

L'AIDE MEDICALE URGENTE

EN BASSE-NORMANDIE

AVIS

**du Conseil Economique et Social Régional de Basse-Normandie
adopté à l'unanimité moins 6 abstentions**

Séance du 22 octobre 2007

L'AIDE MEDICALE URGENTE

Après y avoir déjà consacré une étude en 1987, le CESR de Basse-Normandie a voulu se pencher une nouvelle fois sur la problématique de l'Aide Médicale Urgente (dans le sens plus précis de l'organisation des secours d'urgences) sur le territoire bas-normand.

L'Aide Médicale Urgente (AMU) peut se définir comme le dispositif mis en place pour apporter un secours aux victimes d'un accident ou d'une affection brutale et inattendue. Elle doit donc se penser en lien avec un système d'alerte qui permet à la victime ou aux témoins de demander l'intervention des services mobiles. Elle intègre aussi la notion de chaîne de secours, c'est-à-dire la collaboration de différents intervenants, du témoin à la prise en charge médicale (libérale ou hospitalière), en passant par des secouristes, des ambulanciers, qui jouent chacun un rôle spécifique.

Le déclenchement de la chaîne de secours et le traitement de la demande urgente passent en général par quatre phases successives :

- la phase d'appel, effectuée, soit par l'intéressé, soit par un témoin vers un centre de secours (SAMU-Centre 15, SDIS-Centre 18 ou 112...),
- la phase d'intervention primaire sur le terrain qui suppose l'intervention d'un tiers habilité pour réaliser les premiers gestes de secours,
- la phase d'intervention des secours dite d'urgences et de mise en conditions pour le transport,
- la phase d'accueil dans les services d'urgences.

Il existe différentes définitions de l'urgence médicale en fonction de la gravité de l'événement, mais aussi du ressenti du patient, voire des témoins. L'urgence peut être cruciale si elle met en jeu le pronostic vital, vraie en cas de pathologies graves ou aiguës, relative ou même différée lorsqu'elle peut être soignée avec délais.

L'Aide Médicale Urgente est en fait concernée par les urgences vitales et vraies, tandis que les urgences relatives et différées seront plutôt prises en charge par la médecine libérale ou, aux heures de fermeture des cabinets médicaux, par l'organisation de la Permanence Des Soins (PDS).

Permanence Des Soins et Aide Médicale Urgente reposent sur deux organisations différentes mais fortement corrélées et d'une bonne mise en place de la première dépendra l'efficacité de la seconde.

C'est sur la base de ces organisations que chaque acteur de l'AMU intervient et collabore pour répondre aux différentes urgences et en tous lieux de leur territoire dont les caractéristiques influent sur la rapidité et l'efficacité des transports sanitaires.

Le présent avis va s'attacher, dans un premier temps, à présenter les spécificités de la région ainsi que les rôles des différents acteurs et les améliorations possibles les concernant. Cette approche favorisera, dans un second temps, la compréhension globale des enjeux et des défis à venir pour l'AMU. Bien évidemment, il s'appuiera sur le volet urgences du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006-2011 (SROS III). En effet, désormais opposable, ce schéma élaboré par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation développe un certain nombre de dispositions et préconisations visant à améliorer le fonctionnement de l'AMU.

1. LES SPECIFICITES REGIONALES DANS L'ORGANISATION DE L'AMU

1.1. Les caractéristiques territoriales et leurs influences sur l'AMU

1.1.1. Les évolutions de la population

Avec 1 441 833 habitants au 1^{er} janvier 2004, la Basse-Normandie a vu sa population augmenter annuellement de 0,25 % depuis 2000. La densité est de 82 habitants au km², pour une moyenne française de 111 habitants au km².

Cet écart avec le niveau national ne doit pas masquer l'existence de disparités infrarégionales conséquentes, la densité de population dans le Calvados étant de 120 habitants au km², pour 82 dans la Manche et surtout 48 dans l'Orne.

Par ailleurs, l'indice de vieillissement¹ de la population bas-normande est un aspect majeur de son évolution. Celui-ci se situant à 71,9, la région est alors en deçà de la moyenne nationale (65,3). Mais cet indice est aussi remarquablement différent d'un département à l'autre soit 61,4 pour le Calvados, 80,7 pour la Manche et 82,4 pour l'Orne.

L'AMU doit, entre autres, prendre en considération ces paramètres démographiques importants.

1.1.2. L'état général des infrastructures et la couverture numérique du territoire

Les infrastructures routières contribuent pour une large part à la bonne mise en place des dispositifs de l'AMU dans une région. Il existe en effet un lien entre le nombre d'accidents et l'état des routes mais aussi entre rapidité des transports sanitaires urgents et qualité du réseau routier.

- *L'importance du réseau routier pour l'AMU*

En Basse-Normandie, globalement, les autoroutes et les routes nationales, moins meurtrières que les routes départementales (respectivement 16 % et 3 % du nombre de tués contre 68 %) sont bien réparties sur le territoire. Cependant, il convient de souligner ici que, même si des efforts ont été faits à ce sujet, il reste un

¹ L'indice de vieillissement représente le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de 20 ans et moins.

triangle moins bien irrigué entre Caen, Avranches et Alençon (bocages calvadosien et surtout ornais) et qui génère une certaine inégalité d'accès aux soins.

- *Les contraintes touristiques et maritimes*

La Basse Normandie présente la spécificité d'être bordée par 470 km de côtes habitées et touristiquement fréquentées. Cette situation doit être prise en compte dans l'organisation de l'AMU, notamment en période estivale, pour accroître l'efficacité des secours, tant sur la bande littorale qu'au large.

Pour mieux répondre aux interventions en mer, il existe un projet de création de Service Mobile d'Urgences et de Réanimation (SMUR) à caractère maritime, situé à Granville dans le département de la Manche. Ce SMUR de Coordination Médicale Maritime (SCMM) pourrait utiliser l'hélicoptère de la sécurité civile basé au même endroit. Actuellement, c'est le SCMM du Havre qui est compétent pour l'ensemble du littoral bas-normand. Cette situation n'est pas sans poser de difficultés, notamment en terme de rapidité, compte tenu de la position géographique du département de la Manche par rapport à la ville du Havre. Le projet de SCMM implanté à Granville mérite une attention particulière pour l'équilibre de l'offre de soins.

- *L'efficacité actuelle du réseau de téléphonie mobile*

Généralement, la chaîne de secours est déclenchée par un appel téléphonique vers les centres de réception appropriés. Aujourd'hui, cet appel est effectué de plus en plus via un téléphone mobile.

