions", assuré par le service de transmission de l'intérieur ;

⁶¹ Méthode générale, tome G1, direction de la Défense et de la Sécurité Civile.

- le service "transports et travaux", assuré par la Direction Départementale de l'Équipement (DDE).

Le Préfet doit parallèlement veiller à alerter la population, à gérer la suite administrative de l'événement et à organiser la mission post crise. Pour cela, d'autres acteurs peuvent intervenir comme la Direction Régionale de l'ENvironnement (DIREN), le procureur, les maires des communes, ou les associations de secourisme (la Croix Rouge par exemple).

Les acteurs sont donc répertoriés et leur rôle identifié. Cependant, la réforme du plan ORSEC a aussi pour idée fondatrice de s'éloigner du cadre strict du plan. Il ne s'agit plus de rédiger un plan papier figé, mais de mettre en place une organisation opérationnelle permanente et unique de gestion des événements touchant gravement la population⁶². Le but est alors de constituer un outil de réponse commun aux événements.

Pour cela, le nouveau plan ORSEC s'appuie sur trois grands principes :

- le recensement et une analyse préalable des risques et des menaces, pour aboutir à une réponse unique ;
- un dispositif opérationnel permettant de mettre en place une organisation unique de gestion d'événements majeurs ;
- des phases de préparations, d'exercices et d'événements.

Enfin, la loi du 13 août 2004 approuve aussi le lien existant au préalable entre le financement des opérations de secours et le plan ORSEC. L'article 27 de cette loi et les circulaires INT K050007 C du 29 juin 2005 et INTE 0600039 C du 4 avril 2006 précisent ces nouvelles modalités.

Les communes ne sont plus redevables des dépenses faites par l'Etat ou par les autres collectivités territoriales.

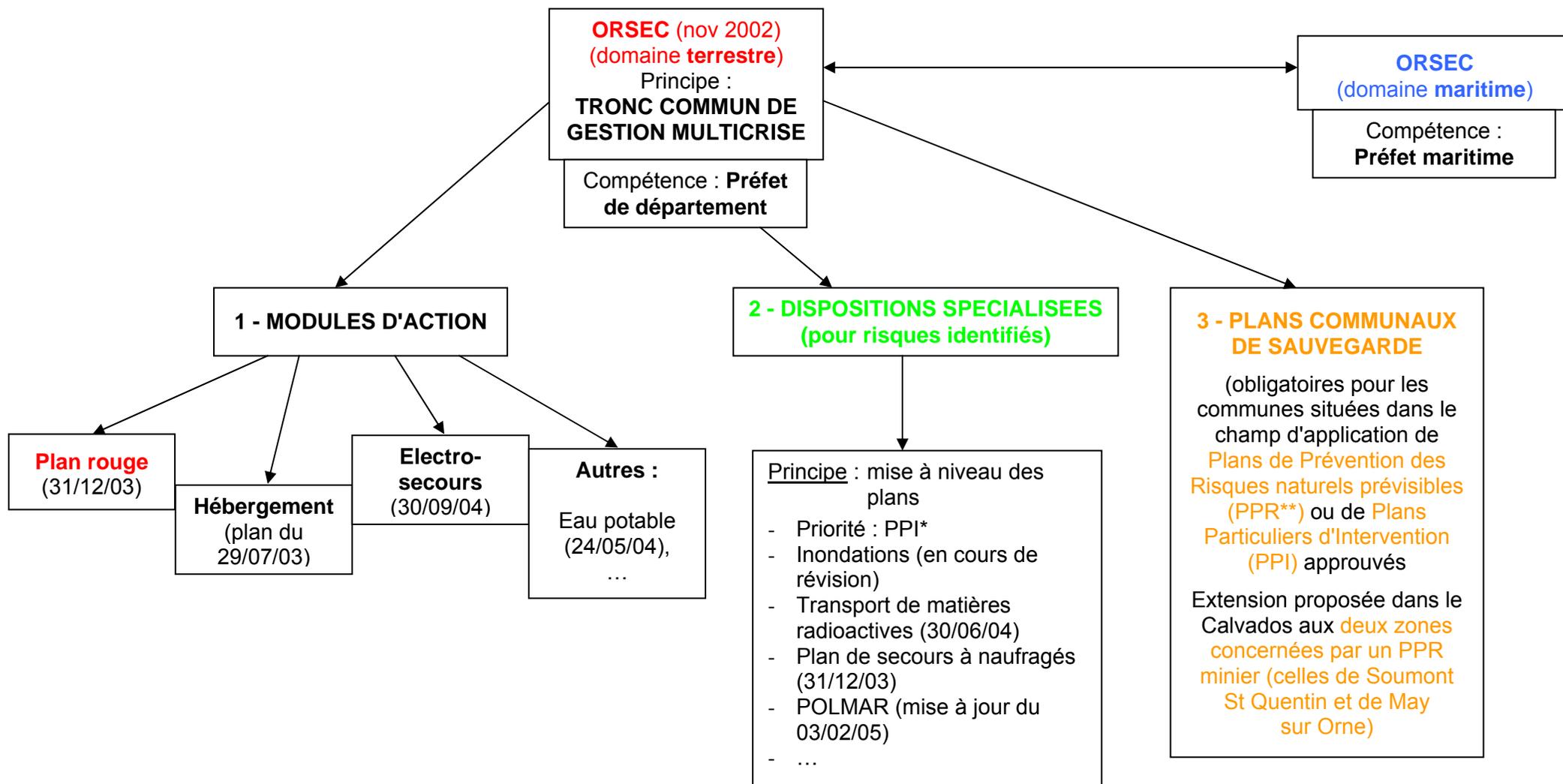
Cependant, cette refonte du plan ORSEC n'est pas encore aboutie et est en cours.

Dans le Calvados, à titre d'exemple, le schéma de la page suivante présente cette organisation future.

⁶² Guide ORSEC départemental.

ANNEXE RELATIVE A LA SIMPLIFICATION DE LA PLANIFICATION DES SECOURS

(référence : loi du 13 août 2004 sur la modernisation de la sécurité civile)



* Actuellement, 4 sites soumis à PPI : 1 - Butagaz Vire : PPI d'avril 1998 (éventuel déclassement) ; 2 - Dépôts Pétroliers à Mondeville : PPI de décembre 2003 - à actualiser en fin d'année (nouveaux travaux) ; 3 - PPI Nitro-Bickford à Boulon (dépôt explosifs) : procédure de "porter à connaissance" du projet finalisé à lancer ; 4 - Total à Ouistreham : procédure PPI à lancer ; soit au total 7 communes concernées (5 pour DPC et 2 pour Butagaz).

** 3 PPR "mouvement de terrain" concernant 12 communes, 1 PPR "inondations" (20 communes), 1 PPR minier (5 communes), soit un total de 37 communes.

3.2.2.2. L'appréhension des risques naturels en Basse-Normandie

En Basse-Normandie, la carte ci-après retrace certains risques majeurs.

Ces données sont à intégrer avec précisions lors de l'élaboration des plans liés à ces risques naturels : les Plans de Préventions des Risques Naturels prévisibles (PPRN). Ces derniers sont alors approuvés par le Préfet.

3.2.2.3. Les risques industriels et technologiques

Ces risques sont souvent assimilés à une industrie ou à une entreprise particulière. Il existe alors différents plans pour répondre à un éventuel problème ou catastrophe les concernant.

Les risques répertoriés peuvent être caractérisés comme correspondants à la norme SEVESO.

Ainsi, la directive européenne SEVESO 2 du 9 décembre 1996 (remplaçant la directive européenne SEVESO 1 de 1982) a été reprise dans le droit français par l'arrêté ministériel du 10 mai 2000 (relatif à la prévention des accidents majeurs). Elle instaure alors deux seuils de classement en fonction de la nature des substances produites ou stockées et de leur quantité.

Les PPI sont les Plans Particuliers d'Interventions, plans qui sont appliqués par le Préfet lorsque les répercussions d'un événement peuvent avoir lieu sur le site jugé dangereux et en dehors du site même.

Il existe aussi plus généralement des Plans de Prévention aux Risques Technologiques (PPRT).

Le risque nucléaire est aussi à prendre en compte en Basse-Normandie du fait de la présence dans le département de la Manche de l'établissement AREVA à la Hague, de la centrale électronucléaire de Flamanville, du pôle de construction des sous-marins nucléaires, des pôles ANDRA de la Manche qui stockent en surface des déchets radioactifs à vie de faible et de moyenne activité⁶³.

Pour mieux appréhender un éventuel risque nucléaire, le plan iode a été amorcé dans les départements de la Manche et du Calvados (comme dans l'ensemble des départements limitrophes d'installations nucléaires).

Il s'agit de stocker des comprimés d'iode et de les distribuer en cas de problème (nuage radioactif par exemple) à la population âgée de moins de 25 ans et de permettre d'éviter ainsi un développement de cancers de la thyroïde. Pour cela, les comprimés, qui ont une durée de vie de 7 ans, sont stockés dans des endroits stratégiques : pharmacies, écoles, mairies, établissements de santé, sites touristiques (le Mont Saint-Michel par exemple)...

Ce plan ne peut fonctionner que si la population est informée de la situation dans les délais les plus brefs. Le SIDPC de la Préfecture travaille aussi au plan de communication en accord avec les Maires des Communes.

⁶³ Voir étude du CESR sur "Les fractures territoriales", novembre 2006.

CARTE "FRAGILITES NATURELLES"

Afin de mieux cerner les enjeux réels de la mise en place d'un plan d'urgence au niveau départemental et dans le cadre de la situation actuelle (c'est-à-dire d'une réorganisation du plan ORSEC pas encore aboutie), un retour sur les plans d'urgences élaborés par la Préfecture, et toujours en cours de validité, peut paraître utile. C'est pourquoi une explication plus approfondie du plan rouge, puis du plan blanc, semble particulièrement intéressante pour notre étude.

3.2.2.4. Le plan rouge dans le Calvados

Les similitudes d'organisation entre les différents plans rouges des trois départements nous permettent ici de ne s'attarder que sur un département, l'exemple du Calvados ayant été retenu.

3.2.2.4.1. Description

L'arrêté d'approbation du plan rouge dans le Calvados a été signé par le Préfet le 31 décembre 2003.

Ce plan définit les procédures de secours d'urgence à engager en vue de remédier aux conséquences d'un accident catastrophique, à effet limité, entraînant ou pouvant entraîner de nombreuses victimes. Il détermine les moyens, notamment médicaux, à affecter à cette mission.

