Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Inspection générale
des affaires sociales
2013-182R

Inspection générale
de l'administration
N°14063-13128-01

Evaluation de l'application du référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente

RAPPORT DEFINITIF

Établi par

Jean-François BENEVISE
Inspecteur général
des affaires sociales

Sophie DELAPORTE
Inspectrice générale
de l'administration

Maximilien BECQ-GIRAUDON
Inspecteur de
l'administration

- Juin 2014 -

SYNTHESE

[1] En octobre 2013, les ministres chargés de la santé et de l'intérieur ont demandé aux inspections générales des affaires sociales (IGAS) et de l'administration (IGA) d'évaluer l'application du référentiel du 25 juin 2008 relatif à l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente (SAP-AMU), sous l'angle de l'effectivité de sa mise en œuvre, de l'efficacité de la réponse opérationnelle et de l'efficience du dispositif aujourd'hui.

[2] Outre une centaine d'entretiens nationaux et l'exploitation des données disponibles, la mission a effectué six visites de terrain et adressé des questionnaires aux cinq réseaux directement concernés. 66 réponses ont été reçues de la part des préfets, 26 des directeurs généraux d'ARS, 77 des services d'incendie et de secours (SIS), 63 des services d'aide médicale urgente (SAMU) et des directions de leurs établissements et 8 des présidents de conseil général.

*

[3] Services publics aux identités fortes, également légitimes, SAMU et SIS interagissent au quotidien dans les prises en charge urgentes de patients et de victimes. Les premiers mobilisent, au titre de l'aide médicale urgente (AMU), un dispositif de régulation médicale et de médicalisation pré-hospitalière fondés sur une appréciation médicale du « juste soin ». Les seconds, acteurs centraux du secours à personne (SAP), déclinent leur doctrine du « porter secours » dans un cadre de réponse formalisé et standardisé.

[4] Les deux services réalisent une part significative de leur activité en commun, hors permanence des soins ambulatoire (PDSA). Ils font face à une pression à la hausse de leur activité sous l'influence d'évolutions sociétales : vieillissement de la population, développement de l'hospitalisation à domicile, croissance des demandes non urgentes, extension des tâches « indues » (pour les SDIS, transports simples et interventions médico-sociales ; pour les SAMU, carences d'autres acteurs sanitaires et établissement de certificats de décès).

[5] Les transformations de l'offre de soins ont un impact sur le fonctionnement des services, que ce soit la diminution programmée du nombre de médecins installés, l'évolution plus favorable du nombre d'infirmiers ou la filiarisation des prises en charge qui accroît les temps de transport.

[6] Au fil du temps, les pouvoirs publics ont dû opérer des ajustements dans les interventions respectives des SAMU et des SIS, d'abord par voie de circulaires, puis par une voie négociée entre représentants des professionnels sous l'égide des administrations centrales concernées, à la demande du plus haut niveau de l'Etat.

[7] Le référentiel SAP-AMU, publié par arrêté du 24 avril 2009, contient plus de 160 prescriptions, portant sur le traitement des appels, la réponse aux demandes ou encore la mise en œuvre d'une démarche qualité ambitieuse. Il pose trois principes destinés à remédier aux dysfonctionnements antérieurs :

- la reconnaissance de la légitimité de l'envoi immédiat de moyens sapeurs-pompiers dans les situations dites de « départ réflexe », incluant les urgences vitales et les événements survenant sur la voie publique ou dans un lieu public ;
- la reconnaissance de la pertinence de la régulation médicale de tout appel de secours à personne ou d'aide médicale urgente, quel que soit le numéro d'urgence composé par l'appelant : régulation a posteriori en cas de départ réflexe, *a priori* dans tout autre cas ;
- l'affirmation du principe selon lequel le doute profite à l'appelant.

[8] Face à cette nouvelle relation bipartite, qui rompt avec le cadre tripartite promu depuis 2004, les transporteurs sanitaires privés ont sollicité du ministère de la santé l'élaboration d'un référentiel spécifique, signé le 9 avril 2009. Ce document souligne notamment qu'en leur qualité de professionnels de santé, ils ont vocation à participer à la prise en charge des urgences vitales sur demande du SAMU et présente le référentiel SAP-AMU comme complémentaire du leur.

1 BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DU REFERENTIEL

[9] Les réponses aux questionnaires de la mission font ressortir un bilan d'application du référentiel contrasté suivant les départements et les sujets.

[10] Les départs reflexes et la régulation médicale sont bien intégrés dans les pratiques, même si certains SAMU se plaignent du caractère parfois tardif ou non systématique de la mobilisation de la régulation médicale.

[11] S'agissant des outils techniques, les fonctionnalités téléphoniques de transfert d'appel et de conférence à trois sont assurées dans la quasi-totalité des services ; la priorisation des appels entrants n'est en revanche pas généralisée. Le déploiement du réseau de radiocommunications ANTARES est plus lent que prévu (67 SIS et 47 SAMU équipés au 1er décembre 2013). Dans environ la moitié des départements, les systèmes d'information des deux services semblent ne pas partager d'informations en temps réel. Les travaux de cadrage technique des logiciels de sécurité civile menés sous l'égide de l'AFNOR-INFOCERT font débat entre les ministères. Enfin, la géolocalisation des moyens n'est disponible que dans moins de 20% des services.

[12] Les modalités de réponse envisagées par le référentiel sont inégalement mises en œuvre :

- la réponse secouriste est considérée par tous les acteurs comme globalement bien maîtrisée par les sapeurs-pompiers. Trois éléments du référentiel ne sont toutefois utilisés que dans 50 à 75% des départements : les bilans simplifiés, l'information spécifique du CRRA pour la clôture des dossiers et la justification médicale de l'envoi d'un VSAV en dehors de son secteur opérationnel ;
- les dispositions relatives aux infirmiers sapeurs-pompiers, qui occupent une place importante dans le référentiel, sont faiblement appliquées et font l'objet de divergences. Le projet de protocoles nationaux de soins d'urgence et d'antalgie établis conjointement par les représentants des urgentistes et des soignants sapeurs-pompiers a échoué. Les SIS qui mettent en place de tels protocoles estiment tous qu'ils respectent le décret d'actes des infirmiers alors que 65% seulement des SAMU répondants partagent ce point de vue ;
- dans la réponse médicale, l'articulation n'a pas encore été trouvée entre médecins sapeurs-pompiers (MSP) et médecins correspondants du SAMU (MCS). Moins de 30% des SIS et SAMU échangent leurs listes de médecins (MCS et MSP). Le ministère chargé de la santé a omis d'associer les responsables des sapeurs-pompiers à la réflexion sur l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes et ne fait suffisamment pas le lien entre le dispositif des MCS et la politique territoriale de soutien à l'installation des médecins.

[13] La formalisation des relations financières entre établissements de santé et SDIS doit progresser afin d'assurer, comme le prévoit le référentiel, la rémunération de trois types d'intervention du SDIS en dehors de ses missions sur demande du SAMU (appui logistique régulier à un SMUR, évacuations par indisponibilité ambulancière, appui aux relevages-brancardages simples). A titre d'exemple, seuls 57% des SDIS et 31% des SAMU répondants mentionnent une convention d'appui logistique. Pour les autres, il n'est pas possible de savoir si un tel appui n'existe pas ou si les acteurs estiment qu'une prestation entre deux services publics ne doit pas être facturée.

[14] Plus largement, les orientations posées par le référentiel en matière d'efficience trouvent peu de traductions concrètes. La démarche qualité, ambitieuse, est médiocrement mise en œuvre. Le suivi des indicateurs est lacunaire. Les axes de progrès prévus par le référentiel ont été peu suivis.

[15] La mise en œuvre du référentiel relatif à la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière est encore moins avancée : moins d'un tiers des départements bénéficient d'un coordonnateur ambulancier (15 financés par la profession, 5 sur fonds publics et 8 de façon mixte).

[16] Par ailleurs, la signature des conventions interservices n'est pas généralisée. 25 départements ne semblent pas dotés d'une convention SAMU-SIS postérieure à l'adoption du référentiel. Parmi eux, une dizaine fonctionne encore sous le régime d'une convention tripartite antérieure. Le dispositif prévu (conventions SAMU-SDIS et SAMU-ambulanciers et protocole tripartite) n'est complet que dans deux départements, l'Ille-et-Vilaine et le Maine-et-Loire. Mais les relations peuvent être solides et inclure tous les acteurs, même en l'absence de telle ou telle convention.

[17] Des situations de blocage sont identifiées dans une quinzaine de départements : onze cas entre le SAMU et le SIS, pour des raisons financières le plus souvent, et cinq entre le SAMU et les transporteurs sanitaires privés, pour des motifs spécifiques.

2 ANALYSE DES RESULTATS EN TERMES D'EFFICACITE ET D'EFFICIENCE

[18] La mise en œuvre du référentiel a permis de dynamiser les relations entre SDIS et SAMU, de clarifier les rôles et de formaliser les pratiques. Des initiatives locales positives sont recensées, depuis l'élaboration d'algorithmes de traitement jusqu'au logiciel commun avec délégation à l'autre service de la possibilité d'engager ses moyens.

➢ *La clef de l'efficacité réside dans une compréhension partagée du champ et des limites des départs réflexes comme de la régulation médicale*

[19] Sur le périmètre des départs réflexes, quatre dysfonctionnements ressortent : ajout de motifs non prévus (accident vasculaire cérébral, douleurs thoraciques, chute de hauteur), caractère trop flou de certaines rubriques du référentiel (détresse respiratoire, altération de la conscience, personne restant à terre après chute), difficultés sur les urgences vitales à domicile - antérieurement prises en charge par les transporteurs sanitaires -, étendue trop large du critère relatif à la voie publique, aux lieux publics et aux établissements recevant du public.

[20] Sur le dernier point, dans plusieurs départements, SDIS et SAMU ont, d'un commun accord, décidé de circonscrire le critère géographique soit en lui ajoutant un critère de gravité, soit en instaurant une régulation médicale préalable pour certaines catégories d'appels (faits survenant dans un établissement recevant du public, un EHPAD ou sur un stade), soit en répartissant les interventions entre sapeurs-pompiers et transporteurs sanitaires privés en fonction du lieu.

[21] Par ailleurs, la qualité de la régulation médicale est interrogée par plusieurs SDIS répondants en raison de difficultés pour joindre le Centre 15, voire le médecin (près de 20% des SIS) et de l'hétérogénéité des pratiques des médecins régulateurs.

➤ ***Quatre difficultés sont de nature à affecter l'efficacité globale du dispositif***

[22] La première difficulté a trait au positionnement des transporteurs sanitaires, tiraillés entre un sentiment d'exclusion (logique bipartite SAMU-SDIS et non plus tripartite) et le manque d'organisation de leur profession dans de nombreux départements (coordonnateur, géolocalisation), qui ne facilite pas sa mobilisation effective.

[23] La deuxième source de crispation est relative au décompte des carences ambulancières. En dépit d'un cadre réglementaire qui se veut précis, les divergences sont fréquentes. Elles portent sur la notion même de carence, leur qualification, l'absence d'outil de suivi commun, voire un manque d'outil dans l'un des deux services, ou l'absence de prescriptions écrites par le SAMU permettant de tracer les demandes.

[24] Les conditions de mobilisation des infirmiers sapeurs-pompiers constituent la troisième source de tension. Les médecins des deux secteurs ne sont pas parvenus à s'entendre sur la place de la régulation médicale, l'apport d'une intervention infirmière et son contenu, en particulier dans la prise en charge de la douleur (possibilité ou non de protocoliser l'utilisation de la morphine).

[25] Enfin, tous les interlocuteurs de la mission s'accordent pour regretter un défaut persistant de pilotage au niveau national, (déception sur le fonctionnement du comité de suivi, constat d'une absence fréquente de réponse aux saisines par les autorités locales).

➤ ***Au niveau de l'efficience, les marges de progrès sont importantes et générales***

[26] Etablies sur une base déclarative, les sources statistiques de référence (SAE pour la santé et INFOSDIS pour les sapeurs-pompiers) sont lacunaires, hétérogènes et peu fiables. Certes, les données peuvent être croisées avec d'autres sources dans chaque réseau. Mais aucune n'a vocation à servir d'outil de pilotage national ou local des deux réseaux.

[27] La faible attention portée aux outils statistiques envoie un message inverse de celui du référentiel qui attache une grande importance aux systèmes d'information, au suivi d'indicateurs et à la démarche qualité. Elle favorise des confrontations locales sur la base de pétitions de principe en rendant difficile la mise à plat des points litigieux. L'absence de cadrage national gêne également le développement du dialogue de gestion et du contrôle de gestion. Enfin, préfets et directeurs généraux d'ARS manquent de comparaisons interdépartementales ou interrégionales qui leur permettraient de prendre le recul nécessaire pour relativiser les situations locales.

[28] De même la comptabilité analytique n'est pas facilement mobilisable. Dans les SDIS, elle reste cantonnée aux structures les plus importantes et dans les SAMU, les données par établissement sont délaissées par la tutelle au profit d'une modélisation à visée normative. Les pouvoirs publics ne paraissent pas non plus intéressés par la connaissance de la structure des coûts de la profession ambulancière.

[29] L'analyse des coûts de fonctionnement des acteurs fait tantôt référence au coût moyen par intervention (865 € pour le secours à personne pour les SDIS et 1 205€ pour les SMUR terrestres en 2012), tantôt à leur coût marginal (115 € pour la rémunération d'une intervention en carence), tantôt à une approche par le potentiel opérationnel journalier, privilégiée par les SDIS (la réponse est alors dimensionnée en fonction du niveau de risque à couvrir et non de l'activité constatée).

[30] Les cartes de coût par habitant du secours à personne et des SAMU-SMUR présentées par la mission font apparaître des disparités qui ouvrent des possibilités d'échanges constructifs au sein de chaque réseau et entre services au niveau local. Ces cartes révèlent par exemple une corrélation négative entre la taille du département et le coût des SAMU-SMUR par habitant, qui ne se retrouve pas dans les SDIS.

[31] Globalement, les mécanismes de financement ne poussent pas les acteurs à l'efficience.

[32] La réforme des modalités de calcul des dotations MIG (missions d'intérêt général) des SAMU-SMUR relève d'un retour à la moyenne autour d'une norme d'activité plus que d'un calibrage directement contraint. Les charges des SDIS ont ces dernières années été systématiquement équilibrées par les conseils généraux même si on observe les premiers signes de décrochage entre les attentes des SDIS et les prévisions des collectivités. S'agissant des transporteurs sanitaires, plusieurs rapports ont souligné les effets désincitatifs des modes de rémunération de la garde.

[33] A cet égard, l'article 66 de la LFSS 2012 ouvre des perspectives nouvelles permettant, au sein d'une enveloppe contrôlée, de faire travailler ensemble les acteurs de l'urgence pour définir les conditions d'intervention les plus pertinentes et les rémunérations afférentes (réorganisation des secteurs et formats de garde, hypothèse d'implication du SDIS sur la fonction de transport là où il n'existe pas d'autre offre). Ces mesures n'excluent pas la vérification du respect par les ambulanciers de leurs obligations, en utilisant, si nécessaire, le pouvoir de réquisition.

