



RAPPORT SUR L'ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DES SERVICES MOBILES D'URGENCE ET DE REANIMATION DU DEPARTEMENT DU FINISTERE

Docteur Agnès RICARD-HIBON

SMUR de Beaujon

Docteur Michel THICOÏPE

SAMU de Bordeaux

A La demande du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bretagne (*annexe : lettre de mission*), SAMU de France s'est engagé à une mission d'expertise de l'implantation des sites de Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) dans le département du Finistère. Cette mission, dont les délais de mise en place étaient extrêmement courts (remise du rapport le 7 mars 2008), a été conduite les 26 et 27 février 2008, par les Docteurs Agnès RICARD-HIBON (SMUR de Beaujon, Administrateur de SAMU de France) et Michel THICOÏPE (SAMU de Bordeaux), qui ont rencontrés, sur place, les différentes parties prenantes (*annexe : programme de la mission*).

I – OBJECTIFS DE SAMU DE FRANCE

Samu de France accompagne depuis 30 ans l'action de service public des Samu /Smur en défendant les valeurs sur lesquelles reposent l'originalité et la qualité de l'Aide Médicale Urgente française. Face aux différentes questions relatives à l'implantation des SMUR, c'est en se référant à ces mêmes valeurs que Samu de France cherchera à définir une ligne de conduite. L'objectif de Samu de France dans ce domaine peut se résumer ainsi :

- L'implantation d'un SMUR doit répondre à des besoins de santé, tant en terme de pathologie, de densité de population, qu'en terme de rapidité d'accès à des soins urgents et de réanimation de qualité.
- La mutualisation entre structures d'urgence est, en soi, utile au maintien et au renforcement de la qualification polyvalente des urgentistes. Elle est en outre pertinente si certaines structures ont un niveau d'activité trop faible pour envisager une activité médicale efficiente.
- La mutualisation doit être envisagée dans le but prioritaire d'améliorer la sécurité et la qualité des soins et pas seulement dans un but d'économie de moyens.

II – CONTEXTE DEPARTEMENTAL

Le SROS 2006-2010 de Bretagne prévoit, dans son volet urgences et permanences des soins que « *la répartition des SMUR tend à assurer un maillage territorial satisfaisant (équilibre des équipements sur le territoire, limitation des zones géographiques se situant à plus de 30mn du lieu d'implantation d'un SMUR). En conséquence, sont confirmés :*

- *Les SMUR dont l'activité est faible mais qui sont isolés et/ou implantés dans un établissement qui ne serait pas doté en propre d'un plateau technique chirurgical.*
- *Les SMUR pour lesquels une partie (non majoritaire) de la zone d'intervention est recouverte par un autre SMUR et dont l'activité est forte.*
- *Les SMUR dont l'activité est forte sans considération de notion de recoupement de zone.*

Par ailleurs, l'annexe territoriale du SROS prévoit dans son volet territoire de santé : départements bretons « *Pour le Finistère, SMUR 8 sites parmi les implantations suivantes (Brest, Morlaix, Landerneau, Quimper, Concarneau, Carhaix, Douarnenez, Pont-L'Abbé, Quimperlé).*

Les implantations des SMUR terrestres dans le département du Finistère doivent garantir une meilleure couverture globale du territoire départemental grâce à une meilleure répartition géographique et en évitant les zones couvertes par plusieurs SMUR. Dans ce cadre doit être étudiée l'implantation d'un SMUR à Landerneau. »

La mission confiée à SAMU de France est de proposer des mesures permettant la mise en œuvre des préconisations du SROS de Bretagne sur la base du bilan de l'existant et de l'évolution prévisible de la démographie des médecins urgentistes.

III - CONSTATS

Ce bilan a été réalisé d'une part à partir de données fournies par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale du Finistère, d'autre part à partir d'une visite effectuée les 26 et 27 février 2008 sur 8 sites.

Le Finistère comprend un SAMU, le SAMU 29 installé à Brest au CHU (Hôpital de la Cavale Blanche) et 8 SMUR répartis sur l'ensemble du Finistère :

- 2 SMUR dans le territoire de santé du Nord (Brest et Morlaix),
- 5 SMUR sur le territoire de santé du Sud (Carhaix, CHIC de Quimper avec 2 antennes à Douarnenez et à Concarneau, Pont l'Abbé),
- 1 SMUR sur le territoire 3 de santé (Quimperlé).

Le SAMU du Finistère (SAMU 29)

Il est installé au CHU (Hôpital de La Cavale Blanche). Son activité est de **153 691** dossiers créés en 2007 ; cette activité est en diminution par rapport aux années précédentes autour de **170 000** dossiers ouverts. Pour effectuer cette activité 24h/24 il n'existe qu'un seul médecin régulateur hospitalier en poste 24h/24 ce qui doit immédiatement être relevé comme insuffisant. Concernant les horaires de la permanence des soins (PDS), un médecin régulateur généraliste (libéral) est présent à partir de 19 h 00 et toutes les nuits et le week-end. En journée l'activité de la permanence des soins est traitée par un interne d'anesthésie réanimation. Sur le plan des effecteurs médicaux il existe une PDS sur les secteurs jusqu'à 00 h puis près de 40% des secteurs assurent une permanence de 00 h à 8 h 00 ; sur Brest, il existe également une structure de « SOS Médecins » qui travaille 24h/24.

En fonction des pics d'activité la présence de permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM) peut varier de 3 à 5. L'effectif des PARM est actuellement de 25 personnes pour assurer cette activité.

