

Mission évaluation SMUR du Finistère par le SAMU de France
Présentation des conclusions du rapport
Réunion du 25 mars 2008
Relevé de conclusions

Objectifs de la réunion :

- Présentation des conclusions de la mission d'expertise des SMUR du Finistère réalisée par SAMU de France et recueil des observations des établissements,
- Réflexion sur les évolutions à apporter au dispositif de médecine d'urgence sur le département du Finistère.
- Définition d'un calendrier de travail dans l'optique de la procédure de renouvellement des autorisations de SMUR (dépôt des dossiers avant le 31 mai).

Liste des participants :

- M. FRIEDERICI - Préfet du Finistère ; M. BARATTE - Directeur de cabinet.
- M. PERRIN - Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.
- M. MEURIN - Directeur DDASS ; Mme COLLIN - Inspecteur hors classe DDASS ; Dr CONAN - Médecin inspecteur de santé publique DDASS ; Mme LASTENNET - Inspecteur DDASS ; M. PELE - Inspecteur DDASS.
- Dr CAPRAIS - Médecin ELSM
- M. BOURHIS - Directeur général adjoint CHU Brest ; Mme CARDALIAGUET - Directrice adjointe CHU Brest ; Dr L'AZOU - chef de service SAMU CHU de Brest.
- M. OLLIVIER - Directeur CH Landerneau ; Dr TRAN - Chef de service Urgences CH Landerneau
- M. BREBAN - Directeur CH Morlaix ; Dr LE REST - Président CME CH Morlaix ; Dr GALLERNE - Médecin urgentiste CH Morlaix.
- M. SIAHMED - Directeur Centre Hospitalier de Cornouaille ; M. LE DOARE Directeur adjoint Centre Hospitalier de Cornouaille ; Dr MEHU - Président CME et chef de service des Urgences Centre Hospitalier de Cornouaille.
- M. FERMET - Directeur Hôtel Dieu Pont L'Abbé ; Dr APPAMON - Président CME Hôtel Dieu Pont L'Abbé ; Dr DUPEYRON - Médecin urgentiste Hôtel Dieu Pont L'Abbé.
- M. BERTHOU - Directeur CH Carhaix.
- M. GUYADER - Directeur CH Douarnenez ; Dr PIRIOU - Président CME CH Douarnenez.
- M. MOREL - Directeur CH Quimperlé ; Dr BURONFOSSE - Président CME CH Quimperlé ; Dr RENAUD - Médecin urgentiste CH Quimperlé.

Synthèse des échanges :

M. le Préfet ouvre la séance et remercie les participants à cette réunion de leur présence. Il rappelle que la question de la permanence des soins relève de sa compétence et celle de l'aide médicale urgente de la compétence du Directeur de l'ARH. Il précise, qu'en terme de permanence des soins, le nombre de secteurs de garde devra être réduit de 55 à 29 (ou 33 au

plus) sur le Finistère, qu'un CODAMUPTS est prévu en juin. Cette instance aura, également, à connaître le nouveau dispositif hospitalier et une mission nationale d'accompagnement pourrait être sollicité au titre de la permanence des soins.

En introduction de la réunion, les éléments suivants sont rappelés :

- Le SROS prévoit 8 sites de SMUR sur le Finistère avec la création d'une SMUR sur Landerneau par redéploiement d'une SMUR du sud Finistère,
- Les évolutions de la démographie médicale, notamment en médecine d'urgence, ne sont pas favorables. Il ne faut donc pas multiplier les listes de garde,
- Le rapport des experts confirme le besoin de renforcer le nord du département par 2 lignes de SMUR supplémentaires (1 à Brest et 1 à Landerneau),
- Le rapport souligne également la nécessité de renforcer le centre 15 en temps de médecin régulateur,
- Le rapport fait, enfin, 2 propositions d'évolution sur le sud Finistère :

" . Hypothèse privilégiée par les experts : maintien des équipes SMUR : Douarnenez, Quimper, Concarneau, Quimperlé et Pont L'Abbé et fermeture, essentiellement nocturne, de services d'urgence à faible activité dans un hôpital à plateau technique limité comme Concarneau et Pont L'Abbé,

. Hypothèse alternative : fermeture des SMUR de Pont L'Abbé et Concarneau avec renforcement par une équipe supplémentaire du SMUR de Quimper. Cette hypothèse suppose un redéploiement sur les 2 sites lors de la saison touristique au minimum la journée (augmentation de la population, de l'activité et augmentation probable des délais d'acheminement des équipes sur intervention en journée).