[34] Au-delà des efforts de rationalisation de l'organisation et du fonctionnement à mener au sein de chaque secteur, qui ne constituent pas l'objet du présent rapport, l'efficience globale du dispositif SAP-AMU tient également à la qualité de l'articulation entre les deux services publics.

[35] Or, aujourd'hui, les schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) et les schémas régionaux de l'offre de soins (SROS), outils d'identification des enjeux opérationnels et de programmation territoriale des moyens respectivement pour les SDIS et les SAMU, ne sont pas mobilisés à des fins de mise en cohérence globale malgré l'instruction conjointe adressée en 2007 aux autorités locales. Même si le portage, l'objet, la maille territoriale et la portée des deux outils sont différents, il importe que le préfet et le directeur général d'ARS soient saisis pour avis du schéma de l'autre secteur, et que le SDACR s'enrichisse d'une dimension réellement prospective, moyennant une évolution législative.

[36] Par ailleurs, l'informatique des SDIS et des SAMU reste une mosaïque de solutions locales, traitées sans souci d'intégration avec un petit nombre d'offreurs. La disparité des choix contribue à la multiplication des demandes de développements spécifiques et a des conséquences fonctionnelles, opérationnelles et financières importantes.

3 DES ORIENTATIONS POUR PRESERVER ET AMELIORER LA QUALITE DE LA REPONSE TOUT EN UTILISANT MIEUX LES RESSOURCES

[37] Compte tenu de la diversité des situations et des sujets, la mission propose une démarche de progrès combinant approfondissement et management, responsabilités nationales et locales.

➢ *Plusieurs décisions relèvent du niveau national*

[38] Il importe d'abord de donner corps au principe de non concurrence dans la constitution des viviers de médecins en mettant en place une reconnaissance mutuelle des ressources médicales attachées au SIS et au SAMU.

[39] Il faut ensuite clarifier les conditions d'intervention des infirmiers sapeurs-pompiers, afin de concilier la responsabilité amont du chef du service de santé et de secours médical (SSSM) du SIS et celle du médecin régulateur du SAMU pendant l'intervention, selon le principe de l'unité de commandement. L'infirmier sapeur-pompier devrait ainsi, pendant le temps de l'intervention, être placé réglementairement sous l'autorité fonctionnelle du médecin régulateur du SAMU. Cette mesure devrait être complétée par l'harmonisation entre les SSSM des protocoles applicables par les infirmiers sapeurs-pompiers, sur la base de références scientifiques solides et explicites, puisées au-delà du secteur.

[40] Dans le même temps, il est nécessaire de donner des degrés de liberté aux acteurs locaux dans la définition des cas de départ réflexe et la répartition des prises en charge des urgences vitales, dans le respect des deux référentiels et sur la base d'une analyse partagée des enjeux.

[41] Parmi les ajustements à envisager, la mission mentionne l'allégement des obligations d'intervention du SIS en cas de traumatisme bénin sur la voie publique ou dans les lieux publics, la mobilisation des compétences des services de sécurité incendie et d'assistance à personne implantés dans les établissements recevant du public, une réflexion sur les modalités les plus pertinentes de prise en charge des relevages, l'élargissement de la liste des lieux d'évacuation aux lieux médicalisés (cabinets, maisons médicales de garde) et une utilisation accrue des équipages à deux dans les VSAV, comme le permet la réglementation (évacuations sur carence ambulancière, relevages simples à domicile, interventions de type médico-social).

[42] Afin d'aplanir les différends financiers, la mission propose d'ouvrir une possibilité de réexamen collégial *a posteriori* et par sondage des dossiers de carence initiés par le SAMU et contestés et d'instaurer une rémunération des appuis logistiques ponctuels au même tarif que de la carence ambulancière.

[43] Dans le domaine de la radio, deux actions prioritaires sont à mener : d'une part, poursuivre le déploiement du réseau ANTARES, en veillant à la coordination des calendriers de bascule des SDIS et des SAMU et au traitement des quelques difficultés d'utilisation signalées ; d'autre part, lancer la préparation du changement de réseau radio à horizon 2025-2030.

[44] Dans le champ des systèmes d'information, le renforcement de l'interopérabilité et la maîtrise des coûts devraient être obtenus en circonscrivant les exigences normatives aux seuls besoins d'échanges entre les services et en étendant ces prescriptions aux transporteurs sanitaires. Les acteurs locaux devraient être invités à intégrer un module de géolocalisation dans leurs appels d'offres. Sur un plan plus stratégique, la mise à l'étude d'un projet national pour les SAMU pose la question de l'opportunité d'une démarche similaire pour les SDIS et celle d'une approche conjointe, soit par développement d'un outil national commun, soit par extension d'outils locaux existants. Ces questions devraient être traitées au plan interministériel.

[45] Enfin, il existe un important besoin de pilotage national, sectoriel et global. Le développement de la capacité de pilotage passe par la fiabilisation des bases INFOSDIS et SAE, l'objectivation des avantages et inconvénients de différents modes de prise en charge et l'analyse de la pertinence des choix opérationnels à travers des projets de recherche. Il suppose également la redynamisation du comité national de suivi du référentiel, dans une composition élargie aux transporteurs sanitaires privés, ainsi que la mise en place d'une instance de concertation spécifique réunissant les représentants des financeurs du secours à personne et de l'aide médicale urgente (collectivités territoriales, assurance maladie et ministères chargés de la santé et de l'intérieur). Enfin, en tant que de besoin, les processus interministériels d'arbitrage doivent être mobilisés.

[46] L'action des pilotes nationaux doit également s'adresser au grand public, que ce soit par la reprise de campagnes d'information sur le bon usage des numéros d'urgence et par l'intensification des formations au secourisme dans le cadre de la formation continue ou des activités périscolaires.

➤ ***Au niveau local, la mission préconise l'élaboration de plans d'actions à trois ans***

[47] Il appartient aux autorités locales, sur la base d'une analyse des forces et faiblesses du dispositif local de secours et soins d'urgence, d'identifier les axes d'amélioration prioritaires, d'élaborer un plan d'action départemental à trois ans et de consolider ces plans au niveau régional.

[48] Préfets et directeurs généraux d'ARS doivent être mobilisés ensemble (séminaire annuel commun avec compte-rendu d'avancement du plan d'action) sur la base d'une feuille de route rappelant les grands principes, énonçant les arbitrages et leur donnant instruction de mettre en œuvre les deux référentiels en utilisant les marges d'interprétation qu'ils permettent.

[49] Les sujets de doctrine sont l'un des principaux axes de travail possibles : définition de doctrines d'intervention partagées, traduction dans les systèmes d'information, information réciproque des deux services sur les contributions des soignants à leur action, explicitation de la doctrine d'emploi des ressources… Celle des infirmiers sapeurs-pompiers mérite d'être débattue au sein du conseil d'administration du SDIS après avis de l'ARS.

[50] La relation avec les transporteurs sanitaires doit être approfondie en accompagnant la profession dans la mise en place de coordonnateurs, avec un financement adapté au niveau d'engagements pris et en développant la géolocalisation de leurs véhicules

[51] Les urgentistes peuvent contribuer à l'amélioration de la fluidité de la prise en charge en précisant les délais d'intervention requis compte tenu de l'état du patient et en améliorant l'organisation des services d'urgence lorsque leurs délais d'attente sont reconnus trop longs.

[52] En ce qui concerne les outils techniques, la mission recommande une utilisation plus active des données fournies par les installations téléphoniques, à des fins de pilotage et de prévision d'activité. L'utilisation de la radio pourrait être améliorée par un travail avec les acteurs de terrain sur quelques points clefs (statuts, bilans complets, bilans simplifiés…). Les changements de version logicielle des systèmes d'information devraient être synchronisés entre les deux secteurs.

[53] Pour la mission, la question d'une implantation immobilière commune n'est ni nécessaire, ni suffisante pour garantir la qualité des relations et du travail en commun du SDIS et du SAMU. En revanche, son opportunité doit être examinée de manière systématique chaque fois que les deux services ont des besoins immobiliers compatibles en termes de calendrier.

[54] La mission recommande une attention particulière aux actions favorisant le décloisonnement entre les services et le développement d'une culture commune, avec une représentation réciproque dans les instances de définition des programmes de formation soins d'urgence et secourisme et le développement d'initiatives telles que formations conjointes, visites, engagements croisés, ouverture sur les activités propres de l'autre service, séminaires annuels etc..

[55] Enfin, il importe de faire vivre et, si besoin, de créer des instances de concertation permettant de progresser sur les différents sujets : redynamisation du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS), qui doit devenir le lieu de suivi du plan d'action triennal, mise en place d'une instance d'amélioration de la qualité sous forme de retours d'expériences, création d'un lieu de partage des informations recueillies lors de prises en charge à caractère social, notamment avec le conseil général.

*

[56] Six ans après l'adoption du référentiel SAP-AMU, cinq ans après sa publication et celle du référentiel SAMU-ambulanciers et plus de quatre ans après l'échéance fixée pour leur prise en compte dans les pratiques des acteurs, il reste beaucoup à faire pour y parvenir de manière homogène sur le territoire. Formuler des préconisations générales est délicat car les forces et faiblesses du dispositif de secours et soins d'urgence sont variables d'un département à l'autre.

[57] Pour savoir si le niveau national aura bien travaillé, c'est-à-dire s'il aura su désamorcer les sujets de tensions tout en laissant sa liberté d'action au niveau local, et pour savoir si ce dernier aura, lui aussi, bien travaillé, en capitalisant sur l'amélioration des relations depuis 2008 signalée par de nombreux acteurs pour faire sortir de terre des projets concrets, la mission recommande de fixer une nouvelle échéance d'évaluation, d'ici trois ans.

[58] La construction de relations de qualité demande du temps, de la volonté, de la coopération de tous les acteurs. L'expérience montre qu'elle n'est possible que si l'Etat fixe un cadre de prise en charge conforme aux besoins des patients et des victimes, à juste distance des perceptions des acteurs locaux, tout en s'attachant à susciter et à entretenir la confiance.

Sommaire

SYNTHESE 3

RAPPORT 15

1. DEUX SERVICES PUBLICS EGALEMENT LEGITIMES QUI INTERAGISSENT DANS UNE RELATION OPERATIONNELLE EN CONSTANTE EVOLUTION 17

1.1 Deux services publics structurés, aux missions reconnues et qui travaillent ensemble au quotidien 17

1.1.1 Les SAMU-SMUR, pivots de l'aide médicale urgente 17

1.1.2 Les SDIS, acteurs centraux du « secours à personne » 19

1.1.3 Une interdépendance de fait entre secours à personne et aide médicale urgente, malgré des doctrines d'engagement différentes 20

1.1.4 Le positionnement complexe des transporteurs sanitaires privés 22

1.2 Des ajustements réguliers en fonction des évolutions des deux secteurs ou de leur environnement 23

1.2.1 La structuration progressive de l'aide médicale urgente, du secours à personne et de leur articulation opérationnelle 23

1.2.2 Depuis les années 2000, un système de l'urgence pré-hospitalière victime de son succès ? 24

2 UN REFERENTIEL RICHE, INEGALEMENT MIS EN ŒUVRE 28

2.1 Un document ambitieux, fruit d'une négociation longue et complexe 28

2.1.1 Le choix de la voie négociée 28

2.1.2 Le rappel d'objectifs prioritaires fixés précédemment 29

2.1.3 La validation de principes clefs de fonctionnement 30

2.1.4 Une place importante consacrée au rôle des infirmiers 31

2.1.5 Une partie étoffée sur la démarche qualité 32

2.1.6 Une volonté de clarification de certains aspects financiers 32

2.1.7 Une articulation définie dans un deuxième temps avec les transporteurs sanitaires privés 33

2.2 Une mise en œuvre inégale suivant les sujets et les départements 34

2.2.1 Déclinaison des éléments relatifs au traitement de l'appel 34

2.2.2 Application du dispositif de réponse 37

2.2.3 Mise en œuvre des préconisations en matière d'efficience 39

2.2.4 Suivi des axes de progrès 40

2.2.5 Prise en compte du référentiel d'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière 42

2.2.6 Signature des conventions prévues par les référentiels 43

3 DES RESULTATS VARIABLES EN TERMES D'EFFICACITE ET ENCORE PEU VISIBLES EN MATIERE D'EFFICIENCE 45

3.1 Des gains en efficacité dont l'optimisation passe par une approche partagée de sujets clefs et la résolution de quatre difficultés 45

3.1.1 Des progrès en cohérence et en efficacité 46

3.1.2 Une clef de l'efficacité : une compréhension partagée de la régulation médicale et des départs réflexes 48

3.1.3 Quatre difficultés principales 51

3.2 Une efficience difficile à quantifier mais perfectible 56

3.2.1 Une approche par les coûts obérée par le manque de données fiables et d'une méthode reconnue 56

3.2.2 Une approche par les ressources qui se rénove sous la pression budgétaire....65
3.2.3 Des marges d'amélioration de l'efficience dans une meilleure articulation entre les deux services publics....69

4 PRESERVER ET AMELIORER LA QUALITE DE LA REPONSE TOUT EN UTILISANT MIEUX LES RESSOURCES....73

4.1 Au niveau national, conjuguer cadrage et ouverture sous le pilotage de l'Etat....73
4.1.1 Préciser les sujets de doctrine qui doivent l'être....74
4.1.2 Aplanir les sources de différends financiers....82
4.1.3 Retravailler en profondeur la question des systèmes d'information et de communication....85
4.1.4 Assurer un pilotage national interministériel....89
4.2 Définir des plans d'action départementaux et régionaux à trois ans en fonction des spécificités locales....94
4.2.1 Identifier les axes d'amélioration prioritaires....94
4.2.2 Construire des plans d'action à trois ans par la concertation entre les acteurs opérationnels sous l'égide de l'Etat....104

CONCLUSION....108

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION....111

LETTRE DE MISSION....117

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES....121

LISTE DES ANNEXES....133

ANNEXE 1 SYNTHESE DES REPONSES DES PREFETS....135

ANNEXE 2 SYNTHESE DES REPONSES DES DIRECTEURS GENERAUX D'AGENCE REGIONALE DE SANTE....157

ANNEXE 3 SYNTHESE DES REPONSES DES PRESIDENTS DE CONSEIL GENERAL....171

ANNEXE 4 SYNTHESE DES REPONSES DES SERVICES D'INCENDIE ET DE SECOURS....177

ANNEXE 5 SYNTHESE DES REPONSES DES SERVICES D'AIDE MEDICALE URGENTE....201

ANNEXE 6 SYNTHESE DES REPONSES DES SERVICES D'INCENDIE ET DE SECOURS ET DES SERVICES D'AIDE MEDICALE URGENTE A LA GRILLE D'EVALUATION DE LA MISSION....219

ANNEXE 7 SECOURS A PERSONNE ET AIDE MEDICALE URGENTE : ELEMENTS DE CADRAGE HISTORIQUES ET JURIDIQUES....247

ANNEXE 8 L'ACTIVITE DES URGENCES HOSPITALIERES ET PRE HOSPITALIERES....259

ANNEXE 9 EVOLUTION COMPAREE DE LA POPULATION, DES PASSAGES AUX URGENCES GENERALES, DE L'ACTIVITE DE SAP DES SAPEURS-POMPIERS ET DE L'ACTIVITE DES SAMU-SMUR....275

ANNEXE 10 L'EVOLUTION DES PROFESSIONS DE SANTE....283

ANNEXE 11 APPROCHES EVALUATIVES DES MODES DE PRISE EN CHARGE ET DES PRATIQUES MEDICALES D'URGENCE 295

ANNEXE 12 L'ACCES AUX SOINS URGENTS EN MOINS DE 30 MINUTES 305

ANNEXE 13 POINT SUR LA MISE EN ŒUVRE DES COORDONNATEURS AMBULANCIERS 319

ANNEXE 14 NOMBRE DE CARENCES POUR 1 000 HABITANTS SELON LES DEPARTEMENTS 323

ANNEXE 15 COMPARAISON DE PROTOCOLES INFIRMIERS DE SOINS D'URGENCE ET D'ANTALGIE 327

ANNEXE 16 SOURCES STATISTIQUES DISPONIBLES 335

ANNEXE 17 DES COUTS DE FONCTIONNEMENT AUX MECANISMES DE FINANCEMENT 351

ANNEXE 18 SDACR ET SROS : UNE MISE EN COHERENCE LENTE ET DIFFICILE 371

SIGLES UTILISES 379

RAPPORT

[59] Par lettre en date du 28 octobre 2013, la ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre de l'intérieur ont demandé à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'inspection générale de l'administration (IGA) d'évaluer la mise en œuvre du référentiel d'organisation du secours à personne (SAP) et de l'aide médicale urgente (AMU) validé le 25 juin 2008 par la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, le directeur de la défense et de la sécurité civiles, les représentants des structures de médecine d'urgence et ceux des services d'incendie et de secours.