Deux niveaux existent pour le plan rouge :

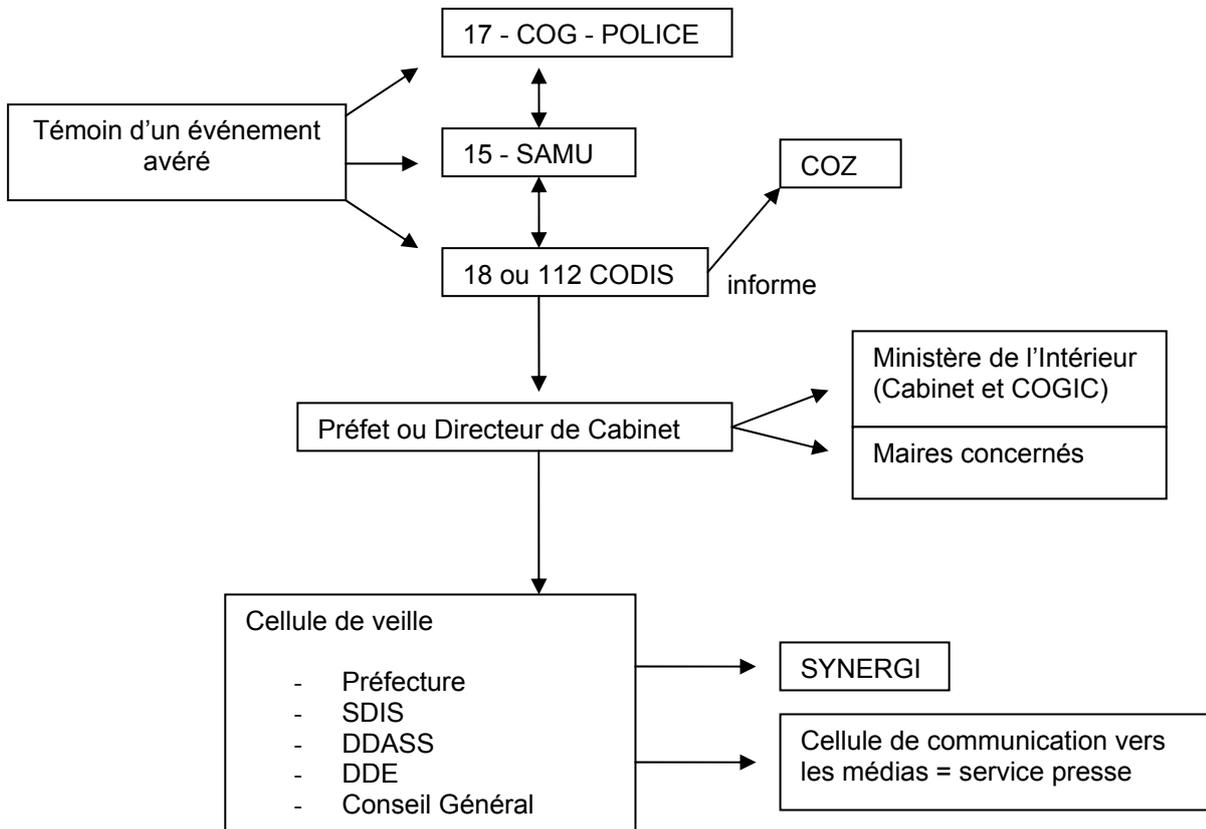
- le niveau de pré-alerte qui correspond à un accident grave mais concerne un nombre limité de personnes ; les secours mobilisés sont en nombre restreint ;
- le niveau d'alerte qui correspond au déclenchement de toutes les dispositions du plan rouge ; l'incident est caractérisé de majeur.

Le plan rouge est déclenché par le Préfet (ou le Sous-Préfet par délégation de signature si le Préfet est absent) et il est engagé par le directeur du SDIS, le chef de site de garde et le chef de colonne de garde.

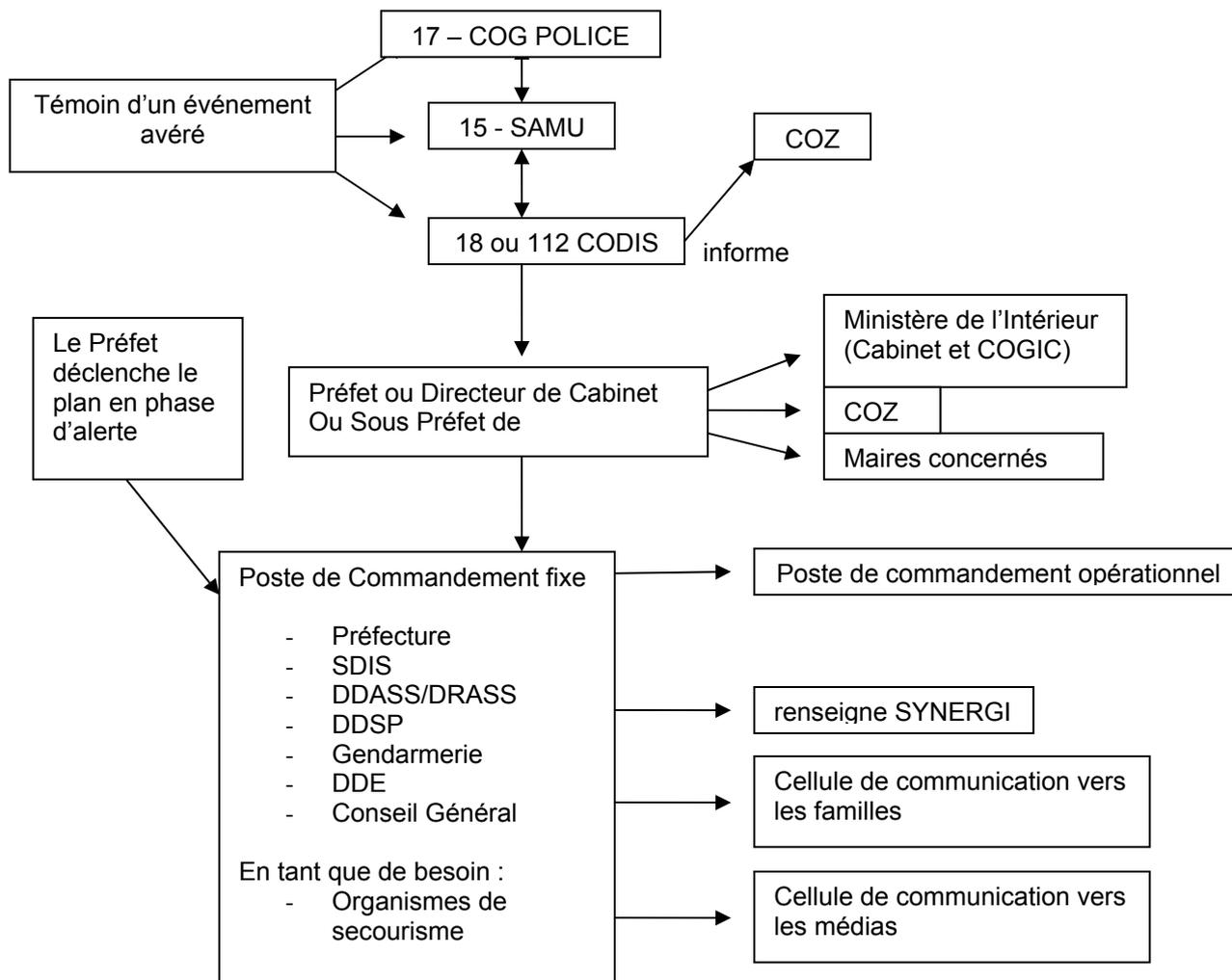
Différents niveaux : **schémas explicatifs** :

1) Niveau 1

SCHEMA DE PREALERTE (niveau 1)



2) Niveau 2

SCHEMA D'ALERTE GENERAL ET DE DECLENCHEMENT DU PLAN (niveau 2)

3.2.2.4.2. Organisation opérationnelle

L'organisation opérationnelle est la suivante :

Le Commandant des Opérations de Secours (COS), directeur du SDIS ou son représentant, arrive sur les lieux et assure l'organisation des secours ou leur coordination. Il détermine ensuite l'emplacement du point transit (point de regroupement obligatoire de tous les véhicules se présentant sur le sinistre).

Le COS est alors assisté de deux adjoints :

- le Directeur des Secours Médicaux (DSM) ;
- le Directeur des Secours Incendie (DSI).

Le Directeur des Secours Médicaux est, soit le médecin responsable du SAMU, soit le médecin chef du SDIS, soit un médecin choisi sur une liste mise à jour annuellement par arrêté préfectoral.

Le DSM conduit la chaîne médicale et est seul compétent pour prendre des décisions d'ordre médical. Quand il s'agit de décisions autres que médicales, il est placé sous l'autorité du COS.

Les services de police et de gendarmerie quant à eux prennent plusieurs dispositions et organisent le périmètre de sécurité, fixent le point transit en liaison avec le CODIS, procèdent aux constatations nécessaires à l'enquête judiciaire sous le contrôle du Procureur de la République. Ils assurent aussi la garde du dépôt mortuaire dès sa création.

Le Poste de Commandement Opérationnel (PCO) regroupe ainsi le COS, le DSM, un responsable pour les assister tous les deux, le responsable des forces de police ou de gendarmerie et enfin les Maires des communes concernées.

Il y a donc le poste de commandement fixe (à la Préfecture) et le PCO (sur les lieux). La liaison est constamment établie.

Par ailleurs, le relevage des victimes est assuré par le SAMU et les sapeurs-pompiers assistés éventuellement des secouristes qui prodiguent les gestes de premiers secours.

Un poste médical avancé (PMA) est mis en place, lieu de convergence et d'accueil de toutes les victimes où elles sont catégorisées (en fonction du degré de gravité de leur état), traitées, puis mises en conditions médicalisées afin de mieux les évacuer.

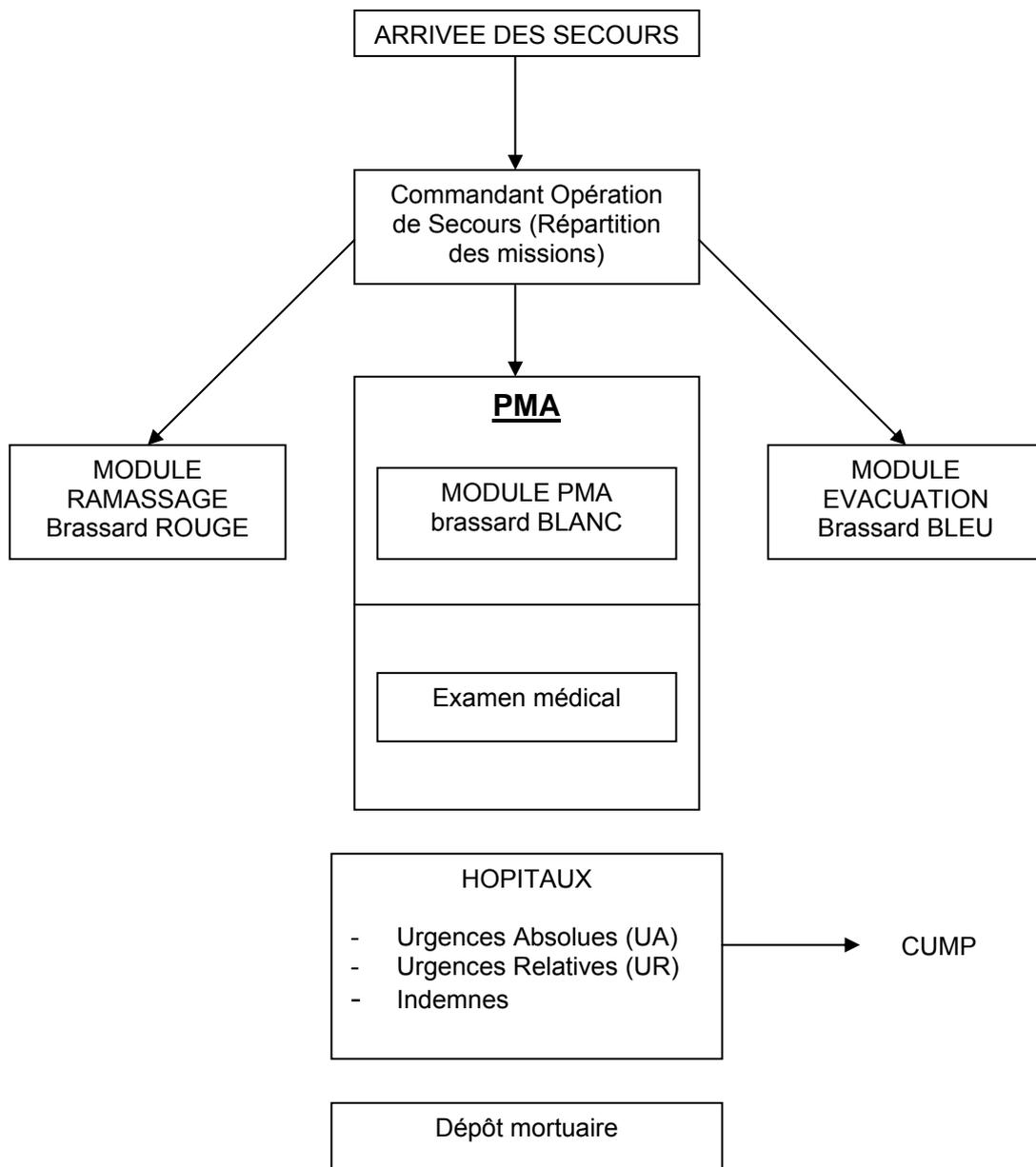
La liste des victimes est constamment actualisée et transmise au PCO qui la transmet au PC fixe.