Actuellement, en cas de pic d'activité de régulation de l'Aide Médicale Urgente (AMU), le médecin de garde pour la salle d'accueil des urgences vitales chirurgicale (SAUV) peut, s'il est disponible, renforcer la régulation médicale, en particulier pour l'organisation des transports secondaires.

Aux affaires de régulation du SAMU Centre 15 il faut ajouter l'activité de régulation du SAMU de coordination maritime qui est de l'ordre de 300 dossiers par an.

Le SMUR du CHU de Brest

Son activité est de **4451** interventions réparties en **3071** primaires (69%) et **1380** secondaires en 2007. Les interventions secondaires concernent **1087** transports adultes, **137** transports en couveuse et **156** transports pédiatriques. Enfin il faut noter pour le SMUR que dans les **3071** interventions primaires en 2007, **377** (12 %) ont été réalisées en équipe incomplète (absence d'infirmier).

L'organisation du SMUR se fait autour :

- d'une équipe « primaire » 24h/24 composée d'un médecin, d'un IADE et d'un conducteur sapeur pompier,

- d'une équipe « secondaire » de jour, du lundi au vendredi ainsi que le samedi matin, composée d'un conducteur ambulancier et d'un médecin renforcée par l'IADE de la SAUV. La nuit le médecin de cette équipe est d'astreinte.
- L'équipe d'accueil des urgences vitales chirurgicales, participe si elle est disponible, à des sorties primaires.

Les transports néonataux et pédiatriques sont réalisés par le SMUR adulte, il n'existe pas de SMUR pédiatrique spécifique. Une aide financière a été effectuée fin 2007 pour pouvoir renforcer, dans le cadre du réseau « périnat » l'organisation des transports néonataux et pédiatriques. Deux projets d'organisation sont proposés : pédiatres ou SMUR adultes et ne seront pas détaillés ici.

Le territoire du SMUR de Brest couvre actuellement entre 380 000 et 420 000 habitants.

Il existe également un hélicoptère sanitaire en permanence sur le site du SAMU et du SMUR. Cet hélicoptère utilise les effectifs présents de l'équipe disponible, et l'activité hélicoptérée en 2007 a représenté **726** interventions.

Le personnel du SAMU et du SMUR participe également, dans le cadre du pôle d'anesthésie réanimation, à la gestion de la SAUV chirurgicale, à la garde aux urgences traumatologiques, à la coordination des prélèvements d'organes et de tissus et enfin à l'activité du CESU (Centre d'Enseignement de Soins d'Urgence) où 2000 heures de formation sont faites chaque année, sans effectif spécifique médical mais avec cependant un mi-temps paramédical.

L'Hôpital de Landerneau

Actuellement il dispose d'un service d'Urgence qui a reçu près de **14 000** patients en 2007. Un médecin urgentiste en assure le fonctionnement H24 : en fait, 2 médecins sont présents la journée, l'un de 8h30 à 18h30, et l'autre de 10h30 à 18h30. Il n'existe que **4,8** équivalents temps plein pour assurer la permanence, ce qui oblige la participation des médecins de l'établissement à l'activité de garde.

Il faut noter également l'impact potentiel de la fermeture de la Clinique Saint Luc à Landerneau qui ne peut être évalué pour l'instant.

Il n'existe pas, à ce jour, de SMUR à Landerneau.

Cet hôpital est situé à 25kms de Brest et à 45kms de Morlaix. La mise en place d'un SMUR à Landerneau est envisagée par le SROS de Bretagne. Sa position intermédiaire pourrait couvrir le secteur de SMUR du pays de Landerneau (22 communes pour 43 000 habitants) et au Nord du pays de Lesneven et de la côte des légendes (15 communes pour 25 000 habitants) ce qui représente au total un secteur de près de 70 000 habitants.

Dans cette hypothèse, la mutualisation urgence – SMUR pourrait être réalisée en journée avec les médecins urgentistes de l'hôpital de Landerneau mais surtout dans

le cadre d'une fédération CHU de Brest / hôpital de Landerneau pour assurer le fonctionnement du SMUR aussi la nuit et le WE.

L'hôpital de Morlaix

Cet hôpital est situé à l'Est de Brest, à proximité du département des Côtes d'Armor. Son activité est de **997** interventions SMUR réparties en **924** (93%) interventions primaires et **72** interventions secondaires.

L'essentiel de l'activité concerne le Finistère mais il peut intervenir en cas de nécessité sur le secteur départemental voisin des Côtes d'Armor. L'activité du service des Urgences montre une activité importante de **27 500** passages aux urgences en 2007.

Chaque jour, il existe 2 médecins, l'un pour les urgences l'autre pour le SMUR et un 3^{ème} en journée qui peut assurer soit le SMUR soit les urgences. Ces médecins urgentistes ont une activité mutualisée. L'effectif médical complet devrait être de **10,3** équivalent temps plein mais il n'y a actuellement que 7 médecins en activité.

L'activité importante tant au SMUR qu'aux urgences doit être signalée avec des effectifs relativement faibles.

L'hôpital de Douarnenez

Il comprend un service d'urgence organisé avec du personnel paramédical de l'établissement et du personnel médical organisé en fédération avec le centre hospitalier de Cornouaille. Pour le SMUR il s'agit d'une antenne du centre hospitalier de Cornouaille. L'activité de l'antenne de Douarnenez a été de **606** interventions primaires (88%) en 2007 et de **80** interventions secondaires environ ; elle est située dans les locaux du service des urgences du Centre hospitalier où près de **12 000** passages par an ont été réalisés en 2007.