Malheureusement, certaines zones restent isolées principalement dans l'Orne (zones situées le long de la frontière entre le Calvados et l'Orne, entre la Manche et l'Orne, périmètre entre Alençon et Argentan et une partie du Perche Ornais).

L'exemple de l'AMU montre l'importance d'une couverture totale du territoire en matière de téléphonie mobile dans la région.

- *Les conditions d'accès à Internet*

L'aménagement numérique du territoire en Basse-Normandie est une nouvelle condition indispensable de l'efficacité de l'AMU.

En effet, une grande partie des communications peuvent aujourd'hui se faire via le réseau Internet, directement entre professionnels de santé, ou encore dans le but d'informer la population. Un certain nombre d'informations sont disponibles sur la toile et peuvent permettre de sauver des vies, à l'exemple des sites Internet proposant des numéros téléphoniques d'écoute ou pour faciliter certains secours (urgences sociales, centre anti-poison, violences conjugales...).

Dans le département de la Manche, de véritables avancées ont été obtenues grâce à l'investissement humain et matériel réalisé par le syndicat mixte Manche Numérique. A terme, à l'aide de réseaux WIFI, WIMAX et ADSL, l'ensemble de la population de ce département pourra disposer d'un accès internet.

Dans le Calvados et dans l'Orne, les solutions WIMAX et ADSL ont été choisies pour couvrir le territoire départemental (90 % des habitants du Calvados à la fin 2005 et 86 % pour l'Orne).

1.2. Une multiplicité d'intervenants et leur organisation

Les intervenants sont nombreux à interférer au sein de l'AMU et à assurer la mise en place de la chaîne de secours.

1.2.1. Les médecins libéraux²

Les médecins libéraux se trouvent souvent en première ligne de l'urgence médicale.

Une victime (ou des témoins), dans le cadre d'une demande de soins urgents, peut faire appel directement au médecin libéral. Celui-ci peut pour y répondre, soit se déplacer, soit délivrer un conseil médical, soit faire appel **au Centre 15** pour l'envoi de secours spécifiques.

Il est important de savoir que les médecins généralistes libéraux se sont organisés pour assurer une Permanence Des Soins, c'est-à-dire une réponse à la demande de soins non programmée en dehors de l'ouverture des cabinets médicaux (de 20 h à 8 h en semaine, les dimanches et les jours fériés). Cependant, dans les trois départements bas-normands, de 0 h à 8 h, les patients sont orientés directement vers les services d'urgences via le Centre 15.

Chaque département met alors en œuvre de 20 h à 0 h son propre système de gardes.

- *Le fonctionnement de la Permanence Des Soins*

Le Calvados est découpé en 8 zones distinctes au sein desquelles est implanté un "point garde" où un patient est envoyé, après régulation par le Centre 15, pour consulter un médecin de garde sur la zone. Cependant, au sein de l'agglomération caennaise, la régulation étant toujours opérée par le Centre 15, c'est l'association SOS Médecins qui assure la PDS et qui se déplace chez le patient (sauf s'il est demandé au patient de se rendre au centre de consultation récemment mis en place par cette même association).

Cette organisation semble bien fonctionner. La coordination organisationnelle et la gestion financière sont opérées par l'ADOPS³.

Dans le département de la Manche, le système est plus complexe. Les secteurs de PDS pour les soirs de semaine sont différents de ceux de fins de semaine et des jours fériés. Des Maisons Médicales de Gardes (MMG)⁴ ont été créées pour certains secteurs (Avranches, Saint-Lô, Coutances et Granville), accessibles uniquement après régulation par le 15. Sur l'agglomération de Cherbourg, l'association SOS Médecins gère la PDS.

La circulaire du 23 mars 2007⁵ insiste sur la pertinence des MMG comme forme d'organisation, lorsque celles-ci répondent à certains critères d'implantation,

² Médecins d'exercice libéral.

³ Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins.

⁴ Une MMG est 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.

⁵ 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.

d'effectifs, de période d'ouverture et de relations avec les structures hospitalières existantes. Là où il n'existe pas de MMG, la PDS est assurée par des médecins de gardes. Les MMG sont donc encouragées au niveau national, mais elles doivent être évaluées et analysées en fonction de leur réelle efficacité et accessibilité sur les secteurs de PDS.

Dans l'Orne, où la démographie médicale est la plus préoccupante, il existe 15 secteurs de garde. Le médecin assurant la garde du secteur répond, après régulation par le Centre 15, aux demandes de soins relevant de ses compétences de 20 h à 0 h. Par ailleurs, l'Orne est un des premiers départements à avoir mis en place des Médecins Correspondants du SAMU. Ayant reçu une formation spécifique aux gestes d'urgences et à l'utilisation du matériel, ils peuvent, à la demande du SAMU, prendre en charge les urgences vitales dans les zones géographiques isolées où la dispersion de la population ne permet pas l'implantation de structure médicalisée mobile lourde.

L'organisation de la PDS dans l'Orne fonctionne correctement grâce à la mobilisation collective des médecins. Toutefois, compte tenu des difficultés croissantes liées à la démographie médicale déclinante, l'Orne s'orienterait vers un système comparable à celui du Calvados avec une réduction du nombre de secteurs.

- *L'évolution de la démographie médicale*

L'avenir de l'organisation de la PDS est largement conditionné par l'évolution de la démographie médicale qui constitue une problématique primordiale en Basse-Normandie. En effet, le nombre de médecins généralistes en exercice pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2004 est de 97 (soit 107 dans le Calvados, 92 dans la Manche et 82 dans l'Orne) pour un taux national de 113 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Le département de l'Orne est donc le plus concerné par ces enjeux, d'autant plus que 66 % de ses médecins sont âgés de plus de 50 ans.

- *Les mesures territoriales de réponse aux problèmes de la démographie médicale*

La Région Basse-Normandie, consciente du caractère préoccupant de ce problème et de son évolution, a mis en place en partenariat avec l'Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladies (URCAM) et l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) des mesures spécifiques en cherchant à créer un guichet unique d'informations à même de faciliter les regroupements de professionnels de santé sur les zones déficitaires. Ces trois institutions proposent alors des aides à ces professionnels pour concevoir leur projet médical, déterminer leurs objectifs communs et définir l'organisation future du projet. Une fois cette étape accomplie, les professionnels peuvent bénéficier de journées d'ingénierie destinées à trouver le financement adéquat à leur projet.