Un PMA est organisé de la sorte :

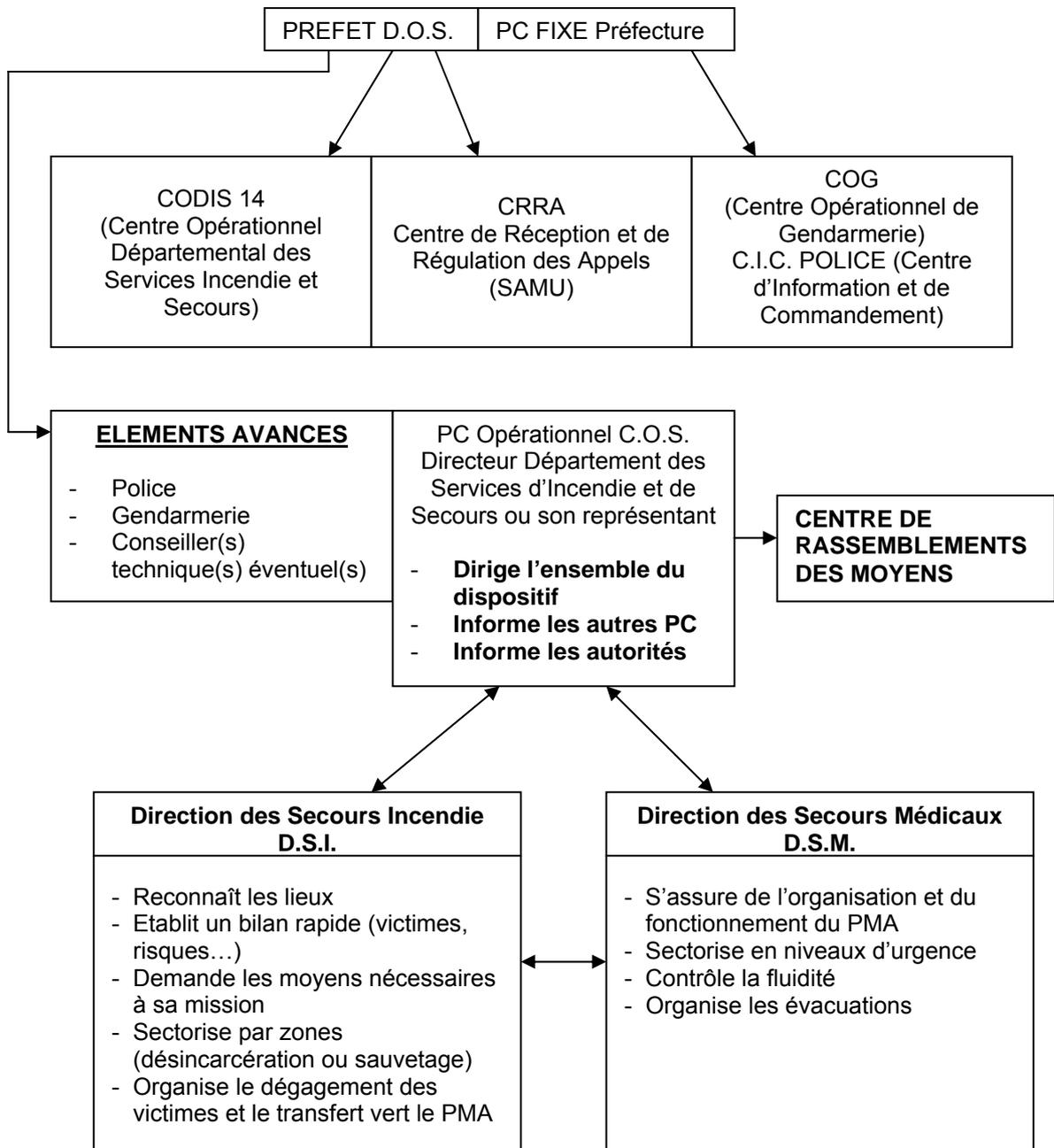
- à l'entrée, un médecin trieur et deux secrétaires ;
- dans la zone de mise en condition des blessés, des médecins, des infirmiers, des sapeurs-pompiers ;
- pour la gestion des matériels médicaux, un infirmier, un pharmacien, un préparateur en pharmacie ;
- à la sortie un officier d'évacuation et deux secrétaires ;
- en annexe du PMA est prévu le dépôt mortuaire.

Par ailleurs, le médecin régulateur du SAMU organise l'accueil en milieu hospitalier en liaison avec le médecin chef PMA et les services d'accueil concernés.

PRINCIPE D'ORGANISATION



ORGANISATION DU COMMANDEMENT



L'exemple du plan rouge montre comment les situations peuvent être répertoriées et appliquées de façon à ce que tous les acteurs se coordonnent et coopèrent au niveau global. Pour cela, des entraînements et exercices sont mis en place.

Le plan rouge est l'illustration de la mise en place des secours d'urgences en cas de catastrophe où de nombreuses personnes sont touchées et ont besoin d'être soignées.

Il existe aussi d'autres plans, comme le plan hébergement, le plan électrosecours ou encore le plan eau potable (voir schémas précédents).

3.2.2.5. Le plan blanc

Le plan blanc fait aussi intervenir les ambulanciers en collaboration avec la DDASS, l'ARH et le SAMU. Il fait donc intervenir des professionnels de santé. Il vise à faire face à une activité accrue d'un hôpital, comme un afflux massif de victimes d'un accident ou d'une catastrophe, victimes qui se présentent spontanément au service d'urgence ou qui sont évacuées dans le cadre d'un plan rouge, d'une épidémie ou d'un événement climatique meurtrier et durable comme une canicule.

Les plans blancs sont donc établis pour chaque établissement particulier de santé, public ou privé, par une personne désignée par l'établissement. Le plan blanc est soumis aux instances consultatives et délibérantes de l'établissement (conseil d'administration, commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement, commission d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail).

Le schéma départemental du plan blanc est établi par le Directeur de la DDASS en collaboration avec le SAMU.

La circulaire DHOJ/HFD n° 2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système en cas d'afflux de victimes précise aussi les conditions de son application. Pour être certain de son efficacité, le plan blanc est le fruit de nombreux exercices.

De la coopération des intervenants de l'AMU dépend la vie de beaucoup de personnes. Quelle soit quotidienne ou ponctuelle, elle doit être définie au préalable pour une plus grande efficacité. Quels sont alors les enjeux relatifs aux évolutions de l'AMU ? Quels changements permettent une meilleure coordination et une plus grande efficacité des secours urgents ? Ces derniers peuvent alors être d'ordre technologique, mais aussi éducatif ou encore provenir d'initiatives institutionnelles.

PARTIE IV

QUELLES EVOLUTIONS EN COURS ET À VENIR POUR L'AMU ? TOUR D'HORIZON GENERAL DES CHANGEMENTS QUI SE PROFILENT...

Ces évolutions sont d'ordres technologiques, pédagogiques... elles se situent à des niveaux européens, voire nationaux, régionaux ou départementaux....

4.1. LES INNOVATIONS DE LA TECHNOLOGIE ET DES COMMUNICATIONS

4.1.1. Les atouts de la télémédecine

4.1.1.1. Présentation et définition

Ayant pour objectif d'améliorer l'efficacité de la médecine de manière générale, la télémédecine est apparue comme un véritable atout, voire un bouleversement, dans les méthodes et les modes de fonctionnement au sein des hôpitaux comme dans les cabinets en ville par exemple.

Il est possible de définir la télémédecine comme un mode opérationnel qui met en œuvre les technologies de l'information et de la communication pour améliorer la prise en charge des patients et des besoins sanitaires de la population en réduisant l'obstacle de la distance entre les acteurs des processus de soins.

Elle concerne des domaines multiples et variés. En voici quelques uns, les principaux :

- la téléconsultation (télé-expertise ou visio-réunion) parfois multidisciplinaire : il s'agit d'échanges d'avis entre professionnels de santé ;
- la télé-chirurgie, le télédiagnostic : c'est un acte médical qui est totalement assisté à distance par le biais d'un ordinateur ;
- la télésurveillance : c'est la surveillance d'un patient à distance ;
- la téléassistance : il s'agit ici d'assister à distance un patient localement démuné, principalement par des conseils diagnostics et thérapeutiques ;
- le cyber-réseau : c'est un outil qui permet d'organiser la circulation des données dans un réseau de santé (le cyber-management permet de participer à la gestion d'un système de santé). Le cyber-réseau peut également être appelé **télétransmission** : il s'agit en fait de transmettre des informations médicales entre professionnels de santé et patients.

Dans le cadre de cette étude et en rapport avec l'Aide Médicale Urgente, la notion de télétransmission (ou de cyber-réseau) est particulièrement intéressante.

La loi du 13 août 2004 (relative à la réforme de l'assurance maladie) définit le cadre légal de la télé médecine et attribue à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et à la Mission Régionale de Santé un rôle important dans son impulsion et sa coordination sur le territoire régional. Par ailleurs, elle précise également que la télé médecine est pressentie comme un moyen efficace pour mettre en œuvre une meilleure organisation des soins et favoriser un équitable aménagement du territoire en supprimant des contraintes de déplacement, autant pour les patients que pour les professionnels de santé.

Cependant, ici, pour simplifier l'analyse, le terme informatisation des professionnels de santé sera retenu, non seulement parce qu'il est utilisé dans plusieurs documents officiels (le SROS III par exemple), mais aussi parce que la télé médecine consiste avant tout en la mise en place d'outils informatiques au sein des cabinets médicaux, des hôpitaux, de l'assurance maladie et d'une ouverture à l'accès Internet.

En premier lieu, un retour sur l'informatisation des services d'urgences des hôpitaux peut illustrer de façon pertinente les enjeux relatifs aux changements technologiques pour l'AMU. L'informatisation est ainsi un atout non négligeable pour une plus grande efficacité dans la gestion des soins.

4.1.1.2. Informatisation des services d'urgences des hôpitaux

4.1.1.2.1. Considérations générales

Selon un rapport d'information du Sénat⁶⁴, en 2005, seuls 30 % des hôpitaux publics disposent d'un système d'information hospitalier efficace. Toutefois, les investissements informatiques de ces mêmes hôpitaux en 2004 étaient estimés à 206 millions d'euros, soit près de 5 % du total des investissements hospitaliers.

Un effort important est donc poursuivi en faveur de cette informatisation.

Les décrets du 22 mai 2005, qui précisent les conditions de la mise en place d'un "réseau des urgences"⁶⁵, encouragent les hôpitaux à se doter de réseaux informatiques permettant d'intégrer l'hôpital dans des réseaux de santé.

De façon plus spécialisée, le plan urgences 2004-2008 mise aussi sur l'informatisation des structures des urgences afin d'assurer leur connexion avec leur environnement. La mesure 16 plus particulièrement vise à organiser un système d'information complet, intégrant les activités des structures des urgences, mais aussi des SAMU et des SMUR. Il s'agit donc d'articuler péri-hospitalier, pré-hospitalier et intra-hospitalier. De plus, elle cherche à appuyer des dynamiques régionales autour de la construction d'un système d'information territorial des urgences. Ce système doit alors répondre à des objectifs précis, concernant notamment la continuité des

⁶⁴ Fait au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation sur l'Informatisation dans le secteur de la santé, Sénateur Jean-Jacques JEGOU, annexe procès verbal de la séance du 3 novembre 2005.