L'existence d'une fédération urgence SMUR entre le centre hospitalier de Cornouaille et le centre hospitalier de Douarnenez permet une médicalisation partagée : 3 praticiens hospitaliers nommés sur Quimper travaillent partiellement à Douarnenez et 2 praticiens nommés à Douarnenez travaillent aussi sur Quimper. Cette pratique a amélioré considérablement la mutualisation entre les urgences et le SMUR et l'homogénéisation des pratiques : elle n'a cependant pas été étendue au personnels infirmiers.

L'orientation des malades pris en charge par l'antenne SMUR ce fait souvent sur l'hôpital de Quimper.

Cette antenne SMUR, par sa localisation, permet de couvrir des zones blanches (pointe du Raz, pointe de Crozon).

L'hôpital de Cornouaille

Il regroupe deux sites : Quimper et Concarneau. Il n'existe qu'une seule autorisation administrative pour les deux sites d'urgence mais deux autorisations pour les SMUR

de Quimper et de Concarneau. L'hôpital de Quimper a une activité d'urgence très importante autour de **35 000** passages en 2007 et est au centre de son territoire de santé. Il dispose de nombreuses spécialités et d'un plateau technique performant chirurgical et médical, avec en particulier l'existence à partir de mars 2008 d'une salle de cardiologie interventionnelle ouverte H24.

L'activité du SMUR de Quimper est de **1134** interventions réparties en **1024** primaires (90%) et **110** secondaires en 2007.

Il existe aussi un hélicoptère, Dragon 29, qui peut à tout moment intervenir à la demande du SAMU 29 en prenant une équipe du SMUR de Quimper ou des autres SMUR de proximité. L'activité de ce vecteur hélicoptère reste très modérée (**120** missions) en 2007.

La mutualisation des urgences et du SMUR est effective en particulier aussi, grâce à l'existence d'une fédération commune d'activité avec des postes partagés et une formation continue commune à partir du site de Quimper. Cette fédération regroupe l'ensemble des activités médicales avec des postes partagés sur Quimper, Concarneau et le SMUR de Douarnenez. L'effectif total est de 30 équivalents temps plein dont 24 postes de titulaires.

Cette fédération s'exerce également avec l'hôpital de Carhaix et doit être développée.

L'hôpital de Concarneau

Il est situé à 27kms de Quimper. Il n'existe pas de plateau technique ni chirurgical ni d'imagerie et pas de maternité.

Le service des urgences accueille près de **10 000** passages par an et l'activité SMUR est de **665** interventions réparties en **602** primaires (90%) et **63** secondaires. L'équipe SMUR ne semble pas disposer d'un conducteur ambulancier pour les interventions.

Les activités nocturnes d'accueil des urgences sont réduites : de 3 à 5 passages très souvent liées à la permanence des soins. L'activité de cet hôpital se résume à de la médecine, et à une activité de soins de suite et long séjour.

Le fonctionnement est assuré par les médecins urgentistes de la fédération du CHIC ; l'activité est donc mutualisée entre urgences et SMUR.

Le secteur du SMUR est bordé au Sud par le secteur du SMUR de Quimperlé et à l'ouest par celui du SMUR de Pont l'Abbé et au Nord par celui de Quimper.

L'hôpital de Quimperlé

Il est situé au Sud du Département du Finistère, à proximité du Morbihan.

Le SMUR a une activité de **850** interventions comprenant **671** primaires (79%) et **179** secondaires en 2007.

Les interventions concernent le Finistère mais aussi le département voisin (56 - Morbihan), en renforcement du SMUR de Lorient lorsque celui-ci est indisponible, Lorient étant à moins de 20Kms.

L'activité est mutualisée avec les urgences. L'activité du service des Urgences est d'environ de **17 000** passages en 2007.

Il n'existe plus de service de chirurgie, ni de maternité mais l'hôpital dispose d'un scanner.

Cet hôpital est dans le territoire de santé de LORIENT.

Un projet de fédération avec le service des Urgences du CH de Lorient est en cours, avec en particulier création de postes partagés.

Un transfert d'activité à certains moments vers Lorient (fermeture des urgences la nuit ?) est en cours d'évaluation.

L'orientation des patients par le SMUR se fait souvent sur Lorient.

L'hélicoptère Dragon 56 est probablement sous utilisé dans la zone de Quimperlé en raison, semble-t-il, de problème de procédures de régulation entre les SAMU 29 et 56.

L'hôpital Dieu de Pont l'Abbé

C'est un établissement PS PH à but non lucratif. Il dispose d'un plateau médico-chirurgical, en particulier traumatologie-orthopédie, avec une unité récente de 4 lits de soins continus et prochainement un scanner. Il ne dispose pas de maternité.

Il est situé à 20kms de Quimper.

Le service des Urgences et le SMUR sont mutualisés avec présence de 2 urgentistes par jour et 1 seul urgentiste la nuit avec un autre d'astreinte et mobilisable s'il y a une intervention SMUR. Il existe **7,55** équivalents temps plein médicaux pour couvrir ce fonctionnement.

L'activité des urgences est de **15 000** passages par an dont **4000** en consultations post urgences.

Le SMUR a une activité de **554** interventions dont **457** primaires (82%) et **97** secondaires. Elle est en augmentation en saison estivale par l'attrait touristique du pays du Bigouden. Cet hôpital comporte une activité de suivi de proximité.