Ces interventions s'inscrivent dans une réelle volonté de changement structurel de la situation en Basse-Normandie. 9 projets ont déjà bénéficié de ces aides.

Par ailleurs, le Conseil Général de la Manche a mis en place un système de bourses pour les étudiants qui s'engagent à exercer 10 ans en milieu rural à la fin de leurs études.

1.2.2. Les Services d'Aide Médicale Urgente - Centres 15 et les SMUR

Il existe un Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) par département en Basse-Normandie. Trois missions lui incombent, précisément une mission opérationnelle quotidienne, une mission d'éducation sanitaire de prévention et de recherche et enfin une mission opérationnelle en situation d'exception.

Il est doté d'un numéro unique et gratuit, le 15, géré par le Centre de Réception et de Régulation des Affaires (CRRRA) ou "Centre 15".

Les Centres 15 remplissent les trois missions des SAMU et effectuent la **régulation médicale**, c'est-à-dire assurent la gestion de l'envoi des moyens médicaux ainsi que les évacuations dans le cadre de l'AMU. Cette régulation est obligatoirement réalisée par un médecin, dit médecin régulateur⁶, lequel en fonction de la gravité de l'urgence peut décider de la nature de l'intervention :

- orientation vers un médecin libéral ou envoi sur place d'un médecin libéral,
- envoi d'une ambulance,
- envoi d'un Véhicule de Secours et d'Aide aux Victimes (VSAV) pompiers,
- envoi d'un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation...

La régulation médicale a donc une place centrale dans l'AMU car le médecin peut réellement évaluer les moyens véritablement adaptés pour répondre aux besoins de l'urgence médicale.

Les SAMU-Centres 15 ont pour autre mission importante l'organisation de formations dans le cadre du Centre d'Enseignement et de Soins d'Urgences (CESU). Ils forment notamment le personnel des hôpitaux, d'institutions non hospitalières, des ambulanciers privés, les étudiants... Cette activité s'inscrit tant dans la formation initiale que continue.

- *Une activité en augmentation constante*

L'activité des SAMU-Centres 15 diffère selon les départements. Celui du Calvados totalise le plus grand nombre d'appels : 190 524 en 2002 pour 74 819 dans la Manche et environ 80 000 dans l'Orne la même année. Globalement, entre 2000 et 2002, le nombre d'appels a considérablement augmenté (+ 40,1 % dans le Calvados, + 78,1 % dans la Manche et + 143,2 % dans l'Orne). Des disparités s'observent également selon les bassins d'emploi, en fonction du vieillissement et des modes de vies de la population.

L'augmentation croissante de ces appels sur plusieurs années a différentes origines, notamment les évolutions de la société et le rôle primordial joué par la régulation médicale.

De ce fait, ce surcroît d'activité engendre des problèmes de saturations des lignes à certaines périodes (fin de semaines, jours fériés...). La réponse à ces difficultés passe par la disposition d'outils techniques adaptés et du personnel en nombre suffisant.

⁶ Même si l'appel est réceptionné, en premier lieu, par un Permanencier auxiliaire d'Aide à la Régulation Médicale (PARM) qui recueille les informations principales avant de lui transmettre.

- *La mise en place de la double régulation*

Le développement de la double régulation qui repose sur la présence conjointe au Centre 15 d'un médecin libéral (pour la régulation de la PDS) et d'un médecin urgentiste (pour la régulation de l'AMU) est un aspect majeur d'évolution dans l'AMU.

Dans le Calvados, cette double régulation est d'ores et déjà effective tous les jours et quasiment 24 h sur 24, ce qui permet aux médecins régulateurs de se partager le travail en fonction de l'urgence. Seules deux matinées par semaine ne sont pas couvertes par le médecin libéral.

Dans la Manche et dans l'Orne, la double régulation n'est pas mise en place de façon permanente, mais seulement à certaines heures et selon certains procédés.

Ainsi dans la Manche, la régulation libérale est effectuée par les médecins libéraux du département le samedi après-midi et le dimanche. En outre, elle sera prochainement assurée de 20 h à 0 h par des médecins libéraux basés au standard de SOS Médecins à Cherbourg, puis de 0 h à 8 h par le SAMU-Centre 15 du Calvados.

Dans l'Orne, le système est quelque peu différent. La régulation déportée est utilisée aussi, comme dans la Manche, sauf qu'en semaine de 20 h à 0 h, les médecins libéraux peuvent réguler directement de leur domicile ou de leur cabinet. Ils évitent ainsi un déplacement jusqu'à Alençon, ce qui peut être long et loin pour certains d'entre eux. De 0 h à 8 h, la régulation libérale est aussi effectuée par le SAMU-Centre 15 du Calvados.

En déportant ainsi, pour les heures de nuit profonde, la régulation relative à la PDS vers le Calvados, les acteurs de l'AMU ont réussi progressivement à la mettre en place, au moins pour le soir. Le nombre de médecins libéraux dans les deux autres départements n'était pas suffisant pour la réaliser directement au siège de leur SAMU respectif.

La double régulation en journée deviendra cependant incontournable à terme.

- *Les sorties des SMUR*

L'envoi des moyens SMUR est décidé par le SAMU-Centre 15 en réponse à une détresse urgente.

Leur équipage est obligatoirement composé d'un médecin urgentiste, d'un infirmier et d'un ambulancier.

Il existe 20 SMUR en Basse-Normandie situés à 30 minutes maximum des lieux d'intervention (soit 40 minutes avec un véhicule classique). En 2005, les SMUR de la région ont effectué 15 000 sorties.

Seul le SAMU-Centre 15 de l'Orne dispose d'un hélicoptère⁷ (qui a effectué un total de 449 sorties⁸ en 2005). Le SAMU du Calvados fait souvent appel à cet hélicoptère ou à celui de la sécurité civile basé au Havre. Ainsi, une large part des sorties de l'hélicoptère de l'Orne concerne, entre autres, des allées et venues vers le CHU de Caen, certaines pathologies ne pouvant être soignées ailleurs (neurologie,

⁷ Voir plus haut 1.1.

⁸ Primaires et secondaires.

cardiologie...). Le SAMU-Centre 15 du Calvados insiste de ce fait sur l'utilité de l'implantation d'un hélicoptère au CHU de Caen.