[60] Prévue dès la publication du référentiel par voie d'arrêté en avril 2009[1] et initialement programmée pour juin 2012, cette évaluation a finalement débuté dans les dernières semaines de 2013, dans le contexte particulier de la déclinaison de l'engagement gouvernemental d'accès aux soins d'urgence en moins de trente minutes.

[61] Parallèlement se déroule, dans le cadre de la modernisation de l'action publique (MAP), une évaluation de la politique territoriale d'incendie et de secours (PTIS). Cette dernière, qui a démarré en mai 2013 et qui suit la méthode propre à la MAP, a déjà rendu la première partie de ses conclusions (rapport de diagnostic) et finalise actuellement un rapport de scénarios.

[62] Conformément à la lettre de mission, la présente évaluation porte à la fois sur l'effectivité de l'application du référentiel, sur l'efficacité de la réponse opérationnelle et sur l'efficience du dispositif aujourd'hui. La question de la pertinence du référentiel n'est pas traitée sur le plan des principes mais est abordée à travers l'approche globale de l'efficacité et de l'efficience atteintes.

[63] L'évaluation prend en compte l'existence d'un autre référentiel, publié presque concomitamment avec le premier et qui traite de l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière[2].

[64] La mission a choisi d'exclure de son périmètre la question des hélicoptères, compte tenu de l'étendue du champ à couvrir par ailleurs, de l'existence d'autres travaux en cours ou récents sur le sujet et du fait que la lettre de mission ne l'aborde pas spécifiquement.

[65] Pour mener à bien l'évaluation qui lui était confiée, la mission a réalisé une centaine d'entretiens nationaux avec les directions d'administration centrale concernées (DGSCGC, DGOS, DGS), la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), le président de la conférence nationale des services d'incendie et de secours (CNSIS)[3], des représentants des sapeurs-pompiers, des structures de médecine d'urgence et des fédérations professionnelles de transporteurs sanitaires privés, ainsi que des éditeurs de logiciels implantés dans l'un ou l'autre secteur.

[66] La mission a également exploité les informations disponibles au niveau national : cadre juridique, archives de la négociation du référentiel, rapports du Parlement, de la Cour des comptes et des corps d'inspection, documents méthodologiques, documents produits par les organisations nationales représentant les différents acteurs, bases de données statistiques…).

[1] Article 3 de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente.
[2] Référentiel du 9 avril 2009, publié par arrêté du 5 mai 2009.
[3] L'Assemblée des départements de France (ADF) et l'Association des maires de France (AMF) ont été sollicitées. A l'ADF, la mission n'a pas rencontré d'élus mais a eu un entretien avec la directrice déléguée en charge des affaires juridiques. L'AMF n'a pas estimé utile de recevoir la mission, compte tenu de l'évaluation MAP en cours.

[67] Six visites de terrain ont été conduites dans des départements présentant des caractéristiques différentes (population, urbanisation ou caractère rural, taille du SIS et du SAMU, statut juridique des sapeurs-pompiers (militaires, professionnels civils, volontaires), qualité de la relation entre SIS et SAMU, structuration de la profession ambulancière, place des associations agréées de sécurité civile) : Haute-Savoie, Loire-Atlantique, Nord, Aube, Creuse et Paris.

[68] Lors de ses déplacements, la mission a rencontré le préfet, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), le président du conseil général et/ou le président du conseil d'administration du SDIS ou leurs représentants ; elle a tenu des réunions avec les responsables du SIS et du SAMU et visité leurs centres d'appels ; elle s'est également entretenue avec les représentants des transporteurs sanitaires privés et, dans un département, avec ceux de la Croix Rouge, en tant qu'association agréée de sécurité civile.

[69] Ces déplacements ont été enrichis de contacts complémentaires avec le SDIS et le SAMU de l'Essonne, ainsi qu'avec les responsables du SDIS des Vosges, du SAMU du Puy-de-Dôme et du SAMU du Vaucluse.

[70] Afin d'élargir sa vision à l'ensemble de la France, la mission a adressé des questionnaires aux cinq réseaux nationaux les plus directement concernés : préfets, directeurs généraux ARS, présidents de conseil général, responsables des SIS et responsables des établissements de santé sièges de SAMU à l'attention de ces derniers.

[71] 66 réponses ont été reçues de la part des préfets, 26 des directeurs généraux d'ARS, 78 des services d'incendie et de secours, 63 des services d'aide médicale urgente et des directions d'établissement[4] et 8 des présidents de conseil général[5]. Ce dernier chiffre, sensiblement plus faible que les autres, s'explique peut-être par le fait que la CNSIS a lancé une enquête auprès des conseils généraux peu de temps après la mission, avec des questions proches.

[72] Grâce à la multiplicité des sources, des informations ont pu être recueillies sur tous les départements de métropole et d'outre-mer. Néanmoins, compte tenu du calendrier et du matériau d'étude dont elle disposait, il n'a pas été possible à la mission de prendre pleinement en compte les spécificités d'organisation propres à certains territoires, à l'instar de la ville de Marseille (bataillon des marins-pompiers).

[73] La mission salue la mobilisation de toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration des réponses aux questionnaires dans des délais compatibles avec leur exploitation. Les synthèses de ces réponses par réseau sont présentées en annexe au présent rapport.

**
*

[74] Le sujet de l'articulation entre sapeurs-pompiers et SAMU est ancien et les travaux, déjà nombreux. Les missions des acteurs étant connexes, avec des zones de recouvrement, l'existence de frottements est naturelle : elle témoigne de l'application de chacun à remplir correctement son rôle. Les évolutions de société ou de système qui ont des répercussions sur le dispositif de secours et de soins d'urgence peuvent remettre en cause les équilibres trouvés et obligent à des ajustements réguliers entre les acteurs.

[75] Dans ce contexte, la mission a centré son travail sur les apports et limites du référentiel ainsi que sur les pistes d'amélioration.

---

[4] Les 78 réponses des SDIS couvrent 81 départements, la BSPP répondant pour Paris et la petite couronne. Les 63 réponses des SAMU couvrent une partie du département de la Loire (SAMU de Roanne) et 64 départements, le SAMU du Doubs répondant pour le Jura et la Haute-Saône (SAMU régionalisé). A noter que trois départements ont deux SAMU : la Loire, les Pyrénées-Atlantiques et la Seine-Maritime.

[5] Les annexes n° 1 à 5 du rapport présentent une synthèse des réponses littérales reçues dans chaque réseau. L'annexe n°6 fournit la consolidation des données issues des réponses des SIS et des SAMU à la partie quantitative des questionnaires.

[76] Toutefois, au préalable, il lui a semblé important de rappeler les fondements institutionnels, opérationnels et culturels de l'action des acteurs et de montrer combien les modifications d'environnement enregistrées depuis 2008 rendent encore plus nécessaire qu'alors l'optimisation de l'organisation et du fonctionnement du dispositif de secours et soins urgents (1).

[77] A l'analyse, le référentiel de 2008 apparaît comme un document riche mais dont la mise en œuvre est inégale et doit s'adapter à une grande diversité de situations (2).

[78] Un approfondissement de la démarche est nécessaire pour gagner encore en efficacité et l'efficience est largement perfectible (3).

[79] Les améliorations à apporter - souvent inspirées par des initiatives locales positives - supposent d'une part un cadrage et des ouvertures au niveau national, d'autre part la définition de plans d'action locaux adaptant le cadre national en tant que de besoin et hiérarchisant les priorités en fonction des spécificités des territoires (4).

1. DEUX SERVICES PUBLICS EGALEMENT LEGITIMES QUI INTERAGISSENT DANS UNE RELATION OPERATIONNELLE EN CONSTANTE EVOLUTION

[80] La réponse aux besoins de secours et de soins urgents de la population repose, au premier chef, sur deux services publics, les SAMU-SMUR et les sapeurs-pompiers (1.1). Les évolutions de chacun des deux réseaux et de leur environnement appellent des ajustements réguliers de l'équilibre de leurs relations (1.2).

1.1 Deux services publics structurés, aux missions reconnues et qui travaillent ensemble au quotidien

[81] Connus et reconnus par la population, dotés d'identités fortes, les sapeurs-pompiers et les SAMU-SMUR interviennent dans leurs champs de compétences respectifs et régulièrement ensemble pour assurer la prise en charge en urgence des personnes qui en ont besoin[6]. Les transporteurs sanitaires privés apportent également un concours à l'aide médicale urgente.

1.1.1 Les SAMU-SMUR, pivots de l'aide médicale urgente

[82] Aux termes de l'article L.6311-1 du code de la santé publique (CSP), l'aide médicale urgente *« a pour objet, en relation avec notamment les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit où ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état* ».

1.1.1.1 Deux missions : la régulation médicale et la médicalisation hors les murs

[83] En vertu de la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires, les services d'aide médicale urgente (SAMU) et les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) interviennent sur l'ensemble du territoire (428 SMUR dont 25 pédiatriques et 104 SAMU[7]) pour assurer deux fonctions clefs de l'aide médicale urgente.

[6] L'annexe n° 7 retrace le développement des deux réseaux, ainsi que l'évolution de leurs relations.
[7] Source : SAE 2012, actualisée avec la création du SAMU de Mayotte.

[84] Les SMUR assurent la mission de « médicalisation hors les murs », à la fois pour la prise en charge de patients « *dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation* »[8], mais également pour les transferts inter-hospitaliers[9]. Organisés autour d'une réponse médicale, ils sont la traduction de la « doctrine française » de médicalisation pré-hospitalière des secours[10].[11]

[85] Les SAMU sont chargés « *de déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ; de s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix et font préparer son accueil ; d'organiser le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé et de veiller à l'admission du patient* »[12].

[86] Les SAMU sont surtout connus pour leur mission d'animation du centre 15 dans une fonction de régulation médicale. Apparue à la fin des années 1960[13], la régulation médicale répondait initialement au besoin de coordination des SMUR et des services hospitaliers situés en aval du parcours de soin. La mise en service progressive du numéro « 15 » à partir de 1979 a étendu son rôle à une écoute médicale permanente au service du public.

[87] Si la loi ne prévoit pas d'identité entre aide médicale urgente (AMU) et SAMU, ce dernier n'en constitue pas moins, selon les termes de la circulaire du 16 avril 2003, le « *pivot de l'organisation et du fonctionnement de l'aide médicale urgente* ». Aujourd'hui, le rôle de la régulation médicale dépasse la cadre de l'urgence pré-hospitalière : il a été progressivement élargi à la permanence des soins ambulatoires (PDSA)[14], cette mission étant consacrée par la loi du 21 juillet 2009 dite « hôpital, patients, santé et territoires » (HPST)[15].

1.1.1.2 Des services rattachés à la sphère sanitaire

[88] Les textes législatifs et réglementaires ancrent les SAMU et les SMUR dans le secteur sanitaire : ils constituent deux modalités possibles de l'exercice de soins de médecine d'urgence par un établissement de santé prévues par le code de la santé publique (la troisième étant la prise en charge de patients accueillis dans la structure des urgences)[16]. Ils ne disposent pas d'une personnalité juridique propre et sont intégrés dans un établissement de santé[17]. Leur financement repose sur l'assurance maladie par l'intermédiaire de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)[18].

[89] SAMU et SMUR étant des services hospitaliers, leur implantation territoriale est définie dans les schémas régionaux d'organisation des soins, élaborés par les ARS, dans le prolongement des compétences des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) créées en 1996[19].

---

[8] Art. R. 6123-15 du code de la santé publique (CSP).
[9] Pour les *« patients nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet »* (Art. R 612315 du code de la santé publique).
[10] Par opposition au modèle anglo-saxon privilégiant le transport rapide avec un minimum de gestes préalables (« *scoop and run* ») et l'engagement sur le terrain de techniciens spécialisés (« *paramedics* ») plutôt que de médecins.
[11] P. Carli, A. Rozenberg, SAMU-SMUR et organisation de la prise en charge des urgences pré-hospitalières, in « Urgences médico-chirurgicales de l'adulte », 2004.
[12] Art. R. 6311-2 du CSP. Ils ont également des missions d'enseignement et de formation (art. R. 6311-5 du CSP).
[13] Première création en 1968 à Toulouse par le professeur Lareng.
[14] Art. R. 6315-3 du CSP.
[15] Art. L. 6314-1 du CSP.
[16] Art. R. 6123-1 du CSP.
[17] Le SAMU constitue soit un service, soit un pôle d'activité de l'établissement (art. R. 6311-7 du CSP).
[18] Arrêté du 13 mars 2009 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale.
[19] Art. R. 6123-32-6 du CSP : « *Le SROS précise les activités spécialisées impliquant une prise en charge directe des patients et prévoit leur implantation sur le territoire de santé* ».

[90] Toutefois, le SAMU dispose d'un statut particulier, à plusieurs égards : bien que soumis à l'autorité du directeur de l'hôpital, SAMU et SMUR bénéficient d'une représentation de droit, distincte de celle de leur établissement, au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS)[20]. Par ailleurs, le fonctionnement du SAMU peut faire l'objet de contributions financières d'acteurs extérieurs à la sphère sanitaire (Etat, collectivités territoriales) [21].

[91] La coopération entre les différents acteurs de l'aide médicale urgente est organisée au sein du CODAMUPS-TS, co-présidé par le préfet et le directeur général de l'ARS et chargé de veiller « *à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population dans le respect du cahier des charge régional* »[22].

1.1.2 Les SDIS, acteurs centraux du « secours à personne »

[92] Les services départementaux d'incendie et de secours constituent des établissements publics relevant de l'autorité opérationnelle du maire et du préfet dans le cadre de leurs pouvoirs de police respectifs[23]. Ils sont administrés par un conseil d'administration composé de représentants du département, des communes et des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) compétents[24]. Ces collectivités territoriales assurent la quasi-totalité du financement du SDIS[25].