⁶⁵ Décrets n° 2006-576 et 2006-577, voir partie II, services d'urgences des hôpitaux.

soins entre médecine de ville et services d'urgences, la qualité de la prise en charge, la bonne utilisation des ressources par une mutualisation nécessaire.

4.1.1.2.2. Descriptif de l'utilisation au sein des services d'urgences

De manière globale, l'informatisation des services d'urgences doit permettre :

- une bonne gestion des flux des patients ;
- une gestion médicale des dossiers ;
- la connaissance des disponibilités en lits d'aval ;
- la connaissance qualitative et quantitative de l'activité.

4.1.1.3. Exemples à divers niveaux

4.1.1.3.1. Au niveau de l'établissement

L'exemple du CHU de Caen, qui a déjà mis en place un système d'informatisation complet, peut éclairer ce propos. Ainsi, le patient est pris en charge informatiquement dès son arrivée et passe par trois étapes successives :

- L'accueil administratif : Des renseignements sont demandés sur l'identité du patient, le lieu de provenance, le domicile, la présence ou non d'un accompagnateur, les coordonnées d'une personne de confiance...
- La saisie du dossier IOA : Une fois la saisie administrative effectuée, le dossier du patient est transféré sur l'écran de l'Infirmier Organisateur de l'Accueil (personnel présent dans les établissements où il y a plus de 25 000 passages annuels). Celui-ci mène alors des examens pour localiser la douleur par exemple. Il peut, en fonction de l'urgence et de l'état de santé du patient, transférer le dossier vers l'écran du médecin urgentiste ou encore prendre un rendez-vous pour le lendemain dans un service spécialisé, selon les besoins du patient.
- La saisie du dossier médical et la conclusion médicale : Le médecin urgentiste reçoit alors le dossier déjà complété par l'IOA et décide de l'orientation du patient. L'orientation peut être en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) ou directement dans un service de spécialité. Par protocole signé au préalable, le service de spécialité s'est engagé à faire part, par informatique, du nombre de lits dont il dispose au moment "t".

Si cet exemple ne concerne que le niveau établissement, l'informatisation devrait aussi à terme prendre en considération le niveau régional.

4.1.1.3.2. Au niveau régional

A cette échelle, les projets de cinq régions seront étudiés ici.

a) Le CEntre Régional de VEille et d'Action sur les Urgences (CERVEAU)⁶⁶

Cette expérience s'inscrit aussi dans le cadre de la mesure 15 du plan urgences 2004-2008 qui préconise la mise en place d'un système de veille et d'alerte sanitaire connecté avec les urgences. Cette mesure 15 implique, de façon implicite, une accélération de l'informatisation dans les structures d'urgences.

Ainsi, après la crise sanitaire de l'été 2003, l'ARH d'Ile de France et l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ont dès mars 2004 mis en place un système d'information qui assure le développement de l'ensemble des services d'urgences de la région (96 services en tout) et 100 services de spécialité pour suivre la disponibilité en lits. L'objectif est alors double : il s'agit d'assurer la veille sanitaire à partir des SAMU et des services des urgences et de favoriser le bon fonctionnement des services des urgences tout au long de l'année et notamment au moment de crises sanitaires exceptionnelles. Cependant, ce dispositif n'est efficace que si l'ensemble des acteurs y participe.

De même, dans le cadre du plan urgences 2004-2008 et particulièrement de la mesure 16, des expériences ont été réalisées pour mieux préparer l'amont des urgences.

b) Les projets en région dans le cadre de la mesure 16 du plan urgences 2004-2008⁶⁷

Trois régions ont été désignées en 2005 comme pilotes pour porter les projets mis en avant par cette mesure 16, pour faire partager les expériences et pour diffuser les bonnes pratiques. Il s'agit de la Bourgogne, des Pays de la Loire et de Rhône-Alpes. D'autres projets ont déjà débuté dans d'autres régions et sont en cours de finalisation (en Champagne-Ardenne par exemple).

- L'informatique embarquée dans les Pays de la Loire

A la suite d'un appel à projets auprès des régions lancé en avril 2005, un projet pilote a été mis en place par le CHU de Nantes en septembre 2006. Intitulé "Informatique Embarquée pour les SMUR (IES)", il fut impulsé par l'ARH et par la région Pays de la Loire. 5 SAMU sont concernés (Nantes, Angers, Laval, Le Mans, La Roche sur Yon), ainsi que 17 SMUR et 35 UMH.

Afin de mieux coordonner le SAMU et les SMUR et de permettre une connexion préalable avec l'amont des services d'urgences, le projet d'informatique embarquée présenterait à terme plusieurs atouts :

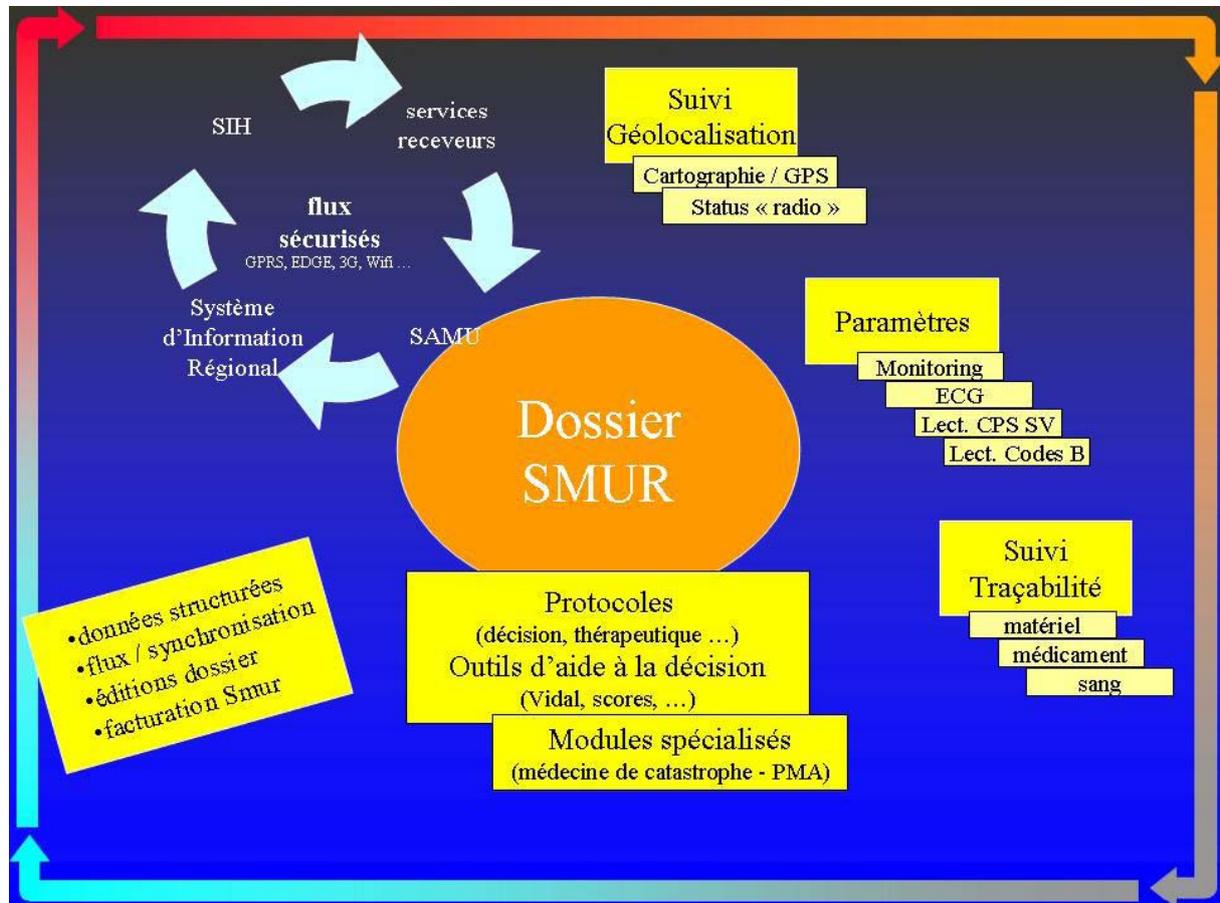
- Il permettrait d'améliorer la prise en charge des patients les plus graves, mais aussi, de façon plus générale, d'améliorer la qualité des soins. Les protocoles de délégation de compétences (voir III qui suit) seraient alors plus facilement mis en place, ainsi que l'accès pour les hôpitaux mêmes aux informations qui concernent les patients et qui sont relatives à l'intervention (actions et événements survenus lors de l'opération assurée par le SMUR).
- Il faciliterait la régulation, sa qualité et le suivi des interventions en place.
- Il réduirait la charge de travail des PARM et améliorerait la logistique d'intervention.

⁶⁶ 50 propositions pour une meilleure prise en charge des urgences médicales, Georges COLOMBIER, p 180.

⁶⁷ www.mainh.sante.gouv.fr

Enfin, dans une situation de crise, l'informatique embarquée serait un maillon supplémentaire pour une plus grande efficacité et rapidité d'exécution.

Sur le plan technique : schéma récapitulatif



Source : Projet IES - Pays de la Loire - 8 septembre 2006

- Le projet "TRAJECTOIRE" en Rhône-Alpes

Ce projet consiste à développer des outils informatiques pour aider à orienter des patients en soins de suite et de réadaptation. Il répond à deux problématiques bien précises : comment débloquer les filières de soins et comment améliorer le passage des patients de soins de courte durée en soins de suite et de réadaptation ?

Ce projet met en avant trois éléments sur lesquels il doit s'appuyer :

- un thésaurus des pathologies requérant des soins de suite et de réadaptation ;
- un annuaire régional des structures de santé ;
- un moteur d'aide à l'orientation d'un patient.

Pour aller plus loin, la région Rhône-Alpes a lancé d'autres projets en parallèle de TRAJECTOIRE. Ainsi, le projet SPIRAL par exemple (Système de Plateforme et d'Interconnexion de la région Rhône-ALpes) doit permettre de favoriser l'échange et le partage de l'information entre les professionnels de l'urgence. Il doit améliorer également l'efficacité et la rapidité de la prise en charge du patient. Ce projet est proche du projet RAMU qui sera explicité ultérieurement.

- Le projet d'informatisation des urgences en Bourgogne

Ce projet concerne deux groupes de déploiement dans le sens où il s'agit de construire un serveur web de référence régionale avec les connecteurs régionaux et de mettre en place de l'informatique embarquée et l'interconnexion des structures d'urgences et du SAMU.

Ainsi, l'objectif de ce projet est de mettre en place un système d'information "Urgences" dans lequel sont intégrés les professionnels de santé qui interviennent en amont de la prise en charge du patient par le 15 ou les services d'urgences.

Le système d'information s'articulera autour de trois éléments :

- La mise en place d'un Dossier Médical Partagé régional regroupant les informations concernant les patients (informations "minimales"). Ce DMP⁶⁸ doit être accessible (voire constitué) par les professionnels de l'urgence, c'est-à-dire aussi bien les médecins des SAMU, SMUR ou urgentistes que les médecins de villes qui assurent la PDS (dans les Maisons Médicales de Gardes par exemple).
- La constitution d'annuaires régionaux, c'est-à-dire d'annuaires à la fois des professionnels de santé, des établissements de soins, des services d'urgences mais aussi des transports sanitaires.
- L'élaboration d'agendas des maisons de gardes et des services d'urgences qui doit servir principalement à la gestion régionale des gardes. Les DDASS, les organisations de médecins libéraux, les services d'urgences sont directement concernés par ce point.