1.2.3. Les SDIS et les Centres 18

Les Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS) sont gérés administrativement par le Conseil Général et opérationnellement par le Préfet de département. Les SDIS disposent aussi d'un numéro unique et gratuit, le 18, réceptionné par le Centre de Traitement et d'Alerte (CTA) et par le Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours (CODIS), ce dernier étant l'organe de coordination de l'activité opérationnelle.

Par ailleurs, en Basse-Normandie, les SDIS répondent aussi aux appels provenant du **112**, numéro d'urgence européen, accessible depuis n'importe quel téléphone (mobile ou fixe) et partout dans l'Union Européenne⁹.

Le 18 ou le 112 et le 15 sont interconnectés et le CTA a pour obligation d'informer le Centre 15 dans les cas où les situations nécessitent la mise en œuvre de secours relevant de l'Aide Médicale Urgente. Cette interconnexion peut donc se faire par transfert d'appel ou par conférence à trois et présente le grand avantage d'éviter au patient de répéter plusieurs fois les mêmes renseignements, source de stress, de panique... et de redondance administrative. Cependant, l'interconnexion permet surtout aux acteurs de se concerter et de donner dans les meilleurs délais la réponse la mieux adaptée possible à une situation vécue comme urgente.

Elle suppose en outre de bons réseaux de télécommunications et, sur ce point, une véritable avancée devrait prochainement intervenir (d'ici la fin 2007) avec la mise en place au niveau national du réseau ANTARES, réseau de radio-télécommunications numériques pour les services publics, testé dans le département de l'Ain. Sa généralisation constituera un progrès pour l'AMU.

- *La place importante du secours à personnes dans l'activité globale*

Les opérations de secours des SDIS sont diverses et variées (incendies, accidents de la route, secours à victimes...). Au niveau national comme dans les trois départements bas-normands, c'est le secours à victimes qui représente la partie la plus importante de l'activité globale (60 % en 2005 de l'activité nationale des SDIS, 55 % dans le Calvados, 67 % dans la Manche et environ 50 % dans l'Orne). Cette forme d'activité témoigne ainsi de leur rôle majeur dans l'Aide Médicale Urgente.

Les SDIS disposent de véhicules spéciaux, adaptés au secours à personnes, les Véhicules de Secours et d'Aide aux Victimes (VSAV), armés par trois ou quatre sapeurs pompiers secouristes.

De même, la couverture territoriale des centres d'intervention est établie de façon à être équilibrée sur l'ensemble du département. Ainsi on dénombre 52 centres d'intervention dans le Calvados, 58 dans la Manche et 40 dans l'Orne. Ces centres sont composés de sapeurs-pompiers professionnels et/ou volontaires en plus ou moins grande proportion selon l'emplacement géographique. Dans l'Orne par exemple, 95 % des sapeurs-pompiers sont volontaires.

⁹ Décision du Conseil des Communautés Européennes du 29 juillet 1991.

- *Les difficultés du volontariat*

Les SDIS sont de plus en plus confrontés à un phénomène d'effritement du volontariat, notamment dans le milieu rural. Pour pallier ce phénomène, le SDIS de l'Orne par exemple a mis en place une cellule spécifique chargée de sensibiliser et de recruter des volontaires. Ce problème risque de prendre de l'ampleur d'années en années si aucune solution n'est trouvée rapidement. Des initiatives comme celle qui promeut le label "Employeur partenaire des sapeurs-pompiers" (faisant partie du plan d'actions relatif à la disponibilité des sapeurs-pompiers volontaires signé en 2006 entre l'Etat, les pompiers et des représentants d'entreprises) doivent pouvoir être encouragées puis développées dans la région.

1.2.4. Les ambulanciers privés

Les ambulanciers privés sont des acteurs de la chaîne de soins et ont pour rôle le transport et la surveillance de malades ou de blessés. Ils répondent aux urgences médicales régulées par le Centre 15 de chaque département.

Les ambulanciers mettent en place également la garde ambulancière de 20 h à 8 h et effectuent des sorties après régulation par le Centre 15. Dans chaque département bas-normand, le système de garde est spécifique (organisé par l'association la plus représentative¹⁰), et le nombre de secteurs varie. Ainsi le Calvados est découpé en 6 secteurs de gardes, la Manche en 11 et l'Orne en 9, secteurs plus ou moins similaires en nombre d'habitants et en superficie.

Les ambulanciers privés qui assurent la garde doivent se rendre sur un site dédié sur le secteur (ou pôle de permanence), basé au centre hospitalier ou non, reconnu par toutes les entreprises participant au système de garde. La détermination de ce site est obligatoire, mais il semble que dans l'Orne seuls 4 pôles sur 9 fonctionnent réellement. Ce dysfonctionnement peut poser des problèmes dans l'organisation de l'AMU et il serait utile d'y remédier.

1.2.5. Les services d'urgences des hôpitaux

Les "structures des urgences", nommées ainsi depuis les décrets du 22 mai 2006, classification effective depuis le 31 mars 2007, doivent avoir reçu une autorisation de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH). Cette nouvelle classification établit que chaque structure doit être en mesure d'accueillir le patient en fonction des besoins de sa prise en charge.

La Basse-Normandie dénombre 23 services d'urgences répartis de façon équilibrée sur le territoire (seul 1,2 % de la population serait distant de plus de 30 minutes d'un service d'urgence).

En 2005, 437 500 primo-passages¹¹ ont été dénombrés avec une grande hétérogénéité selon les territoires (250 pour 1 000 habitants dans les bassins de Saint-Lô, Coutances, Deauville et 340 pour 1 000 habitants dans les bassins

¹⁰ Association des Transports Sanitaires Urgents dans la Manche et dans l'Orne et Association Départementale de Réponse à l'Urgence dans le Calvados.

¹¹ Les primo passages concernent les passages des personnes se présentant aux urgences pour un problème autre que pour une re-convocation pour soins (ablations de plâtres, pansements..) ou pour un problème social (femme battue, garde à vue...).

d'Aunay-sur-Odon, Alençon et Falaise). En 2002, les primo-passages n'étaient que de 321 005.

Le taux d'hospitalisation en 2005 correspond à 29 % de l'ensemble des primo-passages pour un taux national situé en 2007 à 25 % environ. Ce chiffre n'est pas véritablement un indicateur potentiel de la venue, justifiée ou non, aux services d'urgences, l'hospitalisation n'étant pas toujours nécessaire pour certaines urgences médicales.