- Les SMUR sont financées par dotation sur l'enveloppe "Missions d'Intérêt Général" qui est une enveloppe "fermée" à ne pas dépasser. Toute évolution de l'offre de soins en la matière doit donc s'effectuer à enveloppe constante au niveau régional,

Suite à cette présentation, les professionnels présents sont invités à s'exprimer.

Le Dr DUPEYRON fait part d'inexactitudes relevées dans le rapport à propos de l'Hôtel Dieu de pont L'Abbé sur le nombre de passages aux urgences hors consultations post urgences (13 640 et non 11 000), le nombre de médecins urgentistes présents la nuit (2 et non 1) et le fait que, dans les conclusions, le plateau technique de l'Hôtel Dieu soit mis au même niveau que celui de Concarneau.

Par ailleurs, il indique qu'il ne sait pas ce qui est préférable car la suppression du SMUR créerait des zones blanches sur le littoral mais la fermeture des urgences la nuit pose problème si un patient se présente à l'hôtel Dieu et qu'il n'est pas possible de le prendre en charge.

M. FERMET indique qu'en terme de responsabilité médico-légale, il est nécessaire de maintenir une structure des urgences H24 sur Pont L'Abbé.

Le nombre moyen de passages aux urgences entre 20h et 8h est précisé :

- Concarneau : 7 (3,4 entre 22h et minuit)
- Pont L'Abbé : 8,55

Ces données sont des moyennes qui fluctuent en fonction de l'activité touristique saisonnière. Le Dr MEHU précise qu'en 2007, les urgences de Concarneau ont accueillis seulement 5 urgences vitales sur ce créneau horaire.

Au regard de ces données, le Dr MEHU est donc favorable à la première solution (maintien des lignes de SMUR actuelles et fermeture nocturne de structures d'accueil des urgences). Cette solution lui paraît plus rationnelle en terme de sécurité sanitaire : l'aide médicale urgente et la

réponse aux urgences vitales est apportée par les SMUR alors que l'activité des structures d'urgence est peu élevée la nuit et relève, en grande partie, de la permanence des soins.

Le Dr L'AZOU précise que, à l'exception de quelques secteurs, la permanence des soins est assurée de 20h à 23h (ou minuit) dans de bonnes conditions. En revanche, il souligne qu'entre 18h et 20h, il n'est pas facile d'accéder à une consultation non programmée sur de nombreux secteurs ce qui entraîne un déport d'activité vers les structures d'urgence.

Le Dr RENAUD rappelle que la mission prioritaire des structures des urgences et des SMUR est de répondre à l'aide médicale urgente et à l'urgence vitale, et non la permanence des soins. A ce titre, le CH de Quimperlé envisage de constituer une fédération médicale avec le CH de Bretagne-Sud pour mutualiser les moyens des 2 établissements avec, éventuellement, une fermeture de la structure d'accueil des urgences de Quimperlé la nuit.

Le Dr TRAN s'interroge sur la faisabilité de fermer une structure d'accueil des urgences à heure fixe en raison de l'irrégularité des flux de patients qui s'y présentent.

Pour le Dr MEHU, la réponse à cette question est organisationnelle : décalage entre l'heure de fermeture de l'accès au public et l'heure de fin de service. D'autre part, des adaptations selon l'activité saisonnière sont souhaitables et possible.

M. PERRIN rappelle le rôle commun de régulation par le centre 15, y compris la permanence des soins, afin de ne plus avoir besoin d'un accueil physique la nuit dans certaines structures d'accueil des urgences.