- Le projet "RAMU" (Réseau d'Aide Médicale Urgente) en Champagne-Ardenne

En Champagne-Ardenne, les quatre SAMU départementaux ont été informatisés (mise en place d'une interopérabilité de leurs logiciels) dans un premier temps, puis le projet a consisté dans un deuxième temps à créer un référentiel régional commun, à partager du contenu documentaire, à harmoniser les couplages (c'est-à-dire la téléphonie et l'informatique) et à assurer une assistance mutuelle entre les quatre SAMU (en cas d'événement exceptionnel comme une panne). Au final, ce projet doit regrouper l'ensemble des acteurs de l'AMU, c'est-à-dire à la fois les services d'urgences, les SAMU-SMUR, l'ARH, l'URCAM, les pharmaciens, les Conseils Départementaux et Régionaux de l'Ordre des Médecins (CDOM-CROM), les ambulanciers privés (ATSU en Champagne-Ardenne par exemple), mais aussi le public.

4.1.1.4. Analyse

Les régions se sont placées à travers cette mesure 16 en véritables promoteurs d'avancées technologiques au sein des urgences.

De façon plus générale, l'informatisation au sein des services d'urgences présente des avantages indéniables.

En premier lieu, il faut souligner l'accroissement d'efficacité, de réactivité et de rapidité. Les professionnels de santé échangent plus facilement, de façon plus précise, les patients ne renseignent pas plusieurs fois les mêmes informations. De

⁶⁸ Voir point suivant 4.1.1.4. Analyse.

même, grâce à une information partagée sur les territoires de santé, les phénomènes de saturations peuvent aussi être évités.

Ce système d'information facilite aussi la mise en œuvre du Dossier Médical Personnalisé (DMP). Avec ce DMP, le personnel n'a plus à utiliser de papier ni à manier des archives. En outre, la circulaire DHOS/E3 n° 2006-281 du 28 juin 2006 (relative à la mise en place du DMP) indique à ce sujet que l'objectif principal est de favoriser la coordination des soins grâce au développement du partage des informations médicales. La phase expérimentale a démarré le 1^{er} juin 2006 et une centaine d'établissements de santé publics et privés, une quarantaine de réseaux de santé et 1 500 professionnels de santé y participent. Le dispositif devait être achevé en juillet 2007. Une harmonisation nécessaire et des définitions communes entre établissements serait alors favorisée grâce à ce nouvel outil.

Toutefois, il faut souligner ici que dans ce domaine la Basse-Normandie a lancé avant l'heure un projet similaire. Le projet PRISM ou Plate-forme Régionale d'Information de Santé Mutualisée fonctionne en effet, depuis avril 2005. Débuté en 2002, il permet de partager les informations médicales des patients entre professionnels du secteur afin d'améliorer la qualité des soins, faciliter le traitement des dossiers et diminuer les doublons administratifs.

Financé par un FAQSV mais également et principalement par le programme ATRACTIV⁶⁹, il s'est réellement concrétisé en 2004 sous la forme d'un dossier patient accessible via un portail internet. Plus d'un million d'euros a été investi pour un projet qui continue à évoluer, parallèlement au DMP.

Cependant, certaines nuances doivent aussi être apportées, en rapport avec l'informatisation croissante des activités médicales. Les grands changements dans l'organisation entraînent souvent des mutations et l'adaptabilité du personnel. Ainsi, un des inconvénients majeurs de ce système repose sur le fait que le personnel médical et paramédical doit gérer le système d'information lui-même. Il s'opère par exemple un certain mécontentement chez les infirmières qui sont plus souvent derrière un écran d'ordinateur qu'au chevet du patient. Leurs conditions de travail évoluent et se transforment, ce qui peut éventuellement démotiver et décourager les vocations. Il faut souligner cependant que, grâce à ce nouveau système, elles ne remplissent plus certains papiers en double, ce qui accroît l'efficacité et réduit le temps passé à effectuer des actes administratifs.

4.1.1.5. Cadre général de l'informatisation des urgences en Basse-Normandie

En Basse-Normandie, le volet urgences du SROS III place l'informatisation de l'ensemble des services d'urgences à court terme comme une priorité. Ainsi, ce système d'informatisation devra :

- être conforme au cahier des charges national pour l'informatisation des services d'urgences ;
- pouvoir se conformer aux exigences de veille sanitaire ; il est donc recommandé que les mécanismes d'amélioration automatique des indicateurs relatifs à l'activité des SAMU et des SMUR soient mis en place entre les systèmes d'informatisation des SAMU-Centres 15 et le serveur de veille et d'alerte sanitaire (toutefois la

⁶⁹ Le programme ATRACTIV est en réalité une déclinaison au niveau bas-normand du programme européen "Actions Innovatrices".

- proposition de ce volet urgences a déjà été appliquée et l'alimentation automatique du serveur de veille par les logiciels des SAMU est opérationnelle) ;
- intégrer l'informatisation du dossier médical en prévoyant l'interconnexion avec l'amont (SMUR) et l'aval le cas échéant (service d'hospitalisation) ;
 - permettre une analyse régionale comparative en standardisant les thésaurus utilisés (comme pour la typologie des passages par exemple) ;
 - permettre l'informatisation du registre chronologique des entrées.

Selon la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), au niveau national, 64 % des services d'urgences sont informatisés, ce qui représente 71 % des passages informatisés aux urgences fin 2006. Huit régions ont atteint l'objectif de 85 % des passages informatisés (objectif qui est demandé pour la fin 2007 selon le plan urgences et qui sera normalement atteint si les projets programmés dans les différentes régions sont effectivement réalisés d'ici la fin de cette même année). Le processus d'informatisation est ainsi en cours d'amélioration et d'évolution.

En Basse-Normandie comme au niveau national, les correspondances avec l'amont et l'aval sont vivement souhaitées.

4.1.1.6. D'autres réseaux intégrant la participation de l'hôpital...

Afin de compléter cette analyse des solutions informatisées de communication entre professionnels de santé qui peuvent exister et qui vont se développer, il semble judicieux de citer aussi les réseaux ville-hôpital, même si l'Aide Médicale Urgente n'est pas directement concernée.

Ainsi, les médecins généralistes peuvent accéder à un réseau thématique et partager des informations avec d'autres professionnels de santé. Ils peuvent aussi accéder directement de leur cabinet aux dossiers de leurs patients hospitalisés. D'autres évolutions consistent à promouvoir la mise en place de visioconférences. Le médecin généraliste pourrait ainsi accéder grâce à Internet, de son cabinet ou d'une maison de retraite, en présence du patient, à une visioconférence avec un établissement hospitalier. Le patient bénéficierait alors d'une téléconsultation (celle-ci n'existe malheureusement pas encore en Basse-Normandie).

De même, des réseaux sont encouragés concernant des spécificités bien précises, comme par exemple un réseau ville-hôpital pour la cardiologie ou encore des pathologies spécifiques comme le diabète, la toxicomanie...

La télémédecine peut palier dans une certaine mesure aux problèmes de démographie médicale. Cependant, quelques nuances sont à apporter concernant le respect du secret médical et aussi, et principalement, l'accès de tous à l'ADSL. Certaines zones sont isolées, particulièrement en Basse-Normandie

4.1.2. Des exemples parmi d'autres de l'utilisation propice d'Internet dans la région

4.1.2.1. Le réseau Vikman

En Basse-Normandie, dans le cadre de la télémédecine, mais non appliquée spécialement aux urgences médicales, un réseau a été créé, impulsé par le Conseil Régional.

Ainsi, le réseau Vikman est un réseau régional à haut débit qui permet de développer les usages multimédias au sein des hôpitaux (mais non exclusivement, il concerne aussi les écoles, l'université...) pour mettre en place des visioconférences. C'est un réseau suffisant pour transporter des données lourdes de façon fiable et répondant immédiatement aux éventuelles pannes pour qu'il n'y ait pas d'interruption.

Le réseau Vikman santé permettrait donc de développer l'imagerie médicale. Il s'inscrit dans le cadre du développement de la télésanté en Basse-Normandie (TENOR). Ce programme serait une réponse aux problèmes de démographie médicale dans certaines spécialités où il y a une pénurie de médecin et pour certaines zones rurales isolées.

L'exemple de la radiologie peut conforter cette nécessaire évolution technologique. Un établissement qui n'aurait plus de radiologue sur place pourrait ainsi faire réaliser des clichés par des manipulateurs locaux, faire transférer les images vers un autre établissement en vue d'avoir l'interprétation et recevoir le compte-rendu de l'interprétation pour appropriation par le médecin local qui est responsable du patient.

Le réseau Vikman santé est par ailleurs déjà mis en place depuis 1991 au CHU et au Centre François Baclesse de Caen. En 1995, un transfert d'images au service de neurologie du CHU pour examen et diagnostic dans un contexte d'urgence vasculaire cérébrale s'est mis en place (le réseau Vikman peut donc être utilisé dans des cas d'urgences aussi). En 2001, un réseau de télésanté a été mis en place (pour le diabète entre autres).

Par ailleurs, par le biais du réseau Internet, des initiatives sont été développées s'inscrivant aussi dans le schéma TENOR, à l'exemple du réseau Manche-Santé.

4.1.2.2. L'exemple du réseau Manche-Santé

Dans la Manche, un portail Internet a été créé et mis en ligne pour la 1^{ère} fois le 16 mars 2006. Ce portail d'information, consacré à la santé dans le département, est dédié au grand public (via un accès libre au portail) et aux professionnels de santé (via un accès sécurisé).

Le portail a pour objectifs principaux :

- de faciliter les échanges et la communication entre les professionnels de santé ;
- de faire de ce portail Manche-Santé une référence de l'information professionnelle dans le département et de l'information publique sur la santé ;
- de promouvoir les agents de santé locaux ;
- de contribuer à la formation des professionnels de santé.

Ainsi, pour la population de la Manche, le portail Manche-Santé propose des informations pratiques (concernant l'organisation des gardes, mettant à disposition des formulaires utiles ou encore des informations médico-sociales...), des informations santé (des conférences, des débats sur les associations de santé, des fiches pratiques pour savoir qui appeler en cas d'urgence...), un annuaire (avec des indications sur les professionnels de santé, les établissements...) et propose à l'internaute de poser des questions s'il a certaines inquiétudes⁷⁰... Pour les professionnels de santé, ce réseau permet d'informer sur l'offre de soins dans le département et dans la région (comme pour l'ensemble des citoyens), sur la Permanence Des Soins, mais aussi d'accéder plus directement aux sites des différentes institutions, des Ordres des Médecins...

Ce réseau permet également de contribuer à la formation des professionnels de santé (par l'accès à l'agenda et aux comptes rendus des formations médicales continues, par des aides à la pratique, par l'accès à des banques de données et sites épidémiologiques).

Ce réseau promeut aussi les projets de santé locaux (réseaux de santé...).

Enfin, Manche-Santé permet de faciliter les échanges et la communication entre les professionnels de santé, de façon sécurisée.

Le réseau Manche-Santé est donc un outil majeur dans l'information et la communication à la fois des citoyens mais également entre professionnels de santé. Et il a pu se mettre en place aussi grâce à l'extension et à l'implantation du réseau Internet sur le territoire manchot via l'impulsion de Manche Numérique (développement du haut débit sur le territoire), mais aussi par l'impulsion des professionnels de santé (dont les représentants des Ordres Départementaux) et avec la collaboration des partenaires locaux.

Manche-Santé est une association de loi 1901 à but non lucratif.