Les médecins ont des contacts professionnels avec la fédération des urgences du centre hospitalier de CORNOUAILLE mais il n'y a pas de formalisation de cette collaboration.

Le SMUR est bordé à l'Ouest par CONCARNEAU, au Nord par QUIMPER et éventuellement DOUARNENEZ en 2^{ème} intention.

L'Hôpital de Carhaix

Cet hôpital n'a pas pu être visité : il est situé à l'Est du département avec un éloignement et un accès difficile par rapport au CHU de Brest d'une part mais aussi au CH de Cornouaille d'autre part.

L'activité SMUR, en 2007, a représenté **508** interventions : **499** primaires (98%) et **9** secondaires. En journée, 2 médecins urgentistes assurent l'accueil des urgences et les sorties SMUR. A partir de 18 h 30 il n'y a qu'un seul médecin urgentiste présent et s'il y a une sortie SMUR les patients aux urgences sont pris en charge par le médecin d'astreinte du département de médecine.

Le fonctionnement en fédération médicale inter-hospitalière avec le centre hospitalier de Cornouaille et le centre hospitalier de Douarnenez amène une partie des praticiens en poste à exercer une activité partagée entre l'un de ces établissements et le centre hospitalier de Carhaix.

L'établissement dispose actuellement d'un service de chirurgie et d'une maternité mais qui font l'objet d'une mission d'enquête en vue d'une éventuelle restructuration.

IV – SYNTHESE

Tableau synthétique de l'activité déclarée des SMUR du Finistère :

	Mutualisation	Interventions Primaires <i>(% de primaires)</i>	Interventions secondaires	Interventions hélicoptérées
Brest	SAMU – Centre 15 <i>(154 000 affaires)</i> SAUV chirurgicale	3071 <i>(69%)</i>	1380	726
Landerneau	Urgences <i>(14 000 passages)</i>			
Morlaix	Urgences <i>(27 500 passages)</i>	924 <i>(93%)</i>	72	
Douarnenez	Urgences <i>(12 000 passages)</i> CH Cornouaille	606 <i>(88%)</i>	80	
Quimper (CH Cornouaille)	Urgences <i>(35 000 passages)</i>	1024 <i>(90%)</i>	110	120
Concarneau	Urgences <i>(10 000 passages)</i> CH Cornouaille	602 <i>(90%)</i>	63	
Quimperlé	Urgences <i>(17 000 passages)</i>	671 <i>(79%)</i>	179	
Pont L'Abbé	Urgences <i>(11 000 passages)</i>	457 <i>(82%)</i>	97	
Carhaix	Urgences CH Cornouaille	499 <i>(98%)</i>	9	

- **Un déficit de SMUR dans le secteur Brest/Morlaix** : Nécessité de renforcer les moyens en SMUR avec une couverture des zones blanches par un SMUR à Landerneau et une restructuration organisationnelle à Brest.
- **Une mutualisation Urgences / SMUR dans le secteur Quimper/Carhaix** : La situation en structures d'Urgences - SMUR est jugée confortable dans le Sud du département. Mais il y a une obligation structurelle et organisationnelle à associer, dans la réflexion, les services d'urgence et les SMUR, structures déjà mutualisées. La redistribution de moyens peut et doit être évoquée autant en ce qui concerne les services des urgences que les SMUR.
- **L'absence de médecin correspondant SAMU** est à prendre en compte pour les deux secteurs sanitaires concernés.
- **Des données d'activité peu comparables** : Les chiffres d'activité doivent être interprétés avec prudence dans le territoire de santé Nord : il y existe probablement une régulation minimaliste en raison du manque de structures SMUR. On ne peut, en effet, raisonner sur les chiffres d'activité des SMUR sans les confronter aux données démographiques.
En revanche, la notion de régulation adaptée aux besoins dans le territoire de santé n°2 (et partiellement n°3 avec Quimperlé) semble être un avis partagé par l'ensemble des acteurs permettant d'avoir des données sur l'activité dans le Sud du département plus conformes aux besoins.
- **Un manque de données temporelles objectives** : Les courbes d'isochronies fournies par la DDASS (ou COTER) sont des projections théoriques qui ne correspondent pas à « la vraie vie », elles ne peuvent être utilisées en l'état. Les délais d'intervention réels de « la vraie vie » n'ont pas été fournis sur le territoire Nord (données non disponibles). Les courbes d'isochronies ont été données pour le territoire Sud mais nous n'avons pas pu obtenir de statistiques réelles sur les délais d'intervention (en médianes avec extrêmes) pour les différentes communes concernées. Les délais d'intervention fixés par le SROS à 30 minutes maximum doivent prendre en compte la somme des différents délais suivants : les délais de régulation, de déclenchement d'équipes, de départ des équipes et le délai d'acheminement des équipes sur les lieux de l'intervention. Le risque de créer des zones blanches en restructurant les équipes doit prendre en compte les délais réels et non théoriques. Les délais de départ « estimés » sont jugés longs (4 à 5 minutes entre réception de l'ordre de départ et le départ effectif) mais semblent être expliqués par la mutualisation des personnels entre les urgences et le SMUR et la nécessité de transmettre les informations au médecin des urgences qui prend le relai auprès du ou des patients.
- **Les indicateurs de durée d'indisponibilité d'équipe** sur le secteur d'intervention ne sont **pas connus**. La suppléance, évoquée sur les secteurs concernés par une restructuration de SMUR, par une autre équipe SMUR ne peut se concevoir que si ces équipes SMUR sont disponibles.