[93] Contrairement au système SAMU-SMUR, dont l'organisation s'appuie principalement sur les établissements hospitaliers les plus importants, l'organisation des services d'incendie et de secours (SIS) se caractérise par un maillage fin de 7 250 centres d'intervention et de secours. Leur réponse repose sur des personnels professionnels (40 400) ou, majoritairement, volontaires (193 000)[26].

[94] Les services d'incendie et de secours relèvent d'une tradition marquée par l'héritage des corps communaux et des mouvements secouristes et mutualistes[27] qui se sont développés au cours du XIX^{e} siècle (au travers de la participation de la population locale à la défense du territoire).

[95] Leur mission première, dont ils ont l'exclusivité, demeure la prévention, la protection et la lutte contre les incendies. Ils « concourent » également à d'autres missions précisées par le code général des collectivités territoriales, notamment les « *secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophe ainsi que leur évacuation* »[28].

[20] Art. R. 6313-1-1 du CSP.
[21] Art. 5 de la loi du 6 janvier 1986. Par exemple, le conseil général d'Ille-et-Vilaine contribue au fonctionnement du SAMU pour obtenir le maintien d'un second poste de médecin régulateur (source : questionnaire mission).
[22] Art. R. 6313-1 du CSP.
[23] Le bataillon de marins-pompiers de Marseille et la brigade de sapeurs-pompiers de Paris présentent des spécificités d'organisation, de gouvernance et de financement liées notamment à leur statut militaire.
[24] Art. L 1424-24 du CGCT.
[25] Leurs contributions au budget du SDIS constituent des dépenses obligatoires (article L. 1424-35 du CGCT).
[26] Source : INFOSDIS. La mission PTIS précitée indique un chiffre de 150 000 volontaires réellement actifs. Par ailleurs, les personnels militaires de la BSPP et du BMPM représentent 12 200 agents.
[27] Cette entraide mutualiste est antérieure à la sécurité sociale, tout comme la Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers de France a précédé le service public d'incendie et de secours. L'Oeuvre des pupilles verse des allocations et secours aux familles de sapeurs-pompiers décédés en service, mission étendue au soutien aux sapeurs-pompiers dans le besoin et à leurs familles.
[28] Art. L. 1424-2 du CGCT.

[96] Bien qu'il ne corresponde pas à leur image de « soldats du feu », le secours à personne est devenue une mission centrale des SDIS et représente un poids croissant de leur activité : en 1977, les sapeurs-pompiers prenaient déjà en charge les deux tiers des victimes d'accident routier[29]. Le secours à personne représentait en 2012 près des trois quarts du nombre d'interventions.

[97] Le dispositif de secours à personne repose notamment sur la formation de l'ensemble des sapeurs-pompiers au secourisme[30] et sur la dotation des centres de secours de véhicules spécialisés et normalisés (véhicules de secours et d'assistance aux victimes – VSAV -)[31]. Equipages et véhicules sont engagés par le centre de traitement des appels (CTA) départemental[32], que le grand public peut joindre téléphoniquement pour demander du secours en composant le numéro dédié 18.

[98] Les services départementaux d'incendie et de secours disposent également de services de santé et de secours médical (SSSM)[33], composés notamment de médecins et d'infirmiers, qui, outre leurs missions internes (formation, médecine d'aptitude, etc.), peuvent intervenir dans le cadre des missions de secours d'urgence et d'aide médicale urgente. Selon les statistiques disponibles, les SSSM ont participé en 2012 à près de 180 000 interventions, soit 5% des interventions de secours à personne et d'accidents de la route[34].

1.1.3 Une interdépendance de fait entre secours à personne et aide médicale urgente, malgré des doctrines d'engagement différentes

1.1.3.1 Une part d'activité commune plus importante qu'il n'y paraît, hors permanence des soins ambulatoire

[99] Le secours à personne représente 3,1 millions d'interventions, soit 73,9% de l'activité des sapeurs-pompiers[35] (et 61,1% du temps d'intervention). Dans la mesure où toutes doivent faire l'objet d'une régulation médicale, préalable ou *a posteriori*, ce sont donc près des trois quarts des interventions des SDIS qui doivent être menées en liaison avec les médecins régulateurs du SAMU.

[100] Côté SAMU, les chiffres disponibles au niveau national ne permettent pas de connaître la part de l'activité des centres de réception et de régulation des appels (CRRA ou centres 15) menée de concert avec les sapeurs-pompiers. Les données locales dont la mission a pu avoir connaissance laissent à penser que le recours aux moyens des sapeurs-pompiers représente une part significative, sinon majoritaire, des affaires régulées donnant lieu à envoi d'une ambulance.

[29] Circulaire du ministre de l'intérieur n°77-426 du 3 octobre 1977 relative à la médicalisation des secours d'urgence assurés par les sapeurs-pompiers.
[30] La formation initiale des sapeurs-pompiers professionnels comme volontaires comprend le PSE1 et le PSE2.
[31] Prévu par l'article R 1424-42 du CGCT
[32] Dans la plupart des départements, il existe un CTA unique. D'après INFOSDIS, en 2012, sept départements comptaient plusieurs CTA (Alpes-Maritimes, Haute-Garonne, Loire, Nord, Yvelines, Martinique, Réunion).
[33] Art. R1424-24 du CGCT.
[34] Source : DGSCGC, INFOSDIS 2012 (données déclaratives).
[35] Source : INFOSDIS. Sur 4 255 200 interventions en 2012, 3 143 322 interventions de secours à personne, dont 2 955 959 interventions de secours à victime et 176 363 interventions d'aide à personne.

Part des décisions de régulation médical impliquant une intervention des services d'incendie et de secours

D'après l'atlas 2011 de l'activité des services d'urgence de la région PACA, les VSAV interviennent dans 17,7% des décisions de régulation (15,3% en 2006 ; 21,8% en 2013). En première analyse, la part d'activité des SAMU menée de concert avec les SDIS apparaît limitée. Toutefois :

- ces chiffres ne prennent pas en compte d'éventuelles mobilisations de VSAV en complément d'un SMUR ou à des fins de médicalisation pour un transport SMUR ;
- la régulation médicale s'exerce sur un champ plus large que les seules urgences pré-hospitalières : hors transferts inter-hospitaliers et conseils médicaux (permanence des soins), les VSAV représentent près de la moitié des décisions (47,7%) ;
- ces chiffres sont extrêmement variables d'un département à l'autre : hors transferts et conseils, la proportion de recours au VSAV varie entre 15% et 60%. Cet écart témoigne de la difficulté d'établir avec certitude des tendances nationales en termes de pratique de régulation.

Les chiffres du rapport d'activité du pôle de l'urgence du CHRU de Lille confirment toutefois ce constat : en 2012, sur 275 362 dossiers médicaux ouverts et gérés par le centre 15 (hors PDSA[36]), 38 102 ont donné lieu à intervention d'un SMUR, 80 154 à l'intervention d'ambulances privées, 127 443 au déclenchement d'un VSAV, soit près de la moitié du nombre total de dossiers médicaux.

1.1.3.2 « Porter secours » ou « juste soin »

[101] Malgré cette activité commune, et pour autant qu'une généralisation soit possible, la logique d'engagement des moyens des deux services repose sur des doctrines qui ont longtemps été éloignées l'une de l'autre.

[102] S'agissant des services d'incendie et de secours, la préoccupation du délai d'intervention le plus court possible est centrale. Si la réglementation n'impose plus de délai maximum[37], cette notion reste au cœur de l'analyse des risques menée dans les schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR).

[103] La logique d'engagement des moyens se fonde également sur une standardisation de la réponse (départs-types), afin de garantir un niveau de qualité minimal : le code général des collectivités territoriales prévoit ainsi que les missions de secours à personne soient assurées par un véhicule de secours aux asphyxiés et blessés (VSAB) pourvu d'un équipage d'au moins trois sapeurs-pompiers[38]. Les règlements opérationnels des SDIS précisent le cas échéant ces départs-types.

[104] Ces contraintes normatives ont toutefois pour conséquence de restreindre la liberté d'appréciation du stationnaire du centre de traitement des appels (CTA) et sa faculté à dimensionner les moyens engagés en fonction de son analyse du risque : le non-respect du format des départs-types prévus par le règlement opérationnel peut mettre en jeu la responsabilité juridique du service[39].

[36] Dispositif de garde médicale libérale organisé pendant les heures de fermeture des cabinets médicaux.
[37] Un arrêté du 29 juin 1981, depuis abrogé, fixait un délai maximal *« de l'ordre de dix minutes en zone urbaine et de vingt minutes en zone rurale »* pour les centres de secours intervenant dans leur commune de rattachement.
[38] Article R. 1424-42 du CGCT.
[39] CE 26 novembre 2012, Thillard c/ commune de Domaize et SDIS du Puy-de-Dôme.

[105] S'agissant des SAMU, le concept de régulation médicale est sous-tendu par l'idée que le régulateur doit trouver la réponse la mieux adaptée au besoin de l'appelant et qu'un médecin formé à la médecine d'urgence est le plus à même de déterminer cette réponse. La régulation médicale constitue ainsi un acte médical, engageant la responsabilité du médecin, dans un objectif de « juste soin » et de maximisation des chances du patient, reposant sur un dialogue direct entre le patient et le médecin[40]. La recherche de la réponse adaptée peut, le cas échéant, primer sur la rapidité de décision[41].

[106] Sans même évoquer les conséquences du référentiel du 25 juin 2008 analysées *infra*, ces différences de doctrine doivent néanmoins être relativisées : la préoccupation du délai d'intervention n'est pas absente de la doctrine opérationnelle des SAMU et des SMUR. A l'inverse, certains SDIS expriment le souhait d'un cadre réglementaire plus souple permettant de mieux adapter la réponse aux demandes d'intervention.

[107] Enfin, ces doctrines d'engagement ne sont pas mises en œuvre de manière homogène sur le territoire : elles ne sont pas inscrites dans des textes contraignants[42] et chaque SDIS ou SAMU demeure relativement autonome dans la définition de sa doctrine opérationnelle.

1.1.4 Le positionnement complexe des transporteurs sanitaires privés

[108] L'équilibre opérationnel entre SDIS et SAMU dépend également du positionnement des transporteurs sanitaires privés dans le champ de l'urgence pré-hospitalière. Le cadre législatif et réglementaire de l'activité des transporteurs sanitaires consacre leur participation à l'aide médicale urgente (loi du 6 janvier 1986) et est conçu pour encourager leur implication.

[109] C'est ainsi que l'agrément mis en place par le décret du 30 novembre 1987 ouvre droit « *à titre principal* » à la participation à l'aide médicale urgente et, « *au surplus* », aux missions de transport sanitaire sur prescription[43].

[110] S'il est loisible à un ambulancier d'obtenir un agrément limité aux missions d'aide médicale urgente, l'équivalent pour le transport programmé est impossible. De surcroît, la détention de véhicules légers de catégorie D est subordonnée à la détention d'au moins un véhicule lourd de catégorie A ou C requis dans le cadre de l'aide médicale urgente[44].

[111] Dans ce contexte, certains transporteurs sanitaires font de l'aide médicale urgente un volet à part entière de leur activité ; d'autres essaient d'en limiter le poids, considérant que le caractère par nature imprévisible de cette activité conduit parfois à réserver des ressources sans sollicitation de la part des SAMU, ce qui est susceptible de rompre l'équilibre économique de leur entreprise, même si, selon les représentants nationaux rencontrés, l'activité programmée représente en moyenne 90% des ressources et 70% de l'activité des transporteurs sanitaires privés.

[112] Ces différences d'approche suivant les transporteurs et entre départements ne facilitent pas la définition de l'articulation entre tous les acteurs, publics et privés, de l'aide médicale urgente.

---

[40] Recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, mars 2011.

[41] Les recommandations de la HAS prévoient ainsi un certain nombre de tâches du médecin régulateur qui ne sont pas forcément compatibles avec un processus de décision dans l'urgence : « *le médecin régulateur […] reformule, complète l'échange et valide avec l'appelant l'ensemble des informations médicales et contextuelles justifiant l'appel […] vérifie la compréhension de l'appelant puis s'assure de son adhésion à la décision médicale […]* ».

[42] S'agissant de la régulation médicale, par exemple, les documents cadres sont les recommandations de bonne pratique de la Haute autorité de santé et le guide de la régulation médicale de SAMU Urgences de France.

[43] Article R. 6312-11 du CSP.

[44] Article R. 6312-12 et R. 6312-13 du CSP.

1.2 Des ajustements réguliers en fonction des évolutions des deux secteurs ou de leur environnement

1.2.1 La structuration progressive de l'aide médicale urgente, du secours à personne et de leur articulation opérationnelle

[113] Dès la fin des années 1950, l'explosion de la mortalité routière suscite des réflexions sur l'organisation de secours d'urgence médicalisés et fait émerger l'idée d'une organisation nationale de secours rapides fondé sur un réseau d'alerte téléphonique, un maillage de centres de secours et l'intervention d'antennes de réanimation mobile. Au début des années 1960 émerge le débat sur la pertinence d'adosser ce réseau sur les seuls hôpitaux (cohérence du parcours de soins) ou de mettre à contribution le maillage des centres de secours et le réseau des services de santé et de secours médical prévus par le décret de 1953[45] (délais d'intervention optimaux).

[114] Portées par des personnalités « pionnières » et fortement impliquées[46], les diverses initiatives lancées (reposant selon les cas sur des unités mobiles hospitalières, des médecins sapeurs-pompiers ou des formules intermédiaires) sont longtemps restées isolées, sans cadre juridique cohérent.

[115] A partir des années 1970, la prise en charge médicalisée des secours se développe, avec l'augmentation du nombre de SAMU et de SMUR, mais également de médecins sapeurs-pompiers volontaires. Les deux réseaux reçoivent une consécration législative au milieu des années 1980 : aide médicale urgente d'un côté[47], intervention des sapeurs-pompiers dans le champ du secours à personne[48] de l'autre.

[116] A partir des années 1980, la médecine d'urgence s'affirme comme une spécialité hospitalière et universitaire à part entière, tandis que l'urgence représente une part croissante de l'activité des établissements de santé et devient pour eux un enjeu organisationnel.

[117] Les services d'incendie et de secours se voient de leur côté confortés par la loi de départementalisation du 3 mai 1996 puis par la loi de modernisation de la sécurité civile de 2004 qui leur reconnaît le statut d'acteur principal des missions de sécurité civile[49].

[118] Cette évolution, qui a été source de fortes tensions sur le terrain (mobilisation parallèle de plusieurs effecteurs sur une même intervention), a rendu nécessaire la définition de l'articulation opérationnelle entre les deux services publics. La solution retenue à la fin des années 1980 repose sur le partage d'informations et le dialogue : interconnexion des centres d'appel 15 et 18, information mutuelle[50], création d'une enceinte de concertation locale (le CODAMUPS).

---

[45] Le décret n° 53-170 du 7 mars 1953 portant règlement d'administration publique pour l'organisation des corps de sapeurs-pompiers et statut des sapeurs-pompiers communaux précise que les fonctions du SSSM doivent être assurées par un médecin dans chaque centre de secours. Il crée le rôle de médecin chef (art. 48), dont la mission est de veiller à l'organisation du service, d'assurer « l'instruction médicale » et de vérifier l'état du matériel de secours.