Cet exemple montre que des échanges peuvent avoir lieu via Internet, pour une plus grande efficacité des professionnels de santé. Il ne s'agit pas toutefois ici d'une correspondance dans l'urgence et cela ne concerne pas directement l'AMU. Cependant, le réseau Manche-Santé facilite l'accès du citoyen et l'organisation de la Permanence Des Soins, ce qui peut avoir des correspondances avec la médecine d'urgence.

Il permet aussi l'information de la population et sa sensibilisation sur des thématiques précises, domaine qui est nécessaire quant à l'organisation de l'AMU, principalement dans l'acquisition de réflexes primordiaux concernant les numéros d'urgences.

Toutefois, la couverture numérique de la région est différente selon les territoires⁷¹ et c'est une donnée à prendre en compte quant à la mise en place de tels réseaux en Basse-Normandie.

Enfin, pour informations, il existe en Basse-Normandie 26 réseaux différents, concernant les échanges entre spécialistes ou généralistes pour des raisons pratiques mais aussi pour des urgences (il existe ainsi un réseau appelé

⁷⁰ D'autres rubriques sont également proposées sur www.manche-santé.fr

⁷¹ Cf. carte "Nombre d'opérateurs offrant un service haut débit sur la commune" DIACT (page 23) et "Couverture Manche Numérique", (page 25) en partie I de l'étude.

"neurochirurgie urgences", qui permet d'échanger des télédiagnostics dans des situations urgentes, organisé au sein du CHU de Caen, de l'hôpital de Cherbourg et de l'hôpital de Flers.)

4.1.3. L'association SOS Médecins et l'usage d'une technologie particulièrement avancée

Depuis août 1998, la prise en charge de l'appel, sa gestion et la télétransmission des visites passent obligatoirement par l'informatique chez SOS Médecins.

Ainsi, les médecins de l'association disposent personnellement d'un téléphone-ordinateur mobile qui leur permet d'être en liaison directe avec le standard basé à Cherbourg. Celui-ci peut leur communiquer directement sur ce Pocket PC les informations concernant le patient, le nom, l'adresse, le numéro de téléphone et s'il est disponible (si le patient a déjà appelé SOS Médecins), le dossier médical.

Grâce à cet outil de communication moderne qui utilise le GPRS⁷², le médecin peut se rendre plus rapidement sur les lieux et dispose au préalable de toutes les informations nécessaires au besoin du patient.



Source : Manuel utilisateur, solution PDA, SOS Médecins, janvier 2005, société EPOS

Sur l'écran⁷³, les différents boutons permettent au médecin de prévenir le standard de son action (s'il est désormais en fin de garde, s'il souhaite se mettre en pause, s'il est en visite ou s'il est confronté à une situation dangereuse et qu'il souhaite appeler la police). En deuxième ligne, le médecin reçoit les informations concernant le patient, avec le niveau d'urgence de l'appel selon la couleur de la barre avec le numéro (128 sur l'image ci-dessus). La catégorisation est alors la

⁷² General Packet Radio Service (GPRS) : norme pour la téléphonie mobile dérivée du GSM permettant un débit de données plus élevé. Le GPRS est une extension du protocole GSM : il ajoute par rapport à ce dernier la transmission par paquets. Cette méthode est plus adaptée à la transmission des données. En effet, les ressources ne sont allouées que lorsque des données sont échangées, contrairement au mode "circuit" en GSM où un circuit est établi - et les ressources associées - pour toute la durée de la communication.

⁷³ Information fournie par la société EPOS, créatrice du logiciel.

suivante : en vert, l'appel est non urgent ; en bleu, il s'agit d'une urgence niveau 1 ; en rouge, l'appel est très urgent.

La troisième ligne concerne les boutons d'action sur l'appel affiché. Le médecin SOS précise alors qu'il a bien reçu l'appel. Le bouton DMP signifie Dossier Médical Partagé et permet alors de se rendre directement à la page des antécédents du numéro de téléphone. Le bouton Saisie donne accès à une nouvelle page de présentation, constituée de plusieurs onglets : actions, ambulance, laboratoire, événements, antécédents, modifications. Chacun des onglets correspond à une opération spécifique. L'onglet ambulance par exemple permet de saisir les informations concernant une hospitalisation.

Enfin, la barre inférieure facilite la navigation, permet d'accéder à la messagerie, à la liste des événements et donne des informations sur le service. Cette dernière petite barre est très importante car elle permet au médecin de juger et de se tenir au courant du nombre de visites en attente d'attribution et de savoir combien de ses collègues travaillent et combien sont en pause.

Les médecins SOS sont donc en constante connexion avec leur standard. Cela permet une information plus rapide et une réponse aux demandes des patients plus adaptée au niveau de l'urgence requis. Par ailleurs, ce mode de communication est atypique, les autres intervenants de l'urgence n'ayant pas accès à ce genre de technologie.

En outre, il faut souligner que les standardistes de SOS-Médecins peuvent savoir en temps réel le nombre d'appels en attente (ce qui n'est pas le cas pour les PARM aux différents SAMU de la région).

Cependant, si les technologies de l'information et de la communication sont des perspectives d'avenir et d'adaptation primordiales pour l'organisation de l'Aide Médicale Urgente, la seule communication auprès du public est aussi un enjeu majeur de changement et d'évolution.

4.1.4. D'autres évolutions technologiques majeures : l'utilisation de la carte à puce

En 1996, la France avait dynamisé l'industrie française de la carte à puce en créant la carte vitale. Cependant, plus de dix ans après, cette dernière semble quelque peu obsolète, d'où le lancement effectif dans toute la France en 2010 de la carte vitale 2 qui permettra non seulement d'améliorer la qualité de soins mais aussi de lutter contre les abus et les dérives.

Ainsi, cette carte, contenant une puce de 32 kilo-octets contre 4 sur l'ancienne, contiendra des données d'urgences. Elle permettra ainsi de connaître pour chaque patient le nom de la personne à contacter en cas d'urgence ainsi que le nom du médecin traitant par exemple. Ces cartes pourront être complétées en outre avec certaines indications médicales personnelles, comme les allergies ou les traitements réguliers⁷⁴.

⁷⁴ L'ajout de données personnelles a été adopté par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Par ailleurs, cette carte sera une véritable carte d'identité de santé individualisée dans le sens où elle devra contenir la photo de l'assuré.

La carte vitale de deuxième génération est d'ores et déjà mise en place en Bretagne (depuis février 2007), à titre expérimental, et s'étendra peu à peu à l'ensemble des régions de France jusqu'en 2010.

Il s'agit ici d'une véritable avancée à la fois pour les patients, mais aussi pour les professionnels de santé qui voient leur activité simplifiée au niveau de la télétransmission des feuilles de soins électroniques à la Caisse d'Assurance Maladie.

4.2. VERS UNE POPULATION RESPONSABLE, INFORMEE et SENSIBILISEE

4.2.1. Un cadre général d'information pour tous : les outils de sensibilisation

Bien souvent, les problèmes relatifs à l'Aide Médicale Urgente sont liés à un défaut d'information de la population. Ainsi, avant d'envisager une formation de grande ampleur aux gestes de secourisme, une campagne de sensibilisation peut paraître plus que nécessaire.

4.2.1.1. L'initiative de l'URCAM

En ce sens, afin d'éviter le recours systématique aux secours d'urgences et leur engagement, l'URCAM de Basse-Normandie avait élaboré un document papier, distribué par l'intermédiaire des médecins généralistes dans un premier temps, puis à l'ensemble des ménages de Basse-Normandie par d'autres biais dans un deuxième temps. Diffusée à 250 000 exemplaires, environ 80 % des foyers avaient été touchés, d'après l'URCAM.

Ce document, intitulé "Besoin d'un médecin ? Mode d'emploi", se présente sous la forme d'un fascicule retraçant 11 situations particulières.

En partenariat avec l'URML, l'ARH, l'Assurance Maladie, la MSA, la Mutualité Française de Basse-Normandie, le Conseil Général du Calvados, l'Education Nationale..., cette campagne avait eu lieu en 2002, puis fut renouvelée en 2003.

Il s'agit de conseils décrivant les situations ambiguës, ressenties comme urgentes par la population. En cas de doute, il est conseillé de faire le 15. Les éléments concernent principalement les situations courantes de la vie quotidienne : une personne s'ébouillante, un enfant a de la fièvre, une personne fait un malaise...

Le but est de chercher à intégrer dans les esprits le numéro 15 comme celui à privilégier pour avoir une réponse médicale aux questions posées et, dans le même temps, de faire comprendre à la population le rôle respectif de chaque numéro d'urgences, à savoir le 15, le 18 et le 112)⁷⁵.

Dans le cadre d'une information élargie de la population bas-normande et française, d'autres campagnes ont été envisagées.

⁷⁵ Cf. fascicule "Besoin d'un médecin ? Mode d'emploi" en annexe.

4.2.1.2. Autres expériences illustratives

En avril 2002, le magazine "Le médecin généraliste" publiait un "alphabet des fausses urgences" ou "26 bonnes raisons de ne pas aller aux urgences". Ainsi, à chaque lettre de l'alphabet correspond une fausse urgence qui ne nécessite pas un déplacement aux urgences. En voici quelques exemples : A comme anxiodépressif, C comme certificat d'aptitude sportive, E comme entorse de la cheville ou encore W comme week-end, agrémenté d'une petite touche humoristique : "c'est déjà la fin du week-end !".

Cet alphabet est à destination des généralistes libéraux qui peuvent le transmettre à leurs patients.

L'objectif est de désengorger les services d'urgences, non seulement par une plus grande responsabilité des patients, mais aussi par un réflexe de régulation médicale via le 15, réflexe qui permettrait à terme de mieux préparer les véritables urgences au sein même des hôpitaux.

Le 15 a donc un rôle pivot à jouer, rôle qui fut souligné aussi dans le volet urgences du SROS III.

Le médecin généraliste est au cœur du processus de sensibilisation, mais il n'est pas le seul, ce rôle peut être joué aussi par l'école, sur les lieux de travail...

4.2.2. Une sensibilisation renforcée par un volet éducatif: le rôle et la place de l'école

4.2.2.1. Constatations

4.2.2.1.1. Enjeux et objectifs

Partant d'un constat selon lequel, face à un accident grave, la rapidité de l'alerte et l'efficacité des premiers gestes conditionnent fortement le pronostic vital, les services de l'Etat ont recherché les moyens à mettre en œuvre pour donner à la majorité de la population française la formation adéquate pour effectuer les gestes de premiers secours efficaces.

C'est pourquoi une formation généraliste et durable accessible dès le plus jeune âge a été introduite en milieu scolaire avec le dispositif "Apprendre à porter secours".

4.2.2.1.2. Expérimentation

Ce dispositif part de l'expérience de pays étrangers mais aussi d'une initiative menée dans le département de la Somme.

Ainsi en Australie, en Norvège, aux Etats-Unis par exemple, l'enseignement des gestes d'urgences se fait en milieu scolaire, de façon progressive. Aux Etats-Unis, le principe de formation des enseignants a été retenu, par un collège de médecine d'urgences leur permettant de former à leur tour leurs élèves.

Dans la Somme, le dispositif "Apprendre à porter secours" a commencé à se mettre en place en référence à la note de service n° 97-151 du 10 juillet 1997. Les

enseignants se sont vus proposés une formation leur permettant d'apprendre à effectuer les premiers gestes de secours dans le but, comme pour l'exemple des Etats-Unis, de les retransmettre à leurs élèves. Le SAMU-CESU de ce département a permis de former ces enseignants.

Le premier fascicule "Apprendre à porter secours" est donc paru en décembre 1998, émanant d'une convention entre le Ministère de l'Education Nationale, de la Recherche et de la Technologie et le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction Générale de la Santé.