- **Une Permanence Des Soins insuffisamment opérationnelle** : Il existe un problème important de PDS sur l'ensemble des secteurs Nord et Sud, notamment en nuit profonde. Le délai d'au moins 1 heure pour obtenir un médecin effecteur de la PDS semble être un délai réaliste dans le département, mais oblige le Centre 15 à des stratégies d'envoi de SMUR plus larges sur les motifs de recours jugés « limites » et pour lesquels un bilan médical est nécessaire en moins de 30 minutes. Une stratégie de régulation « serrée » dans ce contexte présente un risque réel de défaut de prise en charge d'une urgence vitale avec les risques médico-légaux qui en découlent. Par ailleurs, les appels en provenance d'EHPAD (dont le taux de couverture par du personnel infirmier semble limité sur le secteur) sont susceptibles d'engendrer, par défaillance de la PDS, des départs SMUR pour des détresses vitales potentielles (principe théorique, données réelles non disponibles). Lorsque les détresses vitales ne sont pas confirmées, les équipes SMUR ont alors un rôle primordial à jouer dans la limitation des admissions injustifiées dans les services d'urgence (le plus souvent suivies d'hospitalisation par impossibilité de retour immédiat dans l'EHPAD). De même, pour les limitations de soins à domicile.

IV – PRINCIPES DE REFLEXION

- La restructuration doit s'inscrire dans une vision prospective de couverture sanitaire des secteurs. Cette stratégie doit prendre en compte les données de prévision démographique (démographie en hausse, vieillissement de la population), l'insuffisance de la PDS, les restructurations hospitalières (fermetures chirurgicales, maternité et services de soins), l'activité touristique saisonnière, la démographie médicale des urgentistes et la pénibilité des gardes, et enfin les orientations du SROS en terme d'amélioration de la qualité des soins.
- Le SROS 2006-2010 fait état d'une surmortalité par maladie cardiovasculaire sur la région par rapport aux données nationales, avec des données inquiétantes concernant notamment la prise en charge des infarctus du myocarde (IDM) et de l'accident vasculaire cérébral (AVC) : moins de 40% de reperfusion précoce des IDM, moins de 50% de médicalisation des IDM, moins de 5% d'AVC thrombolysés. Les territoires sanitaires 1 et 2 sont caractérisés par une surmortalité significative (de +5% pour le secteur 1 par rapport à la région) par maladie cardiovasculaire. Tous ces arguments plaident en faveur d'un renforcement de la médicalisation préhospitalière pour permettre une meilleure prise en charge dans le respect des recommandations de l'HAS. La volonté affichée du SROS d'amélioration de la prise en charge préhospitalière des maladies cardiovasculaires semble non compatible avec la suppression d'équipes SMUR.

- La restructuration par une éventuelle suppression d'un SMUR, ce qui a pu être envisagé, est à mettre en balance, en terme de sécurité, avec la pertinence d'une fermeture d'un service d'urgence dans les hôpitaux à plateau technique limité et à activité faible (Concarneau voire Pont l'Abbé et/ou Douarnenez). **La sécurité pour les urgences vitales et/ou fonctionnelles est à opposer au maintien de structures d'urgence sous-utilisées ou mobilisées pour des patients relevant essentiellement de la PDS qui pourraient, après régulation, attendre ou être orientés, sans risque, vers un établissement plus éloigné. La fermeture de ces structures d'urgences permet également d'éviter les risques d'admission ou d'orientation spontanées, inadaptées, vers des structures à plateau technique limité.**
- La fermeture nocturne de service d'urgences à faible activité dans les hôpitaux à plateau technique limité permettra de réduire la charge en garde et donc la pénibilité de travail des médecins urgentistes (la charge en garde est élevée dans la région). La diminution du nombre de garde permet de rendre les postes plus attractifs. Toutefois, ces services ne pourraient plus être qualifiés de service d'urgence et verraient donc leur activité s'orienter vers de la consultation non programmée.
- La fermeture parfois envisagée d'un SMUR est également à réfléchir par rapport aux restructurations prévisibles des établissements de santé et de l'offre de soins. Le maintien d'un SMUR est indispensable dans les secteurs où les fermetures chirurgicales et de maternité sont effectives ou envisagées.
- La répartition des SMUR doit se baser sur une organisation terrestre. L'hélicoptère sanitaire est un effecteur indispensable mais qui ne peut être considéré comme la base de l'organisation en raison des temps d'indisponibilité liés à la météo, des temps de maintenance, des impossibilités nocturnes, des délais de déclenchement et de récupération d'équipes... Les délais réels d'acheminement des équipes par hélicoptère sont à comparer aux délais terrestres réels (données non disponibles). Cependant, les délais de déclenchement dans le Sud du département semblent longs et compliqués. Les déclenchements de l'hélicoptère doivent être anticipés par le SAMU, en particulier lorsqu'une admission dans une structure hospitalière éloignée est prévisible. L'immobilisation d'une équipe basée sur le site de l'hélicoptère au sud paraît peu pertinente car elle risque d'être inoccupée en l'absence d'activité. Si ce choix est fait, une mutualisation départementale, avec participation des urgentistes de tous les SMUR à cette garde pourrait être une solution intéressante.
- L'orientation des patients pris en charge par un SMUR doit faire l'objet d'une attention particulière lors de réflexions sur une restructuration. L'orientation vers une structure avec plateau technique adapté doit être privilégié plutôt qu'une orientation vers la structure la plus proche, siège du SMUR. Un taux élevé de transferts secondaires dans l'activité d'un SMUR (en dehors bien sûr d'un SMUR de CHU ou d'établissement de référence) doit faire réfléchir sur une orientation

initiale potentiellement inadaptée. Cette réflexion n'a cependant pas pu être poursuivie dans le Finistère par absence de données chiffrées exhaustives.