Par ailleurs, après avoir écouté les différents intervenants, il entrevoit 3 options possibles :

- maintien de 2 structures d'accueil des urgences H24 sur Concarneau et Pont L'Abbé et maintien d'une ligne de SMUR sur ces 2 secteurs,
- maintien des 2 lignes de SMUR sur Concarneau et Pont L'Abbé et fermeture des structures d'accueil des urgences la nuit,
- maintien d'une SMUR sur Concarneau avec fermeture des urgences la nuit et maintien d'une structure d'accueil des urgences avec suppression de la SMUR sur Pont L'Abbé.

Au-delà de la problématique sur ces 2 sites, qui ne sont pas les seuls concernés, il rappelle qu'il ne s'agit pas d'une réflexion par établissement mais à l'échelle du territoire de santé (Brest-Morlaix- Landerneau pour le territoire de santé n°1, Quimper -Concarneau - Pont L'Abbé - Douarnenez - Carhaix pour le territoire de santé n°2 et Lorient - Quimperlé pour le territoire de santé n°3).

M. PERRIN demande donc aux établissements de lui formaliser une proposition commune et, à ce titre, de réfléchir à la constitution de groupements de coopération sanitaire (GCS) par territoire de santé. Ces GCS pourraient se voir attribuer l'organisation de la médecine d'urgence dans sa globalité (structure des urgences et SMUR) sur chaque territoire. Le CH Douarnenez a également vocation à s'inscrire dans cette organisation commune envisagée.

M. GUYADER répond favorablement.

En effet, d'un point de vue juridique, il convient de rechercher une solution conforme aux exigences réglementaires : pour obtenir une autorisation de faire fonctionner une SMUR, il faut posséder l'autorisation d'exercer l'activité de structure d'accueil des urgences (art R6123-2

CSP) et pour disposer d'une autorisation d'exercer l'activité de structure d'accueil des urgences, il faut assurer la permanence de l'accueil soit un fonctionnement H24 (art R6123-18 CSP). Il n'est donc pas possible d'octroyer une autorisation de SMUR à un établissement qui n'a plus de fonctionnement H24 de sa structure des urgences.

La détention d'une autorisation regroupée par un GCS pour couvrir le territoire, et non par chaque établissement, pourrait être une réponse à cette problématique.

M. PERRIN rappelle, enfin, que si cette solution est retenue, le GCS du territoire de santé n°2 devra libérer une ligne de garde au profit du GCS du territoire de santé n°1 pour permettre l'ouverture d'une ligne de SMUR sur Landerneau. Le renforcement de Brest (1 ligne de SMUR) devra s'effectuer par une réorganisation interne au CHU permettant de dégager les moyens nécessaires.

Les directeurs d'établissement présents acceptent de travailler en ce sens mais insistent sur la nécessité d'une communication claire et uniforme sur ce dossier pour éviter que les instances ne rejettent les projets de GCS.

Conclusions de la réunion :

- Le projet médical en matière de médecine d'urgence doit être élaboré à l'échelle de chaque territoire de santé : les établissements du territoire de santé n°2 doivent s'entendre sur la répartition de l'offre de soins, en terme de lignes de garde, entre les SMUR et les structures des urgences,
- Les moyens correspondant à une ligne de garde d'urgentiste devront être recherchés afin d'être transférés du territoire de santé n°2 vers le territoire de santé n°1,
- Juridiquement, les autorisations de structures des urgences et de SMUR pourraient être détenues par un GCS créé sur chaque territoire de santé et regroupant l'ensemble des établissements actuellement détenteurs de ces autorisations.

Actions à venir:

- la DDASS organisera une réunion de travail le 2 avril à 9h30 dans ses locaux. L'ordre du jour portera sur la faisabilité juridique et les conditions de mise en œuvre du GCS,
- les établissements transmettront pour cette réunion les moyens en personnels médicaux et non médicaux (en ETP et en €) dont ils disposent pour le fonctionnement de leurs lignes de garde (structures d'urgence et SMUR).
- En fonction des conclusions de cette réunion :
 - . Elaboration concertée et présentation des projets de conventions constitutives des GCS aux instances de chaque établissement courant avril-mai,
 - . Chaque GCS déposera un dossier de demande d'autorisation avant le 31 mai.
 - . l'annexe territoriale du SROS serait révisée pour permettre l'implantation de 9 sites de SMUR sur le Finistère (si cette option était retenue au sein du GCS du territoire de santé n°2),