[46] Cf. annexe n° 7.

[47] Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 précitée.

[48] Loi n°87-565 du 22 juillet 1987 relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs.

[49] A savoir « *la prévention des risques de toute nature, l'information et l'alerte des populations ainsi que la protection des personnes, des biens et l'environnement contre les accidents, les sinistres et les catastrophes par la préparation et la mise en œuvre de mesures et de moyens appropriés relevant de l'Etat, des collectivités territoriales et des autres personnes publiques ou privées. Elle concourt à la protection générale des populations* […]», art. 1 de la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile.

[50] Article 8 du décret du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des SAMU.

[119] Pendant les années 1990-2000, ce cadre d'action locale a été conforté par trois circulaires conjointes successives des ministres en charge de l'intérieur et de la santé[51], qui ont fait émerger un « corpus doctrinal » national de l'articulation entre secours à personne et aide médicale urgente.

1.2.2 Depuis les années 2000, un système de l'urgence pré-hospitalière victime de son succès ?

[120] Au cours des années 2000, la recherche d'une meilleure coordination s'est heurtée à des évolutions nouvelles, sources de tensions et toiles de fond du référentiel signé en 2008.

1.2.2.1 Une forte pression à la hausse de l'activité

[121] L'activité des services de secours et de soins d'urgence connaît une forte progression. Entre 2008 et 2012, le nombre d'interventions de secours à personne assurées par les SDIS a crû de 15,7%. Si cette hausse est inférieure de moitié à l'explosion constatée entre 2004 et 2008 (+30,8%), elle demeure supérieure à celle du nombre total d'interventions.

[122] L'activité des SMUR connaît aussi une augmentation, mais à un rythme plus mesuré (+5,9% entre 2008 et 2012). Toutefois, le nombre de dossiers de régulation médicale gérés par le SAMU est en forte croissance sur les années où les chiffres sont disponibles (+ 26,8% entre 2010 et 2012)[52].

[123] Par ailleurs, les deux services font l'objet d'une sollicitation croissante de la part du public : entre 2008 et 2012, le nombre d'appels présentés au « 15 » aurait augmenté de 28% pour dépasser 21 millions d'appels annuels[53]. Le nombre d'appels reçus dans les CTA atteint 24 millions, en progression de 14,3% sur la même période[54]. Ces progressions sont nettement supérieures à la croissance démographique, qui n'a été que de 2% entre 2008 et 2012[55].

[124] Une analyse par groupes de départements classés par leur population fait apparaître des différences de tendances entre territoires ruraux et urbains[56]. Entre 2008 et 2012, l'augmentation de la sollicitation des centres 15 et des services des urgences apparaît plus marquée dans les zones urbaines. *A contrario*, dans les départements les moins urbanisés, ce sont les pompiers qui voient leur sollicitation (en nombre d'appels) augmenter le plus. Toutefois, l'activité des sapeurs-pompiers demeure plus soutenue dans les zones urbaines : le taux d'intervention pour 100 000 habitants est le plus élevé en région parisienne, en région PACA et dans le Nord-Pas-de-Calais[57].

1.2.2.2 Une progression qui s'explique pour partie par les évolutions de la société

[125] La progression enregistrée s'explique en partie par la croissance de la demande de soins : le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et les politiques de maintien à domicile des personnes âgées et d'hospitalisation à domicile accroissent les besoins en transport sanitaire et la sollicitation des services de secours et de soins d'urgence.

---

[51] Circulaires du 18 septembre 1992, du 2 février 1996 et du 29 mars 2004 (*cf. infra*).
[52] Cf. annexe n°8 sur l'activité des urgences hospitalières et pré-hospitalières.
[53] Ibid.
[54] Source : INFOSDIS.
[55] Chiffres INSEE France hors Mayotte. Chiffre 2012 provisoire.
[56] Cf. annexe n° 9 relative à l'évolution comparée de la population, des passages aux urgences générales, de l'activité de secours à personne des sapeurs-pompiers et de l'activité des SAMU-SMUR.
[57] Cf. Statistiques des SIS 2013, DGSCGC.

[126] L'augmentation de la demande de soins n'est pas seule en cause : les deux secteurs partagent le sentiment d'un accroissement des tâches « indues »[58]. Est en particulier soulignée, côté SDIS, l'augmentation de sollicitations qui ne relèvent pas de l'urgence, telles les missions sanitaires relevant du simple transport ou de la PDSA, ou les missions à caractère médico-social (ébriété sur la voie publique), de soutien psychologique ou de nature psychiatrique ou encore déclenchées par des sociétés de téléassistance.

[127] Les SAMU évoquent pour leur part les interventions de PDSA en nuit profonde, y compris dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les certificats de décès, les hospitalisations sous contrainte, voire, dans certains cas, des sollicitations en « carences » des autres acteurs sanitaires en journée (fermeture inopinée de cabinet médical, intervention en établissement de santé, demande de suivi de malades en hospitalisation à domicile).

[128] Les SAMU et les SDIS doivent ainsi répondre à des besoins qui ne sont pas – ou plus - pris en charge par ailleurs. Ils voient leur rôle de « service public de dernier recours » renforcé. Dans le même temps, les acteurs rencontrés par la mission témoignent d'une évolution de la demande sociale vers le « non-urgent » (renseignements, conseils, services, etc.) et invoquent des facteurs difficilement objectivables, tels que l'évolution des mentalités, la perte de lien social, la disparition des réflexes d'entraide au sein de communautés sociales (voisinage, famille, etc.). Quelles qu'en soient les causes, se développent des comportements d'utilisation abusive des numéros d'urgence qui obligent à mettre en place des procédures de filtrage coûteuses en ressources.

[129] Certains SAMU sont très sollicités pour des demandes de renseignement sur l'offre de soins disponible (source : questionnaires mission). Par ailleurs, le numéro 112 est pollué par de nombreux appels involontaires (déclenchement intempestif des téléphones portables dans les poches des usagers). A la BSPP, plusieurs sapeurs-pompiers se consacrent ainsi au « débruitage » du numéro 112, ce qui conduit à éliminer 95% des appels en amont des opérateurs de premier niveau.

[130] Si cette croissance a pu, dans certains cas, être encouragée par les services eux-mêmes, elle suscite aujourd'hui de plus en plus d'inquiétudes, tant dans les grands centres urbains, soumis à une pression opérationnelle inédite, que dans les zones rurales, dont la couverture repose avant tout sur le recours au volontariat.

[131] Or, les services publics ne sont pas toujours bien armés pour faire face à cette pression nouvelle, par leur culture (primat du « porter secours », principe du doute qui profite à l'appelant), mais également du fait de la gratuité des secours.

[132] Au-delà des facteurs sociétaux, la progression de l'activité reflète également les mutations de l'offre de santé sur le territoire.

1.2.2.3 Des évolutions de l'offre de soins aux impacts structurants pour les acteurs des secours et soins d'urgence

➤ *Défaillances de la permanence des soins ambulatoires et indisponibilités ambulancières*

[133] Au cours des années 2000, les SAMU et SDIS ont eu l'impression de prendre une part croissante dans la prise en charge des demandes de soins non programmées, au-delà des missions que leur confie la loi, pour suppléer tantôt l'offre de soins ambulatoires, tantôt les transporteurs sanitaires privés.

[58] Ce paragraphe se fonde sur les réponses aux questionnaires de la mission. Cf. annexes n° 1 à 5.

[134] En 2003, suite à une période marquée par de fortes tensions avec les praticiens libéraux, une réforme[59] a inscrit la permanence des soins ambulatoire non plus dans le cadre d'une obligation déontologique impérative pour chaque médecin, mais d'une participation volontaire. Dans les années suivantes, les défaillances de la PDS, régulièrement soulignée par le Conseil national de l'ordre des médecins, ont pesé sur le nombre d'interventions de secours à personne et d'aide médicale urgente.

[135] Par ailleurs, la problématique des indisponibilités des transporteurs sanitaires privés, a constitué un sujet de tension récurrent entre ces derniers, les SAMU et les sapeurs-pompiers[60]. Ces indisponibilités, aussi appelées « carences », sont les situations où, les ambulanciers privés n'étant pas en mesure d'assurer une mission d'urgence demandée par le SAMU, celui-ci sollicite les sapeurs-pompiers pour intervenir à leur place. La carence peut être simple, mais aussi parfois double si elle résulte d'une indisponibilité première de la permanence des soins ambulatoire, puis des transporteurs sanitaires.

➤ *Evolution de la démographie médicale*[61]

[136] L'évolution de la démographie médicale et la désertification rurale ont accentué ces difficultés. Même si l'effectif de médecins en activité a atteint un niveau historique de 218 296 au 1er janvier 2013, les aspirations des jeunes générations à un mode d'exercice plus respectueux de leur vie personnelle, la poursuite de la spécialisation des fonctions, coûteuse en ressources, et la baisse du numérus clausus entre 1972 et 1990[62] entraînent une diminution mécanique du nombre de médecins jusqu'en 2020, doublée d'une réduction du temps médical[63].

[137] L'inversion de la courbe à compter de 2020 ne devrait permettre un retour à l'effectif actuel que dix ans plus tard. Il n'empêchera pas un mouvement de concentration dans les grands centres et les établissements de santé au détriment des zones rurales, où une baisse de 25% du nombre de médecins est attendue d'ici à 2030.

[138] A l'inverse, les effectifs d'infirmiers connaissent une progression dynamique (+2,8% par an au cours des vingt dernières années). Leur rôle s'accroît, sous le double effet de la décroissance du potentiel médical et de la montée en compétence de la profession infirmière (reconnaissance d'un champ de compétences propres par le décret d'acte de 2003, refonte du programme de formation selon le schéma licence/master/doctorat, ouverture par la loi HPST d'une possibilité de transfert d'activité ou d'actes de soins médicaux par des protocoles validés).

[139] Ces évolutions deviennent visibles dans le domaine de l'urgence pré-hospitalière. La baisse du potentiel médical libéral fragilise le volontariat médical sapeur-pompier, dont les effectifs sont passés de 6 500 au début des années 2000 à 4 368 en 2012, avec une accélération de la baisse au cours des dernières années (-21,2% entre 2008 et 2012). La figure du médecin de campagne, disponible à toute heure et qui opérait en tant que sapeur-pompier dans le centre de secours local, a disparu dans certaines zones[64].

---

[59] Aux termes du code de déontologie médicale, la participation à la permanence des soins est un devoir pour chaque médecin, « dans le cadre des lois et règlements qui l'organisent ». Depuis le décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003, les médecins participent à la PDS sur la base du volontariat. Avec la loi HPST, en cas d'impossibilité d'organiser un tableau de garde, les préfets ont conservé le pouvoir de réquisitionner des médecins à la demande des directeurs généraux d'ARS.

[60] Source : Rapport sur le secours à personne. IGAS-IGA. 2006, p.7

[61] Cf. annexe n° 10 sur l'évolution des professions de santé.

[62] Passé de 8 000 à 3 500 places par an, avant d'être progressivement relevé pour atteindre 7 300 places en 2008.

[63] Malgré le fait que certains étudiants français poursuivent leurs études de médecine, hors quota, dans plusieurs pays de l'Union européenne.

[64] Cf. annexe n° 4 – réponses SDIS questionnaire mission.

[140] Dans le même temps, les effectifs d'infirmiers volontaires augmentent sensiblement (de 4 500 en 2008 à 5 800 en 2012). Ceci provoque une évolution sociologique au sein des SSSM, dont la majeure partie des médecins sont libéraux alors que 70% des infirmiers exercent à l'hôpital. Les établissements de santé s'interrogent sur un risque d'utilisation « concurrente » de leurs infirmiers.

[141] En outre, la participation croissante des infirmiers sapeurs-pompiers aux interventions suscite un débat sur l'opportunité d'une para-médicalisation des secours et soins d'urgence, dans un contexte de raréfaction de la ressource médicale et de préoccupation accrue d'efficience, qui se superpose au débat traditionnel sur la répartition des rôles entre SSSM et SMUR.

➤ *Restructurations hospitalières et « filiarisation »*

[142] Autre évolution marquante de l'offre de soins, les efforts de restructuration hospitalière, menés depuis 1996 sous l'égide des ARH puis des ARS, se sont traduits par le regroupement de certains plateaux techniques spécialisés.

[143] Parallèlement, des études scientifiques ont montré l'intérêt, pour la prise en charge de certaines pathologies, d'une admission la plus directe possible du patient dans le service spécialisé[65] (« filiarisation »). Pour ces pathologies, le schéma traditionnel, consistant à amener la victime dans le service des urgences le plus proche, a été remis en cause au profit d'une logique d'aiguillage des patients vers le centre hospitalier de référence.

[144] Cette filiarisation a un impact direct sur la charge pesant sur les services d'incendie et de secours, les SMUR et les transporteurs sanitaires privés : elle allonge les temps de transport et accroît en particulier la durée de sollicitation des volontaires sapeurs-pompiers en zone rurale.

1.2.2.4 Un contexte de limitation des ressources

[145] Face à cette demande en augmentation, les services publics doivent désormais compter sur des ressources limitées. Ils sont confrontés à des problèmes d'attractivité sur des métiers éprouvants exigeant une forte disponibilité. D'après les données recueillies par la mission, si la grande majorité des SAMU et SMUR pourvoient leurs postes sans recours à des intérimaires, certaines zones ou établissements doivent faire face à de réelles difficultés[66].

[146] Tout en assurant une meilleure continuité de la chaîne de prise en charge, la mutualisation des personnels entre SAMU, SMUR, et services des urgences apparaît comme l'une des solutions permettant d'accroître l'attractivité des postes, en diversifiant les missions et en allégeant le quotidien des praticiens au service des urgences.

[147] Du côté des SDIS, la pérennité du volontariat, qui assure la majeure partie du potentiel opérationnel sur le territoire[67], est une source constante de préoccupation du fait de son érosion constatée ces dernières années[68]. Enfin, les deux acteurs sont affectés par la baisse des effectifs de médecins généralistes qui pèse sur les possibilités de recrutement de médecins sapeurs-pompiers (cf. *supra*) comme des médecins correspondants du SAMU[69]. Dans le département de l'Orne par exemple, le réseau est en voie de disparition.

---

[65] Cf. annexe n° 11 relative à une approche évaluative de la pratique médicale.
[66] D'après l'ARS de la région Centre, 15% des postes d'urgentistes en service des urgences ne seraient pas pourvus. D'après le SAMU de Nevers, la proportion d'intérimaires en SAMU est croissante et atteint 50% en 2013.
[67] Source : Entre approche économique et modèle social : regards sur le volontariat de sapeurs-pompiers. IFRASEC-FNSP. 2013 : les volontaires assurent 72% du potentiel opérationnel de jour et 81% du potentiel opérationnel de nuit.
[68] 192 986 volontaires en 2012 contre 207 583 en 2007.
[69] Source : questionnaire mission.