- Le maintien de compétences des urgentistes, et plus particulièrement des compétences de prise en charge préhospitalière, doit être une préoccupation permanente : ce maintien est plus difficile dans des structures d'urgence à faible activité et passe nécessairement par une rotation des personnels sur les structures à plus forte activité sous forme de postes partagés, de fédération ou de collaboration, quelque soit le statut de la structure (hôpitaux publics ou PSPH).
- Les échanges et les collaborations professionnelles entre le SAMU et les SMUR pourraient être optimisées par la participation de praticiens des SMUR à l'activité de régulation sous la forme, par exemple, de postes partagés SMUR-Centre 15.
- Les normes des décrets SMUR doivent être appliquées : équipe complète comprenant un médecin, un infirmier et un ambulancier ou pilote pour toutes les interventions primaires.
- Activité saisonnière urgences et SMUR : le renforcement saisonnier est à envisager en cas de fermeture de structures d'urgence et en fonction des chiffres d'activité détaillés. Le principe d'une équipe basée sur le site hélicoptère ne semble pas être une solution adaptée (équipe inactive en cas d'absence d'intervention et perte de moyens pour les urgences qui sont également en sur-activité lors de ces périodes).

V – PROPOSITIONS

1) Finistère Nord

Le Finistère nord est représenté par le territoire de santé n°1, secteur de Brest-Morlaix. L'INSEE, dans ses projections, envisage une population de 520 000 habitants en 2010.

D'avis d'experts, la couverture sanitaire d'urgence du Nord Finistère est insuffisante et nécessite un renforcement des SMUR et de la régulation SAMU-Centre 15 : Trois localisations de SMUR doivent être proposées : BREST, LANDERNEAU, MORLAIX.

Brest et Landerneau :

- La nécessité de 3,5 équipes SMUR H24 sur le secteur de Brest-Landerneau est justifiée par une activité actuelle importante (4451 interventions - chiffre probablement encore sous-estimé par une régulation trop « serrée ») et par la densité de population (*Recommandations relatives aux effectifs de personnels*

des SAMU-Centre 15 et des SMUR de France : SAMU de France, Revue des SAMU, 1998, n°4, 166-170).

- La régulation du SAMU-Centre 15 nécessite également un renforcement en personnels médicaux : 1 seul médecin régulateur urgentiste H24 pour 150 000 affaires est insuffisant même si la régulation est renforcée par des régulateurs généralistes aux heures de PDS. Ce renforcement ne saurait être efficace s'il est limité aux périodes de forte activité : il doit être permanent pour être effectif et opérationnel. Le département du Finistère regroupe environ 850 000 habitants ce qui justifie au moins 2 équipes de régulation de l'AMU, 24 heures sur 24 (*Le SAMU-Centre 15 : moyens humains. Revue des SAMU, 2006, n°1, 23*).
- La présence d'une équipe SMUR basée à Landerneau est justifiée par la nécessité de couvrir des zones blanches qui sont à plus de 30 min des autres SMUR. Cette équipe permettra de renforcer la zone d'intervention de Brest en cas d'indisponibilité des équipes de Brest, mais également de renforcer les secteurs de Carhaix ou de Morlaix en 2^{ème} intention. Cette équipe doit s'inscrire dans le cadre d'une coopération ou fédération entre Brest et Landerneau pour assurer le maintien de compétence. Elle pourrait être constituée en partie par redéploiement et en partie par une optimisation de l'utilisation des moyens des urgences de Landerneau.
 - SMUR à Landerneau : En journée la création d'une équipe peut se faire par une mutualisation avec les urgences en renforçant les horaires de présence du 2^{ème} médecin. Ce 2^{ème} médecin est actuellement présent de 10h30 à 18h30 en semaine, il suffirait d'étendre son temps de présence en journée pour assurer la ligne SMUR (création partielle). L'équipe SMUR de nuit et de WE nécessite une collaboration avec le SAMU de Brest. L'intérêt de postes partagés entre Brest et Landerneau permet une optimisation des moyens et un maintien de compétence des personnels travaillant dans une structure à faible activité. Enfin, cette équipe de SMUR basée à Landerneau peut sécuriser la ligne de garde des urgences qui n'est pas toujours assurée par un urgentiste
 - Renforcement du SMUR de Brest par restructuration interne (récupération des postes occupés à d'autres fonctions, crédits « perdus », mutualisations au sein du CHU ...) : La 2^{ème} équipe H24 doit être dédiée en priorité à l'activité SMUR et au renforcement de la régulation en cas de surcharge d'appels. La mutualisation de l'équipe SMUR avec le déchocage chirurgical est un atout qui permet un maintien de compétence des personnels SMUR en techniques de réanimation mais ne doit en aucun cas se faire au détriment de l'activité préhospitalière. La prise en charge des patients au déchocage devrait pouvoir être assurée par une organisation interne permettant de libérer l'équipe pour les activités de SMUR ou de régulation. La mutualisation des équipes SAMU-SMUR avec les urgences médico-chirurgicales permet une meilleure collaboration entre professionnels. Elle est plus efficace en étant basée sur le volontariat et en respectant les compétences et les souhaits de chacun, dans le cadre de profils de postes et de carrière. La mutualisation

« forcée » de 100% des praticiens avec les urgences n'est pas souhaitable. En revanche, il est possible de favoriser les temps partagés des futures « recrues » avec les urgences médico-chirurgicales. La mutualisation des praticiens avec la réanimation ou le déchocage médical ou chirurgical peut également être un moyen de favoriser les collaborations.