Il convient de souligner toutefois que de nombreux problèmes d'engorgements des services d'urgences existent en Basse-Normandie et particulièrement à certaines heures ou en fin de semaine. Ils ont de multiples causes (déplacements directs sans appel au 15, mauvaise répartition des patients entre les hôpitaux due aux orientations effectuées ou au choix de la population elle-même...) et il est difficile actuellement d'enrayer ce phénomène.

- *La mise en place d'un "réseau des urgences"*

Une circulaire du 13 février 2007 impose la création d'un réseau des urgences pour permettre, entre autres, l'accès facilité à une structure des urgences de proximité et à une coordination des actions et des moyens pour les établissements de santé sur le territoire. Elle impose également la définition d'un cadre commun et partagé de bonnes pratiques de prises en charge et d'orientation afin à la fois de répondre à une qualité optimale de soins, mais aussi de garantir la sécurité et la continuité de ces prises en charges par l'accès à des spécialités ou à des capacités d'hospitalisation adaptées aux besoins des patients...

En résumé, il s'agit avec cette réforme d'articuler l'amont et l'aval des services d'urgences de façon cohérente en y intégrant les acteurs de la PDS libérale. Une telle organisation des urgences va dans le sens d'une promotion d'une meilleure coordination et coopération entre les services d'urgences d'une part et entre l'ensemble des centres hospitaliers d'autre part, afin d'éviter les problèmes de saturation mais aussi d'orientation inadaptée des patients et donc de répartition dans les services d'urgences.

La majorité de ces principes d'évolutions et de changements des services d'urgences sont pris en compte dans le volet urgences du SROS III¹². A ce propos, le CESR attire l'attention sur l'importance de la qualité de l'accueil dans les services d'urgence qui repose avant tout sur une bonne information auprès des patients et leurs accompagnants. Il en va tant de l'intérêt des acteurs médicaux et paramédicaux que de celui des patients et des visiteurs, et partant du bon fonctionnement des services.

1.2.6. Les autres acteurs présents sur le terrain : gendarmerie, associations secouristes, aide médicale en mer...

La gendarmerie gère aussi un numéro national unique et gratuit pour répondre aux urgences, le 17. Celui-ci peut être composé par une victime ou par un témoin dans le cadre d'une demande de soins urgente. La gendarmerie a donc pour rôle de

¹² Cf. étude page 134.

donner l'alerte, de faciliter les moyens d'interventions appropriés (SAMU, SDIS), d'enregistrer les faits et d'établir des constats...

Les gendarmes disposent alors d'un Centre d'Opération et de Renseignements (de la Gendarmerie) centralisé au niveau départemental fonctionnant 24 h sur 24.

En Basse-Normandie, il y a 3 CORG à raison d'un par département.

D'autres acteurs jouent un rôle direct sur le terrain, il s'agit des associations de secourisme et du CROSS Jobourg.

Les premières sont présentes dans la formation aux gestes de premiers secours et dans la réponse aux catastrophes de grande ampleur. Ainsi, la Croix Rouge par exemple propose des formations comme l'Initiation aux Premiers Secours et l'Attestation de Formation aux Premiers Secours (AFPS)¹³. Il convient de souligner sur ce point qu'un dispositif¹⁴ d'éducation aux gestes de premier secours est mis en place, au niveau national, dans les écoles à partir de la maternelle jusqu'au collège. En Basse-Normandie, il commence à être opérationnel.

1.2.7. L'aide médicale en mer

Le CROSS Jobourg a pour mission principale d'assurer la recherche et le sauvetage en mer. Il assure 24 h sur 24 la surveillance maritime, l'écoute et la réception des alertes en effectuant une veille permanente avec les moyens de télécommunications dont il dispose (radio, téléphone...). En 2006, 76 affaires ayant trait à l'aide médicale en mer étaient gérées par le CROSS Jobourg et régulées par le SAMU du Havre.

De par sa présence et son efficacité sur le littoral, la Société Nationale de Sauvetage en Mer (SNSM) assure également un rôle en matière de secours en mer. Ainsi au niveau régional, du 30 septembre 2005 au 1^{er} octobre 2006, 660 personnes ont été secourues par la SNSM. En Basse-Normandie, il existe deux centres de formation de nageurs sauveteurs, un à Caen, l'autre à Saint Martin de Bréhal dans la Manche. Ils préparent à différentes formations comme le Brevet National de Sécurité et de Sauvetage Aquatique.

1.2.8. Les acteurs administratifs et institutionnels

Outre les acteurs présents directement sur le terrain, des institutions administratives remplissent des fonctions de veille, d'organisation et assurent des financements.

- *La Préfecture*

Elle organise les réunions du Comité Départemental d'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins (CODAMUPS), outil de coopération et de concertation composé de tous les acteurs de l'AMU qui chapeaute directement l'AMU. C'est elle ainsi qui initie les **conventions tripartites**¹⁵.

¹³ L'objectif au niveau national à moyen terme est alors de former 20 % de la population française et de pouvoir sauver 10 000 vies.

¹⁴ Dispositif "Apprendre à porter secours".

¹⁵ Voir 2.1.1.

De même, elle met en place les plans d'urgences globaux comme les plans ORSEC ou rouges qui impliquent la participation de l'ensemble ou d'une partie des acteurs présents sur le terrain. Le préfet maritime met en place quant à lui le plan ORSEC maritime.

- *L'Agence Régionale d'Hospitalisation*

L'ARH, créée en 1996, est chargée, entre autres, de définir le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire. Il convient de rappeler qu'à l'inverse des deux premiers schémas, le SROS III (allant de 2006 à 2011) est désormais opposable et comporte spécifiquement un volet urgence.

Ce nouveau schéma préconise des mesures évolutives (comme le rôle pivot de la régulation par le SAMU-Centre 15, le maillage territorial optimal des SMUR et des services d'urgences, l'établissement du réseau des urgences ou encore l'informatisation des services d'urgences...).

L'ARH est donc un interlocuteur majeur dans l'AMU.

- *L'Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladies*

L'URCAM contribue au dispositif de l'AMU en ce sens qu'elle gère notamment le Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Villes (FAQSV) qui permet de financer divers projets concourant à l'amélioration des pratiques professionnelles, à leur évaluation et au développement des formes coordonnées de prises en charge. En Basse-Normandie, certaines Maisons Médicales de Gardes ont été financées de cette façon. Par ailleurs, l'URCAM et le Conseil Régional financent ensemble des projets de maisons de santé pour répondre aux inégalités territoriales d'offre de soins sur certaines zones isolées.