Ainsi, pour résumer, les résultats des expériences réalisées conditionnent les généralisations du procédé. La formation secouriste doit, pour être adoptée et efficace, remplir les conditions suivantes :

- bénéficier d'un protocole validé scientifiquement au niveau national ;
- être progressive de la maternelle à la fin du collège ;
- prendre en compte le développement cognitif et psychomoteur de l'enfant ;
- s'intégrer dans différents champs disciplinaires et les contenus des programmes ;
- être dispensée par des maîtres formés ;
- faire l'objet d'un dispositif défini pour sa mise en œuvre et son évaluation.

Ces conditions sont alors reprises dans la circulaire du 14 septembre 2006 (qui remplace et annule celle du 24 mai 2006) relative à l'éducation, à la responsabilité en milieu scolaire : sensibilisation à la prévention des risques, aux missions des services de secours, formation aux premiers secours et enseignement des règles générales de sécurité.

Cette circulaire répond aux articles 4 et 5 de la loi de modernisation de la sécurité civile (13 août 2004), mais aussi à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (article 48) et au décret n° 2006-41 du 11 janvier 2006 qui fixe les dispositions générales.

4.2.2.2. Mise en œuvre générale

4.2.2.2.1. A l'école

L'enseignement "Apprendre à Porter Secours" (APS) est donc dispensé par des maîtres eux-mêmes formés par des équipes ressources des formateurs (pédagogues-inspecteurs de circonscription, conseillers pédagogiques), des personnels de la mission de promotion de la santé en faveur des élèves et des professionnels de l'enseignement des soins d'urgences (SAMU-CESU).

Les programmes ont été définis le 25 janvier 2002 et comportent trois cycles, des indications et des règles à connaître pour être secouru ou porter secours. A titre d'exemple, les différents cycles décrits consistent en :

- Cycle 1 : La découverte de son corps et, dans le cadre d'un programme "Vivre ensemble", l'enfant doit apprendre à téléphoner au Centre 15 et à décrire ce qu'il fait.

- Cycle 2 : Education à la santé et à la sécurité, enseignement de l'espace, nécessité de se repérer et de se situer, lecture et pratique orale de la langue pour donner l'alerte.
- Cycle 3 : L'APS fait partie du programme "Science expérimentale et technologie, le corps humain et l'éducation à la santé" ; d'autres disciplines sont développées dans le même temps : le français, l'éducation civique, l'éducation physique..., pour mieux donner l'alerte. Cependant, ce projet commence également dès l'école maternelle par des initiations sous forme de jeux.

4.2.2.2. Au collège

Le contenu de la formation aux premiers secours est défini entre autres au collège par le Guide National de Référence (GNR) édité par le Ministère de la Sécurité Civile. La formation au collège doit être planifiée en début d'année scolaire. A sa sortie, le collégien devrait avoir obtenu l'Attestation de Formation aux Premiers Secours (AFPS).

4.2.2.3. Au lycée

Une actualisation des connaissances validées par l'AFPS devra être proposée.

Le dispositif "Apprendre à porter secours" fait partie des programmes officiels. Pour résumer, il s'agit avant tout d'apprendre à tout enfant à repérer un danger, à savoir passer une bonne alerte et à savoir à terme intervenir dans une situation simple d'accident. Le numéro 15 est référent. Il y a une sensibilisation marquée pour la composition de ce numéro.

4.2.2.3. La mise en œuvre du processus en Basse-Normandie

4.2.2.3.1. Le Calvados

Pendant l'année scolaire 2000-2001, un réseau de formateurs a été constitué par les moniteurs du CESU (carte d'enseignements de soins d'urgence) du SAMU 14. Le CESU était le référent médical du dispositif. Ce réseau de formateurs a ensuite formé des enseignants par équipes d'écoles, puis les conseillers pédagogiques ont suivi ces équipes.

Année scolaire	Nombre d'enseignants formés dans le 1 ^{er} degré	Nombre d'enfants ayant suivi un cycle d'apprentissage
2000-2001	36	304
2001-2002	40	355
2002-2003	40	715
2003-2004	157	686
2004-2005	328	345
2005-2006	399	564
Total	1 000	2 969

Tableau retraçant le nombre d'enseignants et le nombre d'enfants formés dans le Calvados depuis la mise en œuvre du dispositif

Ces chiffres sont cependant à relativiser, les demandes d'informations n'ayant pas toutes été renvoyées par les enseignants à l'inspection académique. Ce tableau permet toutefois d'avoir une estimation actualisée de l'impact du dispositif en 2006.

Par ailleurs, le nombre d'AFPS délivrées en 2006 s'élevait à 396 pour les adultes et les élèves. La formation AFPS délivrée par l'Education Nationale est par ailleurs gratuite. Le processus est en cours d'amélioration. Un seul instructeur AFPS pour tout le département forme des moniteurs AFPS. Cependant, le Ministère de l'Education Nationale va développer une politique de formation des instructeurs.

4.2.2.3.2. La Manche

Dans ce département, le dispositif "Apprendre à porter secours" a été mis en place en 2002, de la maternelle jusqu'au CM2. Chaque année scolaire, un stage d'une journée avec le Directeur du SAMU est proposé à 20 enseignants volontaires. Par ailleurs, 10 conseillers pédagogiques d'EPS sont formés au dispositif et le proposent auprès des enseignants dans le cadre des journées pédagogiques.

Dans le secondaire, 540 AFPS ont été délivrées par l'Inspection Académique à des élèves (de la 4^{ème} à la terminale) ayant suivi la formation premier secours.

4.2.2.3.3. L'Orne

Dans l'Orne, une formation diplômante pour tous les conseillers pédagogiques qui formeront ensuite les enseignants a été instaurée.

Le dispositif commence à se mettre en place progressivement. Il faut toutefois attendre quelque temps avant qu'il soit effectif. Il convient de préciser aussi que les jeunes professeurs qui sortent de l'IUFM ont validé l'AFPS.

4.2.3. Les formations au travail

D'ores et déjà en France, la présence de secouristes sur certains lieux de travail est obligatoire. L'article R241-39 du code du travail français précise cela en signalant que dans chaque atelier où sont effectués des travaux dangereux, dans chaque chantier occupant 20 personnes au moins pendant plus de quinze jours où sont effectués des travaux dangereux, un membre du personnel doit avoir reçu obligatoirement l'instruction nécessaire pour donner les premiers secours d'urgence.

Ainsi, la qualification de Sauveteur Secouriste du Travail a été créée. Le SST est une personne formée aux premiers secours et proposée à les dispenser. Elle est en effet chargée par l'employeur de dispenser les gestes de premiers secours en cas d'accident du travail. Il s'agit d'une obligation de l'employeur en matière d'hygiène et sécurité du travail.

Le SST est un diplôme à la différence de l'AFPS qui est une attestation.

La durée de formation pour être SST est de 10 heures. Parfois y est rajouté du temps pour tester les risques particuliers de l'entreprise et de la profession, ainsi que la durée du contrôle du comportement face à un accident simulé.

La caisse nationale d'assurance maladie a mis en place une formation spécifique développée par l'INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité). Le Ministère de l'Intérieur a mis en place des formations.

Rien n'oblige cependant l'employeur à former au SST. Il peut opter pour des AFPS ou encore pour une formation spécifique entièrement dispensée par le médecin du travail et l'infirmerie de l'entreprise.

Cependant, les formations assurées par l'INRS sont souvent demandées par les employeurs, celles-ci étant bien rôdées et connues des médecins inspecteurs du travail.

Les gestes de secourisme seront de toute façon à terme connus de la majeure partie de la population, une connaissance facilitée par l'apprentissage dès l'école maternelle.

4.2.4. Les Défibrillateurs Automatique (DA)⁷⁶ en libre accès

Dans le cadre d'une information et d'une sensibilisation plus approfondie de la population aux problématiques de l'urgence médicale, de nouveaux appareils, les DA, ont été installés dans certains lieux bas-normands. En effet, ces machines à "relancer les cœurs" permettent d'augmenter les chances de survie face à un accident cardiaque.

Aux Etats-Unis par exemple où des DA sont accessibles dans de nombreux lieux publics, le taux de survie est estimé à 20 % alors qu'en France il n'est que de 2 %. En effet, l'intervention rapide dans les 3 à 5 minutes suivant l'arrêt cardiaque permet d'accroître considérablement les chances de survie.

Dans le Calvados, des DA ont été installés, comme à Cabourg (une quinzaine en tout dans les lieux publics et sur la plage) et à Caen où 50 DSA seront installés (financés ici par la Mairie, par la Caisse d'Assurance Maladie des professions libérales, par l'association "Cardiologie à portée de tous" ou encore par des initiatives privées émanant de salles de concert, de spectacles).

Certains seront installés en libre service dans les lieux publics ou encore devant des endroits stratégiques (les pharmacies par exemple, souvent considérées comme un lieu de première urgence) et seront reliés radiophoniquement à la police municipale (pour éviter les infractions) et au SAMU-Centre 15 (pour un envoi des secours rapide). Dans les lieux publics, les défibrillateurs automatiques seront accessibles 7 jours sur 7 et 24 h sur 24, il suffira de suivre les indications orales du défibrillateur activé.

Des campagnes d'informations sont en cours pour le grand public et dans les établissements scolaires. Ainsi à Cabourg par exemple, une formation gratuite a été proposée, soit par l'association "Cardiologie pour tous", soit par la Mairie. 700 personnes auraient alors été formées. A Caen, prochainement ces formations seront accessibles au grand public et depuis la fin juin 2007 la police municipale est d'ores et déjà opérationnelle.

Par ailleurs, ces Défibrillateurs Automatiques intéressent de plus en plus les communes (la commune de Courseulles sur Mer dans le Calvados doit normalement en installer 8 prochainement) mais également les entreprises.

⁷⁶ Le DA est "un appareil capable de délivrer un choc électrique au travers du cœur afin de re-synchroniser l'activité électrique cardiaque", *La lettre de l'ORS*, novembre 2003.

Le DA montre aussi au patient qu'il peut par lui-même être acteur des secours d'urgences.

D'autres innovations en ce domaine ont eu lieu en Basse-Normandie et au CHU de Caen en particulier. Ainsi en 2005, il était le premier hôpital de France à se doter de "veste de survie". Il s'agit d'un harnais muni d'électrodes qui enregistre les rythmes cardiaques en continu et qui envoie une décharge électrique par le biais d'électrodes si le rythme cardiaque est trop élevé et que le patient perd connaissance.

Le DA s'inscrit dans une poursuite logique, mais il s'adresse à un plus large public, c'est-à-dire à tous ceux qui pourraient souffrir d'insuffisance cardiaque.

Cependant, après avoir envisagé une information et une formation accessible à tous, il faut aussi se pencher sur les problèmes actuels et notamment en démographie médicale. En effet, quelles sont les solutions apportées à court ou à long terme à ce problème spécifique ?

4.3. LA REPONSE STRUCTURELLE AUX PROBLEMES DE DEMOGRAPHIE MEDICALE AU NIVEAU REGIONAL : ANALYSES ET ENJEUX

Concernant la démographie médicale, la situation est plus ou moins grave selon les zones rurales et urbaines de la région.

En partie 1, une présentation des zones isolées a été faite afin de cibler les réponses à apporter.

Ainsi, au cours de l'étude, différents modèles et solutions ont été décrits.

La régulation déportée par exemple est la façon de répondre à la pénurie de médecins pour la régulation libérale. Mais également une bourse spécifique a été mise en place par le Conseil Général de la Manche pour inciter les jeunes médecins à venir s'installer en zones rurales isolées. Cette bourse, pouvant aller jusqu'à 34 800 euros, est ainsi proposée à certains étudiants en médecine en échange d'un engagement pendant au moins 10 ans dans une zone de carence du département.

Plus précisément, nous allons nous concentrer sur deux parties spécifiques :

- les aides proposées par le Conseil Régional et l'URCAM en fonction de certaines conditions ;
- les enjeux relatifs à la délégation (ou transfert) de compétences.