[148] S'agissant du nombre de services et de leurs ressources financières, le nombre de SMUR est passé de 382 en 2007 à 428 en 2012 (+12%) et les dotations au titre des missions d'intérêt général (MIG) consacrées aux SAMU et aux SMUR ont connu une augmentation soutenue (+6,4% par an entre 2005 et 2011). Toutefois, peu d'éléments permettent d'affirmer que ces dotations sont intégralement consacrées par les établissements de santé aux dépenses des SAMU et des SMUR, ni que leurs montants correspondent aux besoins. De nombreux établissements les considèrent comme sous-évaluées et fondées sur des répartitions historiques déconnectées de l'activité réelle[70].

[149] Les SDIS ont connu pour leur part une forte augmentation de leurs recettes et de leurs dépenses suite à la départementalisation : entre 2002 et 2010, les dépenses ont augmenté en moyenne de 4,8% par an. Cette augmentation est principalement le fait des dépenses de personnel. La modernisation des infrastructures s'est accompagnée d'une réduction du nombre de centres d'incendie et de secours (de 8 099 CIS en 2006 à 7 250 en 2012, soit -10,5%) et d'un léger tassement du nombre de VSAV (de 6 252 en 2006 à 6 196 en 2012).

[150] Toutefois, la pression pesant sur les ressources des collectivités territoriales amène un changement de tendance : depuis 2009, l'augmentation moyenne des dépenses des SDIS n'est plus que de 0,9% et les dépenses d'investissement ont diminué de 13%. En 2010, pour la première fois depuis la départementalisation, des SDIS ont procédé à des réductions d'effectifs budgétaires[71].

2 UN REFERENTIEL RICHE, INEGALEMENT MIS EN ŒUVRE

[151] Dans l'histoire des relations entre les services d'incendie et de secours et les services d'aide médicale urgente, le référentiel de 2008 apparaît comme novateur dans son contenu et dans sa méthode d'élaboration (2.1). Pour autant, près de six ans après sa validation et plus de quatre ans après l'échéance fixée pour la mise en conformité des organisations opérationnelles[72], il est encore inégalement mis en œuvre (2.2).

2.1 Un document ambitieux, fruit d'une négociation longue et complexe

[152] Engagé dans un contexte de tensions entre représentants nationaux des sapeurs-pompiers et des urgentistes, le projet de référentiel devait d'abord être une occasion pour les acteurs de se rencontrer et de s'écouter mutuellement pour déboucher sur un texte commun. Sur cette base, il devait ensuite passer en revue les principaux éléments de leurs relations.

2.1.1 Le choix de la voie négociée

2.1.1.1 Une articulation définie jusqu'alors par voie de circulaires

[153] Jusqu'en 2007, l'articulation entre services d'incendie et de secours et services d'aide médicale urgente était définie par voie de circulaires interministérielles dans lesquelles les directions d'administration centrale en charge de la sécurité civile et de l'offre de soins essayaient, conjointement, de combiner les dispositions législatives et réglementaires des deux codes définissant les missions et le cadre d'action applicables à chacun des services.

[70] IGAS, le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé, 2009.
[71] Enquête annuelle des SDIS de l'assemblée des départements de France, 2010, p.10.
[72] Art. 1er de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel SAP-AMU.

[154] Parmi les grandes étapes d'affinement de leurs doctrines d'emploi, la circulaire du 18 septembre 1992[73], reprise et approfondie par la circulaire du 2 février 1996[74], retenait, pour l'intervention des sapeurs-pompiers, outre le critère de la voie publique, les situations nécessitant un « prompt secours », défini comme « *l'action de secouristes agissant en équipes et qui vise à prendre en charge sans délai des détresses vitales ou à pratiquer des gestes de secourisme* ».

[155] Tirant les conséquences des difficultés d'application de ces critères sur le terrain et de la réécriture des missions des services d'incendie et de secours par la loi du 3 mai 1996[75], la circulaire du 29 mars 2004[76] substitue, au critère territorial une approche fondée sur la nature de l'atteinte subie par la victime ou le patient : *« Les missions confiées aux services d'incendie et de secours consistent donc à délivrer des secours d'urgence lorsque l'atteinte à l'individu est caractérisé par un dommage corporel provenant d'une action imprévue et soudaine, d'une cause ou d'un agent agressif extérieurs* ».

2.1.1.2 Une négociation nationale avec les représentants des services d'incendie et de secours et des structures de médecine d'urgence

[156] En 2007, la méthode choisie est nouvelle : le Président de la République demande aux ministres chargées de l'intérieur et de la santé d'engager « *sans délai un travail de clarification des missions, en associant les sapeurs-pompiers et les médecins urgentistes* »[77]. Les ministres confient cette mission à un comité quadripartite réunissant la direction de la défense et de la sécurité civiles, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, des représentants des services d'incendie et de secours et des représentants des structures de médecine d'urgence.

[157] Il s'agit donc d'une négociation avec les acteurs, impulsée au plus haut niveau de l'Etat et portée à parité par les deux ministères concernés. Cette négociation, qui s'inscrit dans le cadre législatif et réglementaire en vigueur, s'échelonne sur sept mois et aboutit le 25 juin 2008 au référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente.

[158] L'association des acteurs à la réflexion n'est pas nouvelle. Le changement tient aux modalités de cette association (comité quadripartite), à la pression des autorités et à la validation du document final, le référentiel du 25 juin 2008 étant co-signé par l'ensemble des acteurs.

2.1.2 Le rappel d'objectifs prioritaires fixés précédemment

[159] Nouveau par la méthode, le référentiel de 2008 ne l'est pas complètement sur le fond. Au contraire, il veille à réaffirmer des objectifs fixés dans des textes antérieurs, afin de bien montrer la continuité d'approche qui sous-tend son élaboration.

[160] C'est ainsi, par exemple, qu'il prévoit la signature d'une convention entre le service d'incendie et de secours et le centre hospitalier siège du service d'aide médicale urgente, comme le faisait déjà la circulaire de 1992 précitée, confirmée par la circulaire de 1996.

---

[73] Circulaire du 18 septembre 1992 concernant les relations entre le SDIS et les établissements hospitaliers publics dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours.
[74] Circulaire du 2 février 1996 relative aux relations entre le SDIS et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours.
[75] Loi n° 96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours.
[76] Circulaire DHOS/01 n° 2004-151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente.
[77] Lettre de mission du 26 novembre 2007 des ministres chargées de l'intérieur et de la santé au comité quadripartite.

[161] Le référentiel insiste également sur l'importance de l'interconnexion des plates-formes de réception et de traitement des appels, comme la circulaire de 1992, reprise par celles de 1996 et de 2004, ainsi que sur l'information opérationnelle réciproque des acteurs. De même, le principe d'une régulation médicale systématique était posé dans la circulaire de 2004.

[162] Dernier point de continuité, mais d'origine plus récente, le référentiel recommande la mise en cohérence des SROS et des SDACR, dans le prolongement de la circulaire du 31 décembre 2007[78] sur laquelle le comité quadripartite avait donné un avis au début de ses travaux.

2.1.3 La validation de principes clefs de fonctionnement

[163] Le référentiel insiste sur l'importance des interventions des SIS dans le cadre des « *premiers secours* », tandis que le SAMU se voit reconnaître un double rôle de garant de l'aide médicale urgente : contribution à l'« *adéquation optimale entre la demande et la réponse* » par la régulation médicale et garantie de « *la meilleure qualité de la prise en charge* » grâce à sa capacité de médicalisation et de réanimation pré-hospitalière en urgence des patients[79].

[164] Le référentiel valide trois principes clefs de fonctionnement, afin de remédier aux dysfonctionnements ayant justifié la mise en place du comité quadripartite :

- reconnaissance de la légitimité de l'envoi immédiat de moyens sapeurs-pompiers dans les situations dites de « départ réflexe », incluant les urgences vitales et les événements survenant sur la voie publique ou dans un lieu public. Ces moyens doivent être déclenchés par le stationnaire du CTA du SIS ou l'assistant de régulation médicale du SAMU par l'intermédiaire du CTA. La principale différence entre départ réflexe et prompt secours est l'extension de la possibilité d'un engagement immédiat de moyens sapeurs-pompiers aux assistants de régulation médicale (ARM) pour les appels arrivant au 15 ;
- reconnaissance de la pertinence de la régulation médicale de tout appel de secours à personne ou d'aide médicale urgente, quel que soit le numéro d'urgence composé par l'appelant : régulation *a posteriori* en cas de départ réflexe, *a priori* dans tout autre cas ;
- affirmation du principe selon lequel le doute profite à l'appelant.

[165] Ces trois principes représentent des évolutions notables par rapport aux doctrines traditionnelles des deux services : ils impliquent, pour les sapeurs-pompiers, d'attendre le résultat de la régulation médicale avant d'engager des moyens hors cas de départ réflexe et, pour les SAMU, d'accepter le caractère *a posteriori* et donc relatif de la régulation médicale lorsque l'urgence avérée ou supposée commande un déclenchement immédiat de l'intervention et ce, alors même que les situations en cause sont celles qui ont la plus forte probabilité de nécessiter une intervention médicale à une étape de la prise en charge.

[166] Sur ce dernier point, il convient néanmoins de noter que les SAMU pratiquaient déjà depuis 2004 des engagements « flash » de moyens SMUR, à l'initiative de l'assistant de régulation médicale et suivis d'une régulation prioritaire dans un certain nombre de situations proches des situations de départ réflexe définies à l'annexe I du référentiel[80].

---

[78] Circulaire interministérielle DHOS/O1/DDSC/BSIS n° 2007-457 du 31 décembre 2007 relative à la nécessité d'établir une mise en cohérence des schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) et des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS).

[79] Préambule du référentiel du 25 juin 2008, pages 9 et 10.

[80] Guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15. SAMU de France. 2ème édition 2009. Page 63.

2.1.4 Une place importante consacrée au rôle des infirmiers

[167] Deuxième point de fond marquant, le référentiel consacre une place importante aux infirmiers sapeurs-pompiers. Ce sujet et celui des protocoles de soins d'urgence ont été parmi les plus discutés au sein du comité quadripartite.

[168] Dès les premières réunions, les représentants des urgentistes ont pu exprimer leurs réserves sur le rôle et les conditions d'intervention des infirmiers sapeurs-pompiers : risque de perte de chance pour le patient, par engagement successif de moyens ; crainte de la mise en place d'un système de soins parallèle ; opposition à l'idée d'un « métier » d'infirmier sapeur-pompier, les spécialisations paramédicales relevant du code de la santé publique ; difficultés d'articulation entre les obligations à l'égard de l'employeur – souvent l'hôpital – et l'engagement de sapeur-pompier ; non validation de certains protocoles par les sociétés savantes ; disparités de formation ; absence de règles d'implantation territoriale des infirmiers sapeurs-pompiers[81].

[169] Les représentants des sapeurs-pompiers, de leur côté, ont expliqué n'avoir aucune intention de développer un système de soins parallèle et être attentifs au respect et au caractère prioritaire des obligations professionnelles des infirmiers sapeurs-pompiers volontaires. Les services d'incendie et de secours comptant des infirmiers sapeurs-pompiers dans leurs rangs, l'enjeu à leurs yeux était une bonne coordination entre SAMU et SIS pour apporter une réponse graduée à l'urgence, conformément à la lettre de mission adressée par les ministres au comité quadripartite. Ils ont insisté sur le fait que chaque service devait avoir la maîtrise de ses moyens[82].

[170] Dès le mois de janvier 2008, un consensus s'est établi autour de l'idée qu'en l'absence de moyens médicaux disponibles, la mobilisation d'infirmiers est préférable à une absence de réponse. Plus tard, les représentants des urgentistes ont indiqué qu'un infirmier sapeur-pompier pouvait avoir une valeur ajoutée dans une intervention menée par des secouristes mais que le problème était l'articulation avec le médecin[83].

[171] Le sujet est traité dans la partie du référentiel relative à la réponse, entre deux sous-parties consacrées respectivement à la « réponse secouriste » et à la « réponse médicale ».

[172] Le corps du référentiel est complété par une annexe[84] comprenant une liste indicative de 17 protocoles de soins d'urgence *« éligibles aux infirmiers sapeurs-pompiers habilités »* [85] ayant vocation à être développés dans le respect des « *recommandations validées par la HAS à partir des propositions élaborées au niveau national par un comité paritaire constitué de représentants des services publics d'urgence hospitaliers et du SSSM* »[86].

[173] Par rapport aux circulaires de 1992, 1996 et 2004, dans lesquelles le mot « infirmier » ne figure pas, la place réservée aux infirmiers sapeurs-pompiers dans le référentiel de 2008 traduit le souhait, porté par les représentants des sapeurs-pompiers et accepté *in fine* par les autres membres du comité quadripartite, de voir reconnaître l'existence d'une ressource para-médicale en leur sein, mobilisable dans des conditions à affiner par la suite.

[81] Comptes-rendus de la réunion du 7 janvier 2008 du comité de pilotage quadripartite pour les cinq premiers points et de la réunion du 22 janvier 2008 pour les deux derniers.
[82] Compte-rendu de la réunion du 7 janvier 2008 du comité de pilotage quadripartite.
[83] Projet de compte-rendu de la réunion du 13 mai 2008 du comité de pilotage quadripartite.
[84] Annexe VI.
[85] Référentiel du 25 juin 2008. Page 56.
[86] Référentiel du 25 juin 2008. Page 29.

2.1.5 Une partie étoffée sur la démarche qualité

[174] Le référentiel comprend également une partie importante relative à l'efficience, avec une première sous-partie consacrée à la démarche qualité. Plusieurs actions régulières sont prévues : étude conjointe de tableaux de bord, relevé et étude des événements indésirables dans le cadre d'un comité de suivi départemental trimestriel rendant compte au CODAMUPS-TS, synthèses nationales, évaluation des plates-formes d'appels, évaluation de la couverture territoriale, automatisation du recueil de données grâce aux systèmes d'information et de communication…

[175] Des travaux spécifiques sont prévus en complément : groupe de travail chargé d'établir la liste des indicateurs à suivre, élaboration de protocoles infirmiers nationaux, études ponctuelles…

[176] Cette démarche qualité doit encore se renforcer grâce aux axes de progrès définis en fin de référentiel, notamment grâce aux efforts prévus dans le domaine des systèmes d'information et des radiocommunications (déploiement du réseau ANTARES), mais aussi à la mise en place d'un comité national de suivi chargé, si nécessaire, de rendre des arbitrages sur les situations conflictuelles.

[177] La démarche qualité ainsi décrite apparaît particulièrement ambitieuse au regard de la modestie des résultats enregistrés jusqu'alors sur ce plan.

2.1.6 Une volonté de clarification de certains aspects financiers

[178] Le référentiel essaie, dans le deuxième volet de sa partie relative à l'efficience, de clarifier plusieurs questions financières, en déconnectant du numéro appelé par le demandeur l'imputation de la dépense.

[179] Après avoir rappelé qu'un service d'incendie et de secours « *peut demander aux personnes bénéficiaires une participation aux frais, dans les conditions déterminées par délibération du conseil d'administration du SIS* »[87] lorsqu'il intervient en dehors de ses missions, le référentiel identifie trois types d'interventions ne relevant pas des missions du SIS et pour lesquelles il peut être sollicité par le SAMU : un appui logistique à un SMUR, une évacuation par indisponibilité d'ambulancier ou une aide simple au relevage-brancardage.