Notons que l'ARH et l'URCAM président alternativement la **Mission Régionale de Santé**. Créée en 2004, elle a pour objectif, en oeuvrant en faveur d'une régionalisation du système de santé, de maîtriser les dépenses de santé et de répondre à une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire. Cependant, elle n'émet que des propositions.

- *Le Conseil Général*

Il intervient dans l'organisation territoriale des soins en plus de gérer administrativement le SDIS.

Au delà de leurs compétences propres, les intervenants de l'AMU sont amenés à établir des actions collectives. Les défis et enjeux à venir exigeront encore plus une prise en compte efficiente des problèmes liés à la démographie médicale sur le territoire, des coopérations et des interconnexions nécessaires mais aussi une plus grande accessibilité et visibilité de l'AMU auprès de la population comme des professionnels de santé.

2. LES ENJEUX ACTUELS ET A VENIR POUR UNE AMU PLUS EFFICACE

2.1. Les enjeux de la démographie médicale

2.1.1. Un contexte alarmant

La démographie médicale est une thématique préoccupante pour la région Basse-Normandie dans son ensemble. Certaines zones sont particulièrement touchées et sont déficitaires en termes d'activité des professionnels de santé. Ces zones sont situées principalement dans l'Orne, et en milieu rural dans les 2 autres départements.

La situation risque d'empirer d'ici les toutes prochaines années, accentuée par des départs à la retraite nombreux et une attractivité moins grande à mesure que les territoires se désertifient et se trouvent confrontés au vieillissement de la population.

2.1.2. Les solutions à envisager

La région Basse-Normandie a déjà mis en place un système d'aide aux regroupements des professionnels et à leur installation sur les territoires isolés.

En effet, travailler au sein d'un cabinet collectif ou d'une "maison de santé" est une attente nouvelle de ces professionnels de santé.

D'autres mesures peuvent également être envisagées pour faire face au problème de la démographie médicale.

Ainsi, axer une partie des études de ces professionnels sur une sensibilisation de l'exercice en milieu rural est envisageable. Des rencontres, des colloques pourraient être mis en place afin de donner de plus amples informations sur cet exercice particulier et favoriser une certaine attractivité.

En région Bourgogne, des étudiants en médecine qui participent à des stages en milieu rural bénéficient d'aides spécifiques. La région Basse-Normandie pourrait s'inspirer de cette mesure.

Il faut noter également que l'Union Européenne, dans le cadre de certaines politiques d'aide comme le Fonds Européen d'Aide au DEveloppement Rural (FEADER), propose d'interférer en faveur du rééquilibrage de l'offre de soins dans les milieux ruraux isolés. Ainsi, par le biais de ce financement communautaire, des projets de regroupements des professionnels de santé peuvent être élaborés.

Le problème de la démographie médicale doit donc être pensé en termes d'incitation à l'installation, de sensibilisation approfondie et d'adéquation aux modes de vie recherchés aujourd'hui (plus de temps pour soi et pour la famille).

L'organisation de la PDS est tributaire de l'évolution de la démographie médicale et il faudra s'organiser en conséquence pour fournir une réflexion régionale plus uniformisée.

2.2. Encourager les différentes coopérations et interconnexions

2.2.1. L'élaboration des conventions tripartites dans la Manche et dans l'Orne

Une circulaire de mars 2004 rend obligatoire dans chaque département la signature de conventions tripartites définissant les rôles et les responsabilités des SAMU, des SDIS et des ambulanciers privés dans l'organisation de l'AMU. L'objectif est de disposer d'une coordination entre ces trois intervenants pour apporter la meilleure réponse en fonction de la demande et de l'urgence dans un souci de clarté et de complémentarité.

En Basse-Normandie, seul le département du Calvados a mis en place et applique une telle convention. Elle se base sur la régulation par le Centre 15 et donc sur le médecin régulateur qui donne la réponse la plus appropriée possible, en termes de moyens, aux appels liés à l'urgence médicale. Cette réponse nécessite une bonne connaissance à la fois des moyens disponibles mais aussi, encore une fois, du champ de compétences de chacun. Ainsi, la mission de transport sanitaire dans ce département est prioritairement confiée aux ambulanciers privés qui bénéficient d'un agrément délivré par la Préfecture.

Le SDIS agit alors dans d'autres situations, bien définies, mais doit garder des moyens de façon prioritaire pour les interventions qui l'exigent comme les incendies par exemple. Son intervention est cependant systématique lorsqu'il s'agit d'un incident sur la voie publique, pour les accidents de circulation, ou encore en cas de grande urgence. Ce dernier cas est alors nommé situation de prompt secours, cas de figure défini par la circulaire du 18 septembre 1992 comme l'action de secouristes en équipe et qui vise à prendre en charge sans délai les détresses vitales ou à pratiquer des gestes de secourisme. Son intérêt réside alors dans son caractère réflexe et se traduit par l'envoi immédiat d'un VSAV équipé sur le lieu d'intervention. Le Centre 15 est alors immédiatement prévenu, grâce à l'interconnexion, et peut suivre l'ensemble des opérations.

C'est cette situation de prompt secours, entre autres, qui pose aujourd'hui des difficultés pour l'élaboration de la convention tripartite dans la Manche et dans l'Orne, les ambulanciers privés et le SDIS n'arrivant pas à trouver un accord. S'il est évident que le SDIS doit répondre au prompt secours, des efforts peuvent cependant être faits pour trouver un terrain d'entente avec les entreprises de transports sanitaires comme dans le Calvados.

En ce sens, le CESR souhaite qu'à l'instar du département du Calvados, les deux autres départements reprennent les démarches pour parvenir à un accord.

A titre informatif, le Calvados fait partie des 40 départements qui ont signé une convention tripartite.

Il existe un autre type d'accord entre le SAMU et les SDIS qui consiste à envoyer ponctuellement un VSAV à la demande du SAMU. Précisément, en cas de carences d'ambulanciers privés, le SAMU-Centre 15 peut donc faire appel aux pompiers, moyennant le paiement d'un forfait de 105 euros. Afin de connaître plus précisément les disponibilités des ambulanciers privés, le SAMU du Calvados dispose d'un logiciel spécifique permettant de le renseigner sur ce point. Il serait alors pertinent que les deux autres SAMU de la région disposent d'un logiciel

comparable, outil qui aurait l'avantage en outre de faciliter l'entente entre les trois intervenants.