- La collaboration entre le SAMU-Centre 15 et les SMUR du département pourrait également être renforcée. La participation de certains praticiens des SMUR périphériques à l'activité de régulation pourrait être effective sous forme, par exemple, de temps partagés entre les SMUR et le SAMU-C15.

Morlaix :

Le maintien du SMUR est justifié en terme d'activité et de couverture de zone territoriale. Les personnels du SMUR sont entièrement mutualisés avec le service des urgences qui présente une forte activité, permettant d'assurer le maintien de compétence. En revanche, il existe un problème actuel important de réduction de l'effectif médical en terme de postes pourvus mais également de postes « perdus ». Le nombre d'ETP actuellement affectés aux urgences est insuffisant et aboutit à une perte d'attractivité et un risque réel de pénurie autant pour le SMUR que pour les urgences. La participation des praticiens à l'activité de régulation peut s'envisager sous forme de temps partagé avec le SAMU-Centre 15, sous réserve d'une remise à niveau de l'effectif.

2) Finistère Sud

L'organisation de l'activité médicale en fédération est un exemple de coopération qui semble efficace et qui permet une rotation des personnels entre la structure à forte activité (Quimper) et les structures à faible activité. Cette organisation, outre le fait qu'elle participe au maintien de compétence et assure une homogénéité des pratiques, permet également d'aider les structures ayant des difficultés de recrutement.

- **Douarnenez** : Le SMUR doit être maintenu pour couvrir les zones blanches de la pointe du Raz, de la presqu'île de Crozon et d'une partie du centre Finistère. La mutualisation du SMUR avec les urgences est effective sur le plan médical grâce à la fédération médicale.
- **Quimperlé** : Le maintien du SMUR est justifié par la zone géographique couverte, la distance avec les autres SMUR et les restructurations (notamment fermeture de la maternité). C'est un SMUR qui a une activité interdépartementale

couvrant des zones blanches centrales du Finistère et du Morbihan. Il permet de renforcer le secteur du SMUR de Lorient en 2^{ème} intention. Les projets de restructuration avec Lorient sont à prendre en compte dans de possibles projets de restructuration à Concarneau.

- **Quimper** : C'est le pivot de l'organisation. Le SMUR a une forte activité (> 1134 interventions en 2007) : sa disponibilité pour couvrir les autres secteurs peut être limitée devant la nécessité théorique de 2 équipes pour plus de 1000 interventions par an (*Recommandations relatives aux effectifs de personnels des SAMU-Centre 15 et des SMUR de France : SAMU de France, Revue des SAMU, 1998, n°4, 166-170*). La fermeture éventuelle d'équipes SMUR dans le territoire de santé nécessiterait, en l'état, de renforcer la structure quimperlaise par une équipe d'intervention supplémentaire.
- **Concarneau et Pont L'Abbé** : Aux vues de l'activité et de la répartition géographique, la pertinence d'un 3^{ème} SMUR entre le SMUR de Concarneau et le SMUR de Pont l'abbé peut se discuter. Mais l'hypothèse d'une suppression de SMUR est à mettre en balance avec l'hypothèse de fermeture des urgences, notamment la nuit. Le site de Concarneau représente 60 526 habitants alors que Pont l'abbé représente 42 883 habitants. Les 2 secteurs d'intervention pourraient être couverts par l'équipe de Quimper mais celle-ci est déjà très sollicitée (environ 1200 interventions pour 1 seule équipe) et en deuxième intention par un autre SMUR en cas d'indisponibilité de Quimper mais avec des délais rallongés.
 - **Concarneau** : La suppression du SMUR de Concarneau pourrait être compensée par Quimper ou Quimperlé mais avec quelques zones blanches à l'Est et au Sud (Pont-Aven) et un risque d'indisponibilité de Quimper. Cependant, la fermeture du SMUR est à mettre en balance avec la fermeture des urgences. En terme de sécurité de la population et de service fourni à la population, il apparaît plus légitime de maintenir le SMUR et de fermer les urgences, notamment de nuit. L'activité des urgences, selon les dires mêmes des professionnels (chiffres non vus, notions à vérifier) est faible la nuit et relève essentiellement de la PDS. Les urgences potentiellement vitales (et les urgences « maternité ») que ce soit sur le secteur ou dans l'hôpital sont gérées par le SMUR et impose un transfert sur Quimper en raison de l'absence de plateau technique médicochirurgical. L'activité des urgences semble pouvoir être transférée sur Quimper sans mise en danger de la population. Dans cette hypothèse de fermeture des urgences de Concarneau, le maintien de l'équipe SMUR est indispensable pour assurer, entre autre, la sécurité des patients de l'hôpital.
 - **Pont l'Abbé** : Le maintien du site peut se discuter sur les données de l'activité, de la population couverte et des courbes d'isochronie. Le secteur de Pont l'Abbé peut être couvert par Quimper ou Douarnenez (voire Concarneau) en cas d'indisponibilité de Quimper. Mais sa suppression éventuelle entraînerait des zones blanches sur le littoral qu'il conviendrait d'étudier de plus près. L'activité (554 interventions en 2007) comprend,