[180] Les appuis logistiques doivent être traités par voie de convention entre le SIS et l'établissement de santé siège de SMUR définissant le type d'appui fourni (permanent, saisonnier ou temporaire) ainsi que la rémunération afférente. Celle-ci doit à la fois prendre en compte les charges réelles et se fonder sur un forfait annuel révisable.

[181] Les indisponibilités ambulancières, lorsqu'elles conduisent le SAMU à solliciter le SIS en dehors de ses missions, donnent lieu à défraiement du SIS par l'établissement de santé siège de SAMU. Là encore, une convention est prévue entre l'établissement et le SIS, avec deux modes de rémunération possibles (par intervention ou sur la base d'un forfait annuel) et des montants par intervention qui peuvent être différents suivant la date de signature de la convention.

[182] Ainsi, le référentiel prend parti en faveur de la rémunération des prestations effectuées par les SDIS en dehors de leurs missions, à la demande du SAMU, en dépit du débat récurrent sur l'opportunité d'une facturation entre services publics. Il contourne la question délicate de l'estimation des coûts en évoquant des formules mixtes entre forfait et rémunération à l'intervention, prise en compte des charges réelles et tarif fixé par voie réglementaire.

[87] Référentiel du 25 juin 2008. Titre II. Partie V. B. Page 41.

[183] Enfin, le référentiel aborde aussi la question des relevages et des brancardages. Dans la partie relative à la réponse, il indique que les sapeurs-pompiers doivent apporter une réponse secouriste à ce type de demande, avec les moyens techniques nécessaires. La partie relative au financement précise qu'une intervention en appui d'un autre acteur, sans moyen technique particulier, s'analyse comme une indisponibilité partielle de cet acteur, avec les conséquences induites en termes de prise en charge financière.

2.1.7 Une articulation définie dans un deuxième temps avec les transporteurs sanitaires privés

[184] Contrairement à ce qui s'était passé pour l'élaboration de la circulaire du 29 mars 2004, les transporteurs sanitaires privés n'ont pas été associés au projet de référentiel mis en chantier fin 2007 pour permettre une meilleure compréhension entre les deux services publics en charge des secours et des soins urgents. Le référentiel du 25 juin 2008 est ainsi apparu comme une rupture avec la logique tripartite qui prévalait dans la circulaire de 2004.

[185] Dans la foulée de la négociation du référentiel SAP-AMU, le ministère chargé de la santé a lancé, avec les représentants des transporteurs sanitaires privés, la rédaction d'un référentiel d'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière. Ce travail a été mené en concertation avec les représentants des établissements de santé et des urgentistes, ainsi que de la CNAMTS mais, cette fois, sans le ministère de l'intérieur ni les représentants des sapeurs-pompiers.

[186] Il en résulte aujourd'hui la coexistence de deux référentiels sur des sujets connexes, tous deux négociés au niveau national, mais avec des négociateurs pour partie différents.

[187] La structure du second référentiel est inspirée de celle du premier (traitement des appels, réponse, efficience, axes de progrès). En dehors d'un rappel sur le dispositif de garde et d'une invitation à l'élargir à une permanence 24h sur 24, le référentiel SAMU-ambulanciers comprend une mesure principale, la mise en place d'un coordonnateur ambulancier par les transporteurs sanitaires, chargé d'assurer l'interface de la profession avec le SAMU.

[188] A la lecture du document transparaît également une volonté de rééquilibrage de la réponse à l'urgence pré-hospitalière vers les transporteurs sanitaires privés :

- le référentiel SAMU-ambulanciers insiste sur le rôle particulier que leur confère leur qualité de professionnel de santé : « les ambulanciers, professionnels de santé, ont vocation à être missionnés par la régulation du SAMU-Centre 15 pour participer à la prise en charge des urgences vitales, dans l'intérêt du patient »[88] ;
- l'intervention des sapeurs-pompiers est présentée comme complémentaire de celle des transporteurs sanitaires et circonscrite au premiers secours : « En complémentarité de l'application du présent référentiel, la participation des sapeurs-pompiers aux premiers secours contribue à la proximité et à la qualité de la réponse à l'urgence pré-hospitalière »[89].

[189] La compatibilité de ces deux points avec le référentiel SAP-AMU pose question, les urgences vitales étant l'un des motifs de départ réflexe des sapeurs-pompiers définis par le référentiel du 25 juin 2008.

[88] Référentiel du 9 avril 2009 d'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière. I.2. Page 5.
[89] Référentiel du 9 avril 2009 d'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière. Préambule. Page 2.

2.2 Une mise en œuvre inégale suivant les sujets et les départements

[190] Pour répondre à la question du degré de mise en œuvre du référentiel du 25 juin 2008, la mission a interrogé les préfets, les directeurs généraux d'ARS, les SIS et les SAMU sur la signature des conventions prévues par la circulaire du 14 octobre 2009 relative à la mise en œuvre des deux référentiels[90], notamment la convention SAMU-SIS.

[191] La mission a également établi une grille d'évaluation à partir des 161 prescriptions principales contenues dans le référentiel et l'a adressée aux services d'incendie et de secours et aux services d'aide médicale urgente, en leur demandant d'indiquer si chaque point était appliqué ou pas. Sur l'ensemble des services ayant répondu, 74 SIS et 60 SAMU ont renseigné la grille d'une manière exploitable. Les données agrégées figurent en annexe n° 7. Les développements ci-dessous suivent la trame du référentiel, en enrichissant les données recueillies grâce à la grille d'évaluation par des éléments tirés des réponses aux questionnaires littéraux de la mission.

2.2.1 Déclinaison des éléments relatifs au traitement de l'appel

2.2.1.1 Des outils d'interconnexion qui s'étendent mais plus lentement que prévu

➢ ***Téléphonie***

[192] Les fonctionnalités de base prévues par le référentiel en matière de transfert d'appels (bascule simple, conférence à trois) sont assurées dans la quasi-totalité des services.

[193] En revanche, la priorisation des appels dans le flux entrant n'existe pas partout : environ un quart des services ne disposent pas de lignes dédiées entre eux ; certains utilisent d'autres techniques, comme la reconnaissance du numéro appelant, mais cette solution est moins sécurisée.

➢ ***Communications radioélectriques***

[194] Le référentiel prévoyait un déploiement rapide du réseau ANTARES[91] dans le cadre de l'infrastructure nationale partageable des transmissions (INPT), conformément aux dispositions du du décret du 3 février 2006[92]. Au 1er décembre 2013, on comptait 65 400 terminaux affectés aux sapeurs-pompiers et 2 100 aux SAMU[93]. Néanmoins, le déploiement du réseau n'était achevé que pour 67 SIS et 47 SAMU, auxquels s'ajoutaient 8 SDIS et 16 SAMU en début de migration[94].

---

[90] Circulaire du 14 octobre 2009 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente et de l'arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière

[91] Adaptation Nationale des Transmissions Aux Risques Et aux Secours.

[92] Décret n°2006-106 du 3 février 2006 relatif à l'interopérabilité des réseaux de communication radioélectriques des services publics qui concourent aux missions de sécurité civile, pris en application de la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile. L'article 9 de la loi a posé ce principe d'interopérabilité pour les services suivants : sapeurs-pompiers, unités militaires de la sécurité civile, police, gendarmerie, SAMU.

[93] Sur un total de 122 100 terminaux pour les utilisateurs de l'INPT, police comprise (source : Comité de pilotage de l'INPT du 10 décembre 2013. DSIC).

[94] Sources : cartes de déploiement du réseau ANTARES en décembre 2013 – Ministère de l'intérieur. Direction des systèmes d'information et de communication.

[195] Les enquêtes annuelles INFOSDIS confirment des glissements de calendrier de deux ordres (report du début de la migration ou allongement de la phase de déploiement). Ces deux types d'aléas, conjugués, aboutissent à des décalages de la date d'achèvement du déploiement, côté SDIS, pouvant atteindre trois ans entre le planning 2008 et le planning 2011[95]. Pour certains SDIS, la migration peut s'échelonner sur six à huit ans[96] .

[196] Contrairement à ce que souhaitaient les auteurs du référentiel, il arrive souvent que SIS et SAMU ne basculent pas simultanément vers le nouveau réseau, ce qui induit des périodes de fonctionnement complexe pour les services.

[197] Lorsqu'ils émettent un avis sur le réseau, les services expriment une appréciation plutôt positive. Les avantages mentionnés sont l'amélioration de la qualité de la phonie, l'apport de nouvelles fonctionnalités (mode conférence, géolocalisation des vecteurs, statuts[97]…), la sécurisation des communications (cryptage), l'interconnexion SIS-SAMU lorsque les deux services sont équipés, ce qui permet notamment aux équipages du SIS de contacter rapidement le médecin régulateur, ainsi que la traçabilité des échanges, impossible avec le téléphone portable.

[198] Plusieurs limites techniques ou fonctionnelles sont néanmoins soulignées : la persistance de zones d'ombre dans des départements où le réseau est déjà déployé, notamment dans des zones de montagne ou vallonnées, l'insuffisance du nombre de voies radio disponibles pour certains SAMU, un manque de robustesse dans l'alimentation électrique des relais radio, signalé à la fois par des SIS et des SAMU, une capacité jugée insuffisante pour la transmission de données, ce qui a pour conséquence la faible utilisation du réseau pour ce besoin (13% des SIS et 20% des SAMU).

➤ ***Systèmes d'information***

[199] Les réponses reçues font ressortir, selon les SIS, 18% de logiciels d'interconnexion communs et 28% d'interfaces actives entre systèmes différents. Selon les SAMU, ces pourcentages sont respectivement de 25% et 32%. Dans certains départements, la possibilité d'interconnexion existe mais n'est pas activée. Au total, environ la moitié des départements semblent encore souffrir d'un défaut de capacité de partage d'informations en temps réel entre SIS et SAMU. Lorsque ce partage existe, il porte le plus souvent sur la localisation et l'identification de l'appelant, ainsi que sur la nature de l'appel. En revanche, la mise en commun des annuaires est plus rare et la géolocalisation des moyens n'est disponible que dans moins de 20% des services.

[200] Ces résultats sont globalement en retrait de ce que l'on pouvait espérer, l'interconnexion des centres d'appels étant un leitmotiv des circulaires successives depuis plus de vingt ans.

2.2.1.2 Des procédures d'interconnexion encore à formaliser par endroit et des transferts d'appels qui s'effectuent correctement

[201] Les procédures d'interconnexion sont encore non formalisées dans environ le quart des départements. Certes, deux tiers des SIS et plus de 60% des SAMU répondants indiquent qu'ils ont établi des algorithmes communs pour la définition de la réponse. Néanmoins, les observations développées dans les réponses aux questionnaires révèlent la persistance de divergences d'appréciation dans un certain nombre de départements, ce qui incite à penser qu'il existe des marges de progrès à la fois dans l'élaboration des algorithmes et dans leur mise en œuvre.

[95] Alpes-de-Haute-Provence, Corrèze, Savoie.
[96] Côtes d'Armor, Bouches-du-Rhône, Vendée, Landes.
[97] Envoi semi automatisé de messages types relatifs au déroulé de l'intervention.

[202] Chaque service indique remplir ses obligations en matière de transfert d'appels vers l'autre (les SIS, pour les appels concernant la PDSA ou l'aide médicale urgente, les SAMU, pour les appels relevant des missions propres des SIS). En revanche, chacun est plus critique sur les conditions dans lesquelles il est saisi, ce qui devrait inciter à davantage d'écoute mutuelle.

2.2.1.3 Des départs réflexes bien intégrés dans les pratiques

[203] Disposition clef du référentiel, le départ réflexe est bien intégré par les SIS : 92% d'entre eux déclarent ainsi déclencher un départ réflexe dans les situations décrites dans l'annexe I du référentiel. La prise en compte de la notion de départ réflexe s'est faite sans effort pour près de la moitié des SIS, qui considèrent que cette nouvelle notion recouvre la même réalité que celle de prompt secours. Cette perception est partagée explicitement par plus du tiers des SAMU répondants. Pour d'autres SIS, le passage du prompt secours aux départs réflexes s'est traduit par une réduction des engagements immédiats de moyens (Charente) ou, plus fréquemment, par une extension (Loiret, Territoire-de-Belfort).

[204] 81% des SAMU ayant renseigné la grille d'évaluation indiquent respecter le principe d'engagement des moyens du SIS avant régulation médicale dans les situations de départ réflexe définies par le référentiel. Bien que ce pourcentage soit plus faible que celui des SIS, l'effort d'appropriation des règles d'engagement fixées par le référentiel est plus important de la part des SAMU, la notion de départ réflexe étant plus éloignée de leur doctrine d'intervention traditionnelle.

2.2.1.4 Une régulation médicale respectée

[205] Pilier du dispositif français d'aide médicale urgente, la régulation médicale paraît respectée : 93% des SAMU disent organiser systématiquement le dialogue direct entre le médecin régulateur et l'appelant (ou un témoin). La même proportion indique vérifier la disponibilité des effecteurs pertinents avant d'en venir à des solutions de substitution en cas d'indisponibilité, les sapeurs-pompiers étant alors le recours naturel.

[206] Les SIS ayant interprété diversement la question correspondante de la grille d'évaluation, leurs réponses sur ce point ne sont pas exploitables. On peut néanmoins déduire de leurs réponses positives sur le respect de leurs obligations de transfert d'appels qu'ils estiment saisir la régulation médicale dans les conditions prévues par le référentiel. Une majorité de réponses littérales de SAMU confirment ce point.

[207] Toutefois, certains SAMU se plaignent d'un manque de systématisme dans la mobilisation de la régulation médicale ou de son caractère parfois tardif. Ce sujet constitue la cause la plus répétitive de frottements entre les deux services dans un département dont le SAMU a remis à la mission son recensement des événements indésirables sur les années récentes.

Place des défauts d'information de la régulation médicale dans les événements indésirables vu d'un SAMU entre 2011 et 2013

Sur près de 170 incidents colligés par le SAMU d'un gros département entre janvier 2011 et août 2013, plus de 50% comportent un aspect de sous-information de la régulation médicale : défaut d'information initiale (37%), non transmission du bilan secouriste (10%), départs des lieux de l'intervention sans information du SAMU (2%), absence complète d'information (1%).

Le SAMU et le SIS n'ayant pas eu l'occasion d'échanger sur ces incidents, ces chiffres ne constituent pas une liste de dysfonctionnements avérés, mais la perception du SAMU sur les pratiques du SDIS.

2.2.2 Application du dispositif de réponse

2.2.2.1 Réponse secouriste : des éléments bien cadrés et bien maîtrisés

[208] SIS et SAMU s'accordent pour considérer que l'essentiel des éléments de la réponse secouriste est bien maîtrisé par les sapeurs-pompiers : équipement des secouristes, composition des équipes des VSAV, transmission des bilans, contenu, contact avec le CRRA en cas d'aggravation, renseignement et circuit de la fiche bilan…

[209] La disposition du référentiel relative à l'engagement d'un moyen secouriste en cas d'appel pour relevage est bien prise en compte (selon 96% des SIS et 93% des SAMU).