2.2.2. Favoriser les exercices et les formations en commun

Dans le cadre des plans d'urgences de grande ampleur, élaborés et mis en œuvre par la Préfecture de Département, les différents intervenants de l'AMU sont amenés à collaborer directement. Ainsi, la mise en place du plan rouge se base par exemple sur les SDIS, les SAMU, les ambulanciers, la gendarmerie, les secouristes... et nécessite une bonne connaissance du travail de chacun. Si la mise en place d'exercices et de simulations de ces plans vise une meilleure efficacité lors d'une urgence réelle de grande ampleur, elle permet aussi à chaque intervenant impliqué dans la gestion quotidienne de l'AMU de mieux se connaître.

De même, toujours dans l'objectif de faciliter les échanges et la connaissance du travail de chacun, le CESR juge souhaitable d'encourager des formations en communs entre différents intervenants. A titre d'exemple, dans l'Orne, une initiative de cette nature a été mise en place entre les PARM du SAMU-Centre 15 et le personnel récepteur du CTA-CODIS du SDIS.

2.2.3. Envisager des rapprochements stratégiques

En vue d'améliorer les relations entre les différents intervenants, mais également dans le but de bénéficier d'évolutions techniques et économiques, divers rapprochements peuvent être envisagés.

- *Le cas de centres communs par regroupement du 15 et du 18*

Les centres communs sont le regroupement en un même lieu du CTA des SDIS et du CRRA du SAMU. En France, en 2006, 10 "Centres 15-18" fonctionnent, tandis que 20 sont en projet. D'après un rapport IGAS-IGA¹⁶, ces regroupements ont plusieurs avantages indéniables. Ils permettent un déclenchement plus rapide des moyens sapeurs-pompiers en cas de saturation du 15, favorisent les relations entre intervenants du fait de leur proximité, mais aussi dégagent des économies d'échelles importantes (en terme d'équipements, de personnel, de locaux...).

Dans le département de la Manche, une salle de régulation a été construite au SDIS, afin d'y accueillir le personnel du SAMU et de réunir les deux structures en un même lieu. Cependant, pour des raisons entre autres corporatistes, cette salle n'est aujourd'hui occupée que par le CTA-CODIS.

- *Le cas d'un travail partagé des SAMU en Basse-Normandie*

D'autres évolutions sont en cours dans la région. Equipés des mêmes logiciels de régulation, les trois SAMU communiquent entre eux lorsqu'une intervention le nécessite (opération à la frontière entre deux départements ou encore recours à l'hélicoptère du SAMU 61 par exemple). De plus, devant les difficultés des SAMU de la Manche et de l'Orne pour trouver des médecins régulateurs libéraux, la régulation est déportée de 0 h à 8 h, en nuit profonde, de ces deux SAMU vers celui du

¹⁶ Rapport n° 2006-029 et 06-007-02, *Evaluation du nouveau dispositif de Permanence Des Soins en médecine ambulatoire*, mars 2006.

Calvados. La mise en place prochaine d'une telle mesure est une démarche potentielle vers une régionalisation des SAMU en Basse-Normandie. Ainsi, à l'avenir, la régulation pourrait être assurée dans un seul des trois SAMU pour l'ensemble de la région, ce qui permettrait de façon indéniable de réduire les problèmes de recrutement et les contraintes de permanence.

Cette solution semble satisfaire plusieurs institutions (ARH, URCAM...) qui y voient en particulier une réponse aux enjeux de démographie médicale sur le territoire. De surcroît, ce dispositif apporterait une plus grande clarté dans la gestion des interventions et autoriserait une régionalisation des moyens.

Le CESR n'est pas habilité à préconiser une solution plutôt qu'une autre (rapprochement des Centres 15-18 ou des SAMU). Cependant, quelle que soit la solution choisie à l'avenir, elle devra se faire de façon concertée afin de satisfaire l'ensemble des intervenants (sans oublier les ambulanciers privés) et de faciliter leurs relations.

Outre ces rapprochements en terme de moyens humains, il existe d'autres niveaux de coopérations et d'interconnexions liés aux enjeux technologiques.

2.2.4. Mettre la technologie de pointe au service de la coopération

Si les enjeux liés à l'informatisation des services d'urgences sont primordiaux aujourd'hui, il existe d'autres initiatives, fortement corrélées, qui peuvent permettre d'aller plus loin encore, vers plus d'efficacité.

- *Mieux articuler l'amont et l'aval des urgences*

Dans le cadre de la mesure 16¹⁷ du plan gouvernemental "Urgences 2004-2008", des initiatives peuvent être prises pour améliorer la prise en charge aux urgences.

Ainsi, en Région Pays de la Loire, un projet pilote nommé "Informatique embarquée pour les SMUR" a été mis en place en septembre 2006. Un système de connexion avec le SAMU permet au médecin à bord du SMUR de communiquer au préalable certains renseignements médicaux autorisant une prise en charge des patients largement améliorée, une régulation, un suivi et une logistique des interventions de meilleure qualité. Un tel équipement permettra, en cas de nécessité, un transfert de compétences plus facile entre les professionnels de santé.

Un projet comparable peut être mis en place en Basse-Normandie grâce à l'existence du réseau Vikman Santé. Ce réseau à haut débit développé par la région permet de transporter des données lourdes.

D'autres projets sont en cours en Basse-Normandie, comme par exemple l'élaboration du Dossier Médical Personnalisé (DMP) qui devrait être effectif à partir de l'automne 2008 (objectif national). Pour autant, la région a déjà mis en place un projet similaire qui fonctionne depuis avril 2005. Il s'agit de la Plate-forme Régionale

¹⁷ La mesure 16 du plan urgences 2004-2008 vise à organiser un système d'informatisation complet intégrant les activités des structures des urgences, mais aussi des SAMU et des SMUR. Il s'agit alors 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.

d'Information de Santé Mutualisée (PRISM) qui permet de partager les informations médicales des patients entre professionnels de secteur afin d'améliorer la qualité des soins et de faciliter les traitements des dossiers. La question est alors de savoir aujourd'hui comment le projet PRISM et le DMP vont pouvoir évoluer ensemble.

- *Informatiser l'ensemble des passages aux urgences*

A la fin 2007, au niveau national, 85 % des passages aux urgences devront être informatisés. C'est la raison pour laquelle le volet urgences du SROS III aborde l'informatisation des services d'urgences comme une priorité.

En parallèle, la mise en place du réseau des urgences donnera des indications plus précises sur le nombre de lits disponibles dans chaque service à l'intérieur de l'hôpital et, de cette façon, permettre une orientation plus directe et rapide des patients.