dans une part non négligeable, l'activité secondaire non urgente (18%). Il existe une baisse récente des secondaires semblant liée à la création de l'USC (Unité de Soins Continus). L'arrivée prochaine d'un scanner va possiblement entraîner encore une diminution de l'activité du SMUR. Il existe 2 praticiens en journée pour le SMUR et les urgences mais un seul praticien la nuit, ce qui pose la question du délai pour le départ du SMUR et du relais de la prise en charge des patients aux urgences. Les praticiens de Pont l'Abbé ne sont pas mutualisés avec une structure à plus forte activité ce qui soulève la question du maintien de compétence sur une structure isolée à faible activité. Le maintien d'une activité d'urgence peut être pertinent dans le cadre du développement de l'établissement mais ceci est à corrélérer aux chiffres d'activité des urgences (premiers passages hors consultations post urgences). Le maintien du SMUR n'est pas justifié sur le seul argument du développement de la structure médico-chirurgicale. Le maintien de ce SMUR toute l'année se discute en raison de la faible activité primaire (plus faible que les autres SMUR) et des chiffres de la population. La sécurité des patients sur le site de l'hôpital, en raison de la création des soins continus, semble être assurée par un anesthésiste réanimateur. Les impératifs de maintien de compétence justifient un rapprochement avec la fédération mais ceci nécessite une homogénéisation des statuts entre les hôpitaux publics et le PSPH.

- **Carhaix** : cet établissement n'a pas été visité en raison du manque de temps et de sa position isolée qui, de toute évidence, impose le maintien d'un SMUR pour la couverture sanitaire de la population. L'intégration récente du site de Carhaix dans la fédération médicale du Centre Hospitalier de Cornouailles est un point positif. Les projets de restructuration chirurgicale et/ou maternité renforcent d'autant plus la nécessité de maintien de cette équipe.

VI – HYPOTHESES DE RESTRUCTURATION

Hypothèse Privilégiée par les experts :

Maintien de l'ensemble des équipes SMUR : Douarnenez, Quimper, Concarneau, Quimperlé et Pont l'Abbé et fermeture, essentiellement nocturne, de services d'urgences 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 de 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).

En tout état de fait, ces hypothèses doivent être étudiées de façon plus précise avec les professionnels locaux et les organismes de tutelle. Il conviendra alors de pouvoir disposer de chiffres d'activité exhaustifs et fiables.

VII – LIMITES DE LA MISSION

La mission diligentée par SAMU de France, à la demande de l'Agence Régional de l'Hospitalisation de Bretagne, s'entend comme une mission d'experts, sans avoir la prétention d'un audit exhaustif sur les structures d'urgences préhospitalières du Finistère. Un certain nombre de limites sont apparues aux experts, limites qu'il convient de préciser pour une lecture cohérente de ce rapport.

- Le **temps imparti** pour l'évaluation était **très court**, insuffisant pour évaluer la qualité des soins, les procédures de bon fonctionnement et l'étude de tous les documents fournis par la DDASS et les services concernés.
- Les **courbes d'isochronies** fournies par la DDASS ne correspondent pas à « la vraie vie ». Les délais d'intervention réels n'ont pas été fournis par les équipes sur l'ensemble des secteurs.
- Les **durées d'indisponibilité des équipes SMUR** sur leur secteur d'intervention sont également indisponibles. Les seuls chiffres d'activité ne suffisent pas à définir la couverture sanitaire sans intégrer les données de temps disponible de l'équipe SMUR de suppléance.
- Le site de **Carhaix** n'a pu être visité.
- L'évaluation de l'implantation des SMUR ne peut pas se concevoir sans une discussion associée sur les **structures d'urgences intrahospitalières**. Les chiffres d'activité des urgences n'étaient pas suffisamment détaillés. De fait, les propositions de restructuration nécessitent une vérification des chiffres d'activité notamment nocturne des structures concernées.
- Le temps consacré à **l'évaluation du SAMU** a été limité. Le SAMU a été visité en début de mission ; certaines questions ont été soulevées après la visite des SMUR et n'ont pas pu être posées au SAMU-Centre15.
- Des hypothèses de **mutualisation** avec les autres services du **CHU de Brest** (urgences, SAMU, SMUR, Réanimations voir pédiatrie ...) ne peuvent pas être proposées de façon cohérente, l'ensemble des acteurs concernés n'ayant pas pu être rencontrés dans le cadre de cette évaluation. Il semble cependant évident aux experts que ces pistes doivent être étudiées.
- La pertinence de l'utilisation des **hélicoptères** (SAMU et Sécurité civile) n'a pas pu être évaluée correctement. Les délais d'intervention théoriques et réels n'ont

pas été fournis (délai de déclenchement, de récupération équipe et d'acheminement). Les experts ne peuvent donc pas, en l'état, se prononcer sur d'éventuelles solutions mutualisées de fonctionnement des hélicoptères à vocation sanitaire dans le département du Finistère.

- L'activité d'enseignement, tout particulièrement au niveau du **CESU**, n'a pas été évaluée : les contraintes liées à l'enseignement de l'AFGSU nécessiteront, de toute évidence, une étude précise sur ses retentissements en terme de personnels médicaux.