4.3.1. Les actions régionales : des dynamiques pour l'amélioration de la démographie médicale et une nouvelle organisation de l'offre de soins⁷⁷

L'arrêté n° 2006/01 fixe les zones dites isolées sur le territoire (voir partie I). Afin d'apporter des solutions aux problématiques de démographie médicale, un colloque⁷⁸ avait été organisé le 4 février 2006 par l'URCAM, la Région Basse-Normandie et l'URML. Ces derniers ont alors envisagé de mettre en place certaines mesures pour aider des projets d'installations sous certaines conditions.

Les objectifs poursuivis sont les suivants⁷⁹ :

- aider les médecins installés à améliorer leur devoir d'exercice, en favorisant entre autres la création de structures pluridisciplinaires, permettant notamment la mutualisation des moyens ;
- améliorer la répartition de l'offre de soins en assurant un maillage territorial cohérent ;
- favoriser l'installation de nouveaux médecins en particulier les jeunes vers les zones sous médicalisées ou fragiles, en offrant des conditions d'exercice attractives.

En ce sens, deux mesures ont été envisagées :

- l'ingénierie de regroupement ;
- l'accompagnement méthodologique et financier de projets.

4.3.1.1. L'ingénierie de regroupement

Le fonds d'ingénierie de regroupement est géré par l'URML et est abondé par la Région et l'URCAM chacun pour moitié.

Afin de pouvoir en bénéficier, les projets doivent répondre à certains critères :

- ils doivent concerner un secteur reconnu en difficultés ;
- ils doivent regrouper au moins 4 professionnels de santé, dont 2 médecins généralistes ;
- ils doivent faire l'objet d'une définition d'un projet professionnel commun et partagé par les professionnels de santé.

En 2006, 9 projets ont eu cette prestation. En 2007, le fonds commun était de 700 000 euros.

⁷⁷ Conférence de presse du 5 avril 2007 : "Une médecine en milieu rural pour demain : qu'en est-il aujourd'hui en Basse-Normandie ?", Région Basse-Normandie, URCAM BN, URML BN.

⁷⁸ "Une médecine générale en milieu rural pour demain ? ça se prépare aujourd'hui en Basse-Normandie".

⁷⁹ Voir conférence de presse du 5 avril 2007.

4.3.1.2. L'accompagnement de projets

A l'issue des travaux d'ingénierie, les professionnels de santé qui vont se regrouper doivent préciser le contenu de leur projet médical en ce qui concerne la continuité, la coordination et la qualité de soins.

Les partenaires régionaux peuvent participer financièrement. Le Conseil Régional finance à hauteur de 30 % des dépenses HT pour l'investissement immobilier dans la limite de 150 000 euros. Un Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) peut être demandé à l'URCAM. De plus, des participations départementales peuvent être accordées. Par exemple, le Conseil Général de la Manche⁸⁰ offre la possibilité aux communes de créer une maison médicale pluridisciplinaire (montant attribué à hauteur de 40 % maximum du projet avec un plafond de 92 000 euros). Dans la Manche, des projets ont été créés à Picauville, Saint Samson de Bonfossé, Gavray...

Par ailleurs, la carte suivante montre où se situent les projets régionaux en cours, bénéficiaires d'ingénierie.

Cette mobilisation institutionnelle cherche à répondre aux attentes des médecins et des futurs médecins. En effet, une enquête réalisée en 2000 par l'URML et l'URCAM⁸¹ avait cherché à entrevoir les souhaits des médecins quant à leurs conditions de travail. En avril 2000, un questionnaire avait été envoyé à l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes. Il en résultait alors, pour une grande partie des médecins âgés principalement de 30 à 40 ans, des demandes exprimées pour des regroupements, des associations afin de pouvoir exercer plus facilement.

Les instances régionales ont voulu, par le biais de ces financements, combler les souhaits des médecins.

Dans cette enquête, ce qui ressort en priorité, c'est la nécessité réclamée par les médecins libéraux de tout âge d'avoir un aménagement de leur temps de travail, aménagement qui peut toutefois être fait par l'intermédiaire d'un regroupement et d'un travail plus coopératif avec d'autres médecins.

⁸⁰ Article Ouest-France "Professionnels de Santé : J.F. LE GRAND réagit", 4 avril 2007.

⁸¹ *Démographie médicale en Basse-Normandie, déterminant de l'installation des médecins, projets examinés par les médecins, difficultés et attentes des médecins.*

CARTE "LES PROJETS DE MAISONS MEDICALES"

4.3.2. Le transfert de compétences

Partant du principe qu'il était de plus en plus difficile de trouver des médecins dans certaines zones, des expérimentations ont eu lieu contribuant à transférer ou à déléguer certaines compétences par le biais de protocoles précis à des infirmiers ou à des secouristes. Ainsi, la personne "déléguée" suivrait à la lettre un protocole qui lui permettrait d'accomplir certains gestes ou d'administrer certains médicaments sans pour autant avoir le diplôme de médecin.

Des expériences ont été réalisées à l'étranger, notamment aux Pays Bas. L'article "*Ambulancezorg : un système bien rôdé*⁸²" en témoigne. Il explique que la "paramédicalisation" de la victime commence dès l'arrivée de l'ambulance. L'équipe est alors composée d'un "infirmier paramédical" formé aux situations de l'urgence vitale et d'un conducteur. L'infirmier paramédical peut pratiquer les gestes nécessaires à sauver des vies à l'aide d'un protocole. Cet infirmier bénéficie d'une formation de 4 ans qui peut être complétée par une spécialisation comme la cardiologie, les soins intensifs ou les urgences.

La régulation médicale s'adresse directement à ces ambulances.

Le mode de fonctionnement est également pratiqué en Finlande, au Canada, en Israël, en Autriche, en Suisse... par exemple.

En France, en octobre 2003, un rapport d'étape a été présenté par le Professeur Yvon BERLAND, intitulé "Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences".

Les conclusions de ce rapport mettent en avant le fait qu'il est jugé indispensable et urgent d'envisager le transfert de compétences. Celui-ci permettrait ainsi de faire face, en partie seulement, à la diminution annoncée de la démographie médicale. Il permettrait aussi selon M. BERLAND d'optimiser le système de soins, de régulariser des pratiques existantes non reconnues, d'éviter la mise en place d'organisations parallèles, source de conflits et de baisse de la qualité de soins, d'apporter une légitime reconnaissance à certains professionnels paramédicaux⁸³.

Cependant, certains principes doivent, selon lui, orchestrer cette délégation de compétences, notamment en ce qui concerne la formation (indispensable et approfondie), la relation entre le médecin et les acteurs paramédicaux (une collaboration est encouragée) et une bonne définition du champ de compétences des acteurs paramédicaux. Il est difficile en effet de donner des responsabilités semblables à un médecin (qui a fait au minimum 7 ans d'études) et à un infirmier par exemple.

Par ailleurs, ce rapport se concentre sur le transfert des compétences au niveau de la médecine spécialisée, en ophtalmologie par exemple ou en chirurgie, et non spécialement pour les urgences médicales à l'intérieur des ambulances des VSAV, voire des SMUR.

⁸² *Le sapeur pompier magazine*, n° 985, décembre 2006.

⁸³ Page 45.

En parallèle, une étude a été réalisée en Basse-Normandie en 2005 par l'URCAM et la faculté de sciences économiques et gestion de l'Université de Caen⁸⁴, présentant une enquête auprès de cardiologues de la région pour savoir si des tâches peuvent être déléguées ou non. La conclusion de ce travail montre alors que 5 tâches peuvent être déléguées. Par ailleurs, cette étude retrace les différentes expériences qui ont eu lieu en France concernant le transfert de compétences.

Ainsi, au SMUR de Toulon, le médecin à bord a été remplacé par un infirmier et en mai 2003, après 72 interventions, aucune plainte n'a été enregistrée. Une autre expérience a été réalisée dans la région Poitou-Charentes, intitulée Action de Santé Libérale En Equipe (ASALEE), et repose sur un collaborateur paramédical salarié, présent au sein d'un cabinet médical, à même d'intervenir sur prescription du médecin. Il s'occupait ainsi principalement de l'éducation sanitaire, du dépistage individualisé et de l'anticipation de l'inflation de la demande en réorganisant les soins. Au bout de 6 mois, en janvier 2005, un bilan a été réalisé montrant l'utilité de ce poste, mais soulignant aussi la difficulté de recruter du personnel pour cette tâche, le salaire étant trop peu motivant.

Plusieurs expériences montrent alors que la délégation de compétence peut fonctionner de façon optimale pour certaines tâches. Toutefois, il convient aussi de vérifier ces affirmations par de nouvelles expériences. Cette perspective est donc à remettre dans son contexte et à analyser dans les prochaines années.

En outre, si l'exemple des autres peut inspirer les méthodes françaises, c'est qu'il faut penser désormais en terme d'enjeux européens.

4.3.3. Enjeux européens

L'Union Européenne établit aussi un certain nombre de normes, de traités qui sont des cadres juridiques à prendre en compte dans l'évolution à venir de l'organisation de l'AMU. Il faut aussi penser en terme de frontières et de coopérations, de remboursements des soins, de partages et de communications.

Ainsi par exemple, l'Union Européenne, sensible aux catastrophes naturelles, technologiques, voire terroristes, qui peuvent toucher un de ses membres, a mis en place un centre d'information et de contrôle (MIC)⁸⁵. Il dépend de la direction générale de l'environnement de la commission européenne et assure une surveillance 24 h sur 24 et 365 jours par an de l'évolution des urgences.

Le MIC est ainsi constamment en contact avec les centres nationaux de protection civile et peut mobiliser des ressources au moment même où il reçoit une demande d'assistance internationale.

Dans un autre domaine, le principe de libre circulation dans l'Union Européenne a un impact au niveau des urgences médicales. C'est pourquoi le 112 a été mis en place, de même que le remboursement des frais de santé⁸⁶ pour un ressortissant

⁸⁴ *Le transfert des tâches: une solution au problème démographique des professionnels de santé*, Magali BARDOT.

⁸⁵ *Monitoring and Information Centre (MIC)*.

⁸⁶ Arrêt Kohll et Dechez (28 avril 1998), Cour de Justice, arrêt Smiths et Peerbooms (12 juillet 2001), et Watts (mai 2006), entre autres.

d'un pays de l'Union Européenne se faisant soigner en France par exemple ou dans un autre pays que le sien d'origine.

Enfin, au niveau local des conventions existent afin de faciliter les échanges hospitaliers. Les coopérations sanitaires transfrontalières ont donc été mises en place sur certains territoires. En voici quelques exemples (entre autres) :

- Depuis juin 2002, le SMUR français de Wissembourg assure les urgences de nuit sur le territoire allemand. Il respecte les règles de droit allemand. En parallèle, des patients français sont traités en Allemagne et des professionnels de santé allemands (médecins, sages-femmes) sont autorisés à pratiquer en France.
- Une convention de coopération transfrontalière existe pour les grands brûlés entre la CRAM Alsace Moselle, la MSA d'Alsace, la CPAM de Strasbourg, le SAMU 67, le SAMU 68 et le centre de grands brûlés de Ludwigshafen et la Croix Rouge de Ludwigshafen.

Des conventions existent aussi pour les ressources humaines et la formation professionnelle. Le citoyen européen peut aussi choisir son médecin traitant dans un autre état de l'Union Européenne.

Ces évolutions restructurent l'Aide Médicale Urgente en France, d'une part par le respect des grands principes de libre circulation des biens et des personnes (le remboursement des actes médicaux est autorisé, le choix du médecin traitant aussi), et d'autre part, par les nécessaires collaborations qui poussent les secours français à s'intéresser, voire à se réadapter par rapport aux autres pays.