Ces nouveaux outils et moyens technologiques amènent à s'interroger sur la sécurisation des échanges. L'accès au DMP par exemple doit être contrôlé afin que seuls les professionnels de santé, avec l'accord du patient, puissent le consulter.

La présence en Basse-Normandie d'un Pôle des Transactions Electroniques Sécurisées constitue une véritable opportunité pour réfléchir à cette problématique.

Enfin, dans le but de faciliter l'orientation et l'efficacité des véhicules de transports sanitaires urgents, le CESR insiste sur leur équipement en GPS¹⁸ de façon prioritaire.

2.3. Améliorer l'accessibilité et la visibilité de l'AMU

2.3.1. Donner à l'AMU une lisibilité globale

Il est indispensable, en premier lieu, de sensibiliser l'ensemble de la population bas-normande à la question de l'AMU. En effet, les enjeux relatifs à la régulation par le 15, les évolutions de la PDS sur un territoire ne sont pas connus de la population et sont en partie à l'origine de phénomènes d'engorgement des services d'urgences.

En ce sens, une initiative a été menée par l'URCAM en 2002, intitulée "Besoin d'un médecin, mode d'emploi", qui explicitait sur un dépliant les gestes et la conduite à tenir en fonction des situations ressenties comme urgentes par la population.

Moyennant une évaluation positive, ce genre d'initiative peut être renouvelé.

Mettre l'accent sur la composition du "15" comme numéro de référence est le point central de la sensibilisation dans le cadre des campagnes d'informations.

De même, pour augmenter le retentissement de ce type de mesures, une annonce radiophonique, voire télévisée sur la chaîne régionale, pourrait compléter et parachever le processus enclenché.

Si la communication joue un rôle important dans l'information de la population, c'est surtout la sensibilisation axée vers les plus jeunes qui tient une place fondamentale. Ainsi, dans les écoles et les collèges, le dispositif nommé "Apprendre à porter secours" est en phase de lancement et doit toucher à terme l'ensemble des

¹⁸ Global Positionning System.

enfants. Ces derniers apprennent alors à acquérir les bons réflexes (appel au 15) et à faire les gestes nécessaires pour sauver des vies. Au collège, les élèves pourront obtenir une Attestation de Formation aux Premiers Secours (AFPS).

Après avoir été expérimenté en Picardie, "Apprendre à porter secours" est donc un dispositif qui va être étendu peu à peu à l'ensemble des départements.

Par souci d'égalité, le CESR souhaite que la mise en place de cette mesure concerne l'ensemble des écoles et collèges de la région.

Afin d'encourager les actifs à mieux connaître les gestes de secourisme, il est possible dans certaines entreprises de passer le diplôme Sauveteur Secouriste du Travail, obligatoire même dans certaines situations (comme les chantiers occupant plus de 20 personnes pendant au moins 15 jours...).

Par ailleurs, il y a actuellement un déploiement de défibrillateurs automatiques dans la région. Dans la mesure où ils pourraient être utilisés dans les grandes entreprises, des formations pourraient être proposées au personnel.

Pour clore ce chapitre relatif à la sensibilisation de la population, il est nécessaire de souligner l'utilité du réseau "Manche Santé" sur les communications entre professionnels de santé (de façon sécurisée), mais aussi entre ces derniers et la population. Créé en mars 2006, ce portail est d'une véritable utilité pour la population qui peut en se connectant bénéficier d'informations sur l'organisation des gardes mais aussi disposer d'un annuaire interactif proposant le numéro des professionnels de santé, des établissements par exemple. Un tel portail nécessite toutefois un réseau de connexion Internet adapté tel qu'il existe actuellement dans l'ensemble du département de la Manche, y compris dans les zones rurales. Sur ce point, ce département est un des précurseurs en France.

A travers ce réseau, Manche Santé propose aussi de contribuer à la formation des professionnels de santé.

Cette initiative paraît pertinente pour ce qui relève des formations à l'urgence médicale, et notamment dans le cadre de la formation continue des professionnels de santé qui est désormais obligatoire.

2.3.2. Simplifier la gestion administrative de l'AMU

Comme indiqué précédemment, l'AMU nécessite l'intervention de nombreux acteurs administratifs.

Ainsi, l'évolution du secteur hospitalier (les services d'urgences et le SAMU-Centre 15 - SMUR) est du ressort de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, tandis que les SAMU-Centres 15, la Permanence Des Soins ou les SDIS sont organisés au niveau départemental. De son côté, la PDS relève du secteur libéral et elle est régulée par le binôme Préfet (pour l'organisation territoriale) et Caisse d'Assurance Maladie (pour le paiement des astreintes).

L'URCAM, au niveau régional, gère les différents projets de financements (le fonds FAQSV).

Etant consultative, la Mission Régionale de Santé n'a pas la responsabilité de déterminer le zonage de la PDS qui revient au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) et à l'URML.

Devant la multiplicité d'acteurs qui constituent un patchwork administratif, une clarification du rôle de chacun est plus que souhaitable.

Pour information, dans un rapport de 2004 intitulé *Aménagement du territoire et établissements de santé*, le CES national insiste sur la nécessité d'un pilotage unifié des politiques de santé au niveau régional. Il souhaite même l'évolution des ARH vers des Agences Régionales de Santé pour mieux prendre en compte la coordination entre le secteur hospitalier et la médecine libérale.

Cette étude montre toute la complexité de l'organisation de l'AMU qui met en jeu un nombre très important d'intervenants et qui repose obligatoirement sur des coopérations. Elle pose en outre d'autres problématiques plus générales allant au-delà de la sécurité nécessaire et du bien être de la population. Ainsi, l'AMU sous-tend des enjeux majeurs d'aménagement et d'attractivité des territoires. Suivant les conditions d'accès aux soins, la population va se sentir plus ou moins attirée par un territoire plutôt qu'un autre.

C'est pourquoi, devant les difficultés alarmantes concernant la démographie médicale dans la région et leurs répercussions à terme sur l'efficacité de l'AMU ressentie par la population, le CESR souhaite vivement de véritables avancées dans ce domaine et l'engagement prochain de nouvelles démarches de coopérations, de rapprochements d'intervenants sur la base de réflexions prospectives et ce, dans le double souci d'efficacité et de clarification des rôles.

Le CESR insiste enfin sur l'importance des opérations de sensibilisation qu'il convient de mener dans la durée auprès de la population et au premier chef auprès des plus jeunes.

Le Président,

Maurice DROULIN