[210] Trois aspects de la relation SIS-SAMU sont à améliorer : les bilans simplifiés[98] prévus par le référentiel dans des cas précis définis dans son annexe II ne sont mis en place que dans un peu plus de la moitié des départements. A titre d'exemple, ils sont couramment utilisés dans l'Oise et les Vosges mais refusés dans les Pyrénées-Orientales, les Yvelines ou la Vendée ; seulement la moitié des SIS pensent à procéder à une information spécifique du CRRA pour la clôture des dossiers ; la justification médicale de l'envoi d'un VSAV en dehors de son secteur opérationnel sur demande de la régulation n'est pas systématique (75% d'après les SIS).

[211] Par ailleurs, le lien avec les acteurs des prises en charge sociales et médico-sociales apparaît nettement insuffisant : l'évaluation des interventions sociales du SIS et du SAMU en lien avec les services sociaux du conseil général reste rare (19% des SIS et 16% des SAMU), ce qui n'est sans doute pas sans conséquence sur le caractère répétitif de certaines interventions (au bénéfice d'une même personne ou dans un même établissement médico-social par exemple).

2.2.2.2 Infirmiers sapeurs-pompiers : des dispositions faiblement appliquées

[212] Les points relatifs à l'organisation des relations entre établissements de santé et SIS (convention pour l'emploi des infirmiers sapeurs-pompiers volontaires hospitaliers, information réciproque SAMU-SIS sur les ressources disponibles) et aux outils de programmation (mise en cohérence des SDACR et SROS) sont appliqués par moins de la moitié des services répondants voire, pour certains, moins du tiers.

[213] Les conditions de notification au CRRA de l'engagement d'un infirmier sapeur-pompier par le CTA sont appréciées différemment par les SIS et les SAMU : 90% des premiers indiquent notifier immédiatement ces engagements, 60% seulement des seconds estiment que c'est le cas.

[214] Six SIS sur les 71 ayant renseigné la grille d'évaluation de la mission[99] ne mobilisent pas leurs infirmiers dans des interventions SAP-AMU. Les autres ont développé tout ou partie des 17 protocoles envisagés à l'annexe VI du référentiel, notamment ceux relatifs à l'arrêt cardio-respiratoire adulte, à l'hypoglycémie et à l'antalgie adulte. Tous estiment que leurs protocoles respectent le décret d'actes. 65% seulement des SAMU répondants partagent ce point de vue.

[98] Les textes ne prévoient pas de définition précise de son contenu mais le référentiel liste un certain nombre de situations bénignes pour lesquelles son utilisation est possible (petite traumatologie notamment) ; destiné à alléger le travail de la régulation et à faciliter le travail des intervenants sur le terrain, il peut être signalé par un code couleur spécifique le différenciant des situations identifiées comme graves par le chef d'agrès (blanc vs rouge au BMPM par exemple).

[99] Un SIS répondant n'a pas du tout renseigné la partie de la grille relative aux protocoles infirmiers de soins d'urgence.

2.2.2.3 Réponse médicale : une articulation pas encore trouvée entre médecins sapeurs-pompiers volontaires et médecins correspondants du SAMU

[215] La mise en œuvre des dispositions du référentiel relatives à la réponse médicale se fait dans un contexte qui a évolué par rapport à celui de 2008, suite à l'engagement du futur Président de la République, repris après l'élection présidentielle, de garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 mn en tout point du territoire.

➤ ***Les médecins correspondants du SAMU, un sujet de frottement entre SAMU et SDIS***

[216] Pour honorer cet engagement, la ministre chargée de la santé a conçu un Pacte territoire santé[100] présenté en décembre 2012, qui prévoit notamment la relance et l'élargissement du dispositif des médecins correspondants du SAMU (MCS)[101].

Le dispositif des médecins correspondants du SAMU

Le dispositif des MCS[102] est accessible à tout médecin (libéral, salarié ou hospitalier), volontaire pour répondre aux sollicitations du SAMU et qui remplit les conditions d'intervention (lien fonctionnel avec la régulation, contrat avec l'établissement siège de SAMU) et de formation. Tout est fait pour faciliter la compatibilité de son engagement avec son exercice professionnel : mobilisation seulement sur des situations d'urgence et dans des territoires identifiés, absence d'obligation de garde ou d'astreinte, possibilité de cumul d'activité avec la participation à la PDSA, fourniture des matériels et médicaments par le SAMU.

Le dispositif est financé par le fonds d'intervention régional (FIR) à disposition des ARS. Pour les médecins libéraux, la rémunération se fait dans les conditions de droit commun. Il est toutefois loisible aux ARS, en fonction de l'organisation mise en place et de l'enveloppe financière disponible, de verser des compléments de rémunération (indemnisation d'astreinte quand elle est mise en place, rémunération exceptionnelle des sorties « blanches »…)

Au nombre de 250 environ fin 2013, les MCS devraient être 650 fin 2014 suivant le rythme de déploiement souhaité par le ministère chargé de la santé.

[217] Dans sa promotion du dispositif des MCS, le ministère chargé de la santé a omis d'associer les responsables des sapeurs-pompiers à la réflexion sur l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes ; il peine à faire apparaître les objectifs poursuivis, le développement du réseau des MCS dépassant la question de l'urgence pré-hospitalière et faisant partie d'une stratégie globale de soutien à l'ancrage des médecins dans les territoires afin de maintenir le tissu des médecins de premier recours qui peut servir aux SAMU comme aux SDIS.

[218] En pratique, les MCS sont encore peu nombreux : dans certains départements, le recrutement n'a pas commencé, dans d'autres, il n'y a pas de candidat. Néanmoins, les SIS voient dans ce dispositif une menace pour leur réseau de médecins volontaires[103], d'autant qu'il s'adresse, avec un niveau de rémunération supérieur, à des médecins libéraux en secteur rural que les SSSM cherchent aussi à attirer et fidéliser.

[100] Voir annexe n° 12.
[101] Engagement n° 9 - Garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015.
[102] Instruction N°DGOS/R2/2013/228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des MCS, complétée par l'instruction N°DGOS/R2/2013/289 du 16 juillet 2013 (guide de déploiement). Le cadre réglementaire est le 2° de l'article R. 6123-28 du CSP et l'arrêté du 12 février 2007 qui le décline.
[103] Source : réponses au questionnaire de la mission. Question n°13 posée dans les mêmes termes aux deux réseaux.

[219] Le référentiel prévoyait que, pour le recrutement des MCS, les ARH (aujourd'hui ARS) évitent, « *sauf en cas de nécessité, de solliciter les médecins libéraux qui sont déjà médecins sapeurs-pompiers volontaires* ». Cette règle de préservation du réseau sapeurs-pompiers ne semble pas respectée partout. En réaction, il est arrivé que des SDIS imposent à leurs médecins volontaires de choisir entre les deux statuts. Ces attitudes sont, d'un côté comme de l'autre, regrettables car elles prennent les médecins concernés à témoin d'un conflit de vision entre deux services publics sur une mission essentielle pour tous.

➤ ***Les médecins sapeurs-pompiers : un apport reconnu mais insuffisamment formalisé et qui se réduit***

[220] Les conditions d'engagement des médecins sapeurs-pompiers sont considérées par les deux services comme connues et respectées, à l'exception de l'obligation d'information immédiate du CRRA, dont seulement 68% des SAMU répondants estiment qu'elle est correctement remplie.

[221] Néanmoins, la réduction des effectifs de médecins sapeurs-pompiers volontaires pèse sur le réseau, qui peine à se mobiliser non seulement pour les interventions mais aussi pour des missions internes essentielles comme la vérification de l'aptitude. Dans les réponses aux questionnaires, dix départements soulignent que les MSP n'ont pratiquement plus d'activité de terrain au bénéfice des patients ou victimes, sans préjudice de leur soutien opérationnel aux équipes de sapeurs-pompiers en intervention

[222] Enfin, comme pour les infirmiers, les documents formalisant les relations ou les conditions d'engagement pèchent fréquemment : seuls 11% des SIS et 14% des SAMU mentionnent l'existence d'une convention entre le SIS et l'établissement de santé employeur de médecins sapeurs-pompiers volontaires ; 22% seulement des SIS ont des échanges avec les ARS sur la définition de zones d'intervention et l'identification des médecins ; moins de 30% des SIS et SAMU s'informent mutuellement en partageant leurs listes de médecins (MCS et MSP).

2.2.3 Mise en œuvre des préconisations en matière d'efficience

2.2.3.1 Une démarche qualité médiocrement mise en œuvre

[223] Ambitieuse, la démarche qualité n'est que médiocrement mise en œuvre, tant par les SIS que par les SAMU. Dans 24% des SAMU ayant répondu au questionnaire et 40% des SIS, le comité départemental de suivi de la mise en œuvre du référentiel n'est pas mis en place. Lorsqu'il existe, il est fréquent qu'il ne rende pas compte au CODAMUPS-TS. Les réunions trimestrielles d'analyse des tableaux de bord et des dysfonctionnements se tiennent dans moins de 60% des départements. Les relevés d'activité ne sont la règle que dans 71% des SIS et 77% des SAMU répondants.

[224] D'autres aspects de la démarche qualité sont encore moins appliqués (évaluation des plates-formes, évaluation des moyens d'intervention, mise en place d'un recueil de données qualitatives, fixation d'objectifs de délais d'intervention, calcul de délais moyens d'intervention, intégration de courbes isochrones dans les documents de mise en cohérence des SDACR et des SROS, réalisation d'études ponctuelles sous l'angle du service rendu).

[225] Tantôt, ce sont plutôt les SIS qui s'intéressent à un sujet, tantôt plutôt les SAMU, tantôt aucun des deux et il semble que peu aient l'idée de partager leurs analyses.

2.2.3.2 Des relations financières dont la formalisation doit encore progresser

[226] Dans les relations financières entre les établissements de santé sièges de SAMU et les SIS, le sujet de la prise en charge des carences ambulancières paraît cadré dans environ 80% des cas. En creux, cela signifie qu'un cinquième des départements ne disposent pas d'une convention de règlement des interventions correspondantes, chiffre qui reste élevé au regard de l'importance de cette question pour les sapeurs-pompiers et pour les établissements de santé sièges de SAMU.

[227] La situation est encore moins formalisée en matière de rémunération des appuis logistiques, sans qu'il soit toujours possible de savoir si l'absence de convention est le corollaire d'une absence de prestation ou si les prestations se font sans support contractuel[104] (cas signalé dans au moins trois départements).

2.2.3.3 Un suivi d'indicateurs lacunaire

[228] Enfin, le suivi d'indicateurs apparaît lacunaire au regard de la liste indicative de l'annexe VII du référentiel. Certes, les services, tant SIS que SAMU, suivent généralement (dans plus de 90% des cas parmi les services répondants) leur bilan d'appels, leur nombre d'affaires, leurs missions et leurs interventions par indisponibilité des transporteurs sanitaires privés.

[229] Ils ne sont déjà plus que trois quarts (78%) à consigner les motifs et lieux d'intervention. D'autres indicateurs sont encore beaucoup moins suivis (20 à 30% des cas, voire moins). Certains sont relatifs aux appels et pourraient être obtenus à partir du système téléphonique du centre d'appels. D'autres ont trait au patient (morbi-mortalité lors de la prise en charge…). D'autres ont pour vocation de tracer son parcours hospitalier (taux d'admission secondaire en réanimation, durée d'hospitalisation, morbi-mortalité hospitalière, iatrogénie hospitalière…).

[230] Les SIS suivent plus que les SAMU les indicateurs qui se rapportent à la rapidité de la réponse tandis que les SAMU développent des indicateurs de prise en charge médicale. Les deux services estiment souvent que le nombre d'indicateurs proposés dans le référentiel est trop important pour un suivi opérationnel régulier.

2.2.4 Suivi des axes de progrès

[231] Le référentiel trace quatre axes de progrès, relatifs aux systèmes d'information et de communication, à la formation, au suivi de la mise en œuvre du référentiel et à des points divers.

2.2.4.1 Systèmes d'information et de communication

[232] Les systèmes d'information et de communication font l'objet de deux développements. Le premier est relatif à la migration vers le réseau ANTARES : ainsi qu'il a été vu plus haut, le calendrier de déploiement n'a pas été respecté. Le second met l'accent sur la puissance intégratrice d'un réseau radio commun, sur la nécessité de cadrer les échanges de données, de systématiser la référence à la marque NF-399 et l'exigence de certification par tierce partie AFNOR-INFOCERT dans les appels d'offres des SIS et des SAMU. Il émet également le souhait que les référentiels technique communs soient dotés d'une base juridique solide, de type arrêté.

[104] La mission PTIS estime que le cadre des marchés publics est mieux adapté que celui de la simple convention.

[233] Ces préconisations font référence à des travaux conduits depuis 2005 sous l'égide de l'AFNOR dans le cadre du groupe dit GT-399[105].

Les travaux du groupe GT-399

Le groupe est chargé de « *définir les exigences d'interopérabilité des systèmes de secours à personnes (SAP) dans le cas d'urgence* »[106]. Il est animé par la société INFOCERT[107], mandatée par l'AFNOR, et est composé de membres utilisateurs (ministères, BMPM, BSPP, FNSPF, préfecture de police, SAMU Urgence de France et des SDIS), de membres fournisseurs (éditeurs de logiciel) et de membres experts (DGSCGC, DSIC, CASSIDIAN, ASIP Santé, AFNOR Certification et INFOCERT). La DGSCGC anime les réunions en alternance avec INFOCERT.

Les travaux du groupe servent à définir « *les exigences que doivent respecter tous les logiciels de sécurité civile amenés à produire, traiter ou échanger des données à travers les réseaux de communication nationaux de la sécurité civile* »[108], réunies dans un corpus de règles actualisé chaque année et constituant la marque NF-399 Logiciel de sécurité civile.

[234] Les SDIS ont toujours été très présents tout au long des travaux. Le ministère chargé de la santé et ses opérateurs, présents au lancement et qui avaient pris du champ, se sont récemment réinvestis ; la DGOS a notamment missionné l'ASIP Santé en qualité de membre expert, pour mieux apprécier les évolutions du champ traité et faire le lien avec le projet de système d'information national qu'elle porte par ailleurs (*cf. infra* 4).

[235] Le groupe GT-399 conduit ses travaux de manière active et ses résultats constituent, de fait, une référence technique pour les appels d'offres des SIS et des SAMU, même si la démarche soulève aujourd'hui des questions de la part du secteur de la santé (*cf. infra*).

2.2.4.2 Formation, comité de suivi et points divers

[236] Deux mesures figurent dans le référentiel au titre de la formation. La première a trait au rôle des sociétés savantes. La société française de médecine d'urgence (SFMU) est censée devenir le« *lieu d'expression scientifique des acteurs de l'urgence* » et, à cette fin, s'ouvrir aux représentants des SSSM.

[237] Force est de constater que la mise en œuvre de cette mesure est un échec, médecins urgentistes et représentants des SSSM s'étant séparés sur un constat de divergence sur les recommandations destinées aux infirmiers seuls face à l'urgence. Suite à cette séparation, les sapeurs-pompiers ont créé leur propre société savante, centrée sur leurs modes d'exercice des fonctions de soins mais qui se veut à l'échelle européenne, la société européenne de médecine de sapeurs-pompiers (SEMSP).

[238] La deuxième mesure consiste en la mise en place d'un « comité pédagogique national » chargé d'examiner et de valider des axes et des maquettes pédagogiques communs de formation continue préparés conjointement.

[105] Cette méthode a été préférée à la production de textes réglementaires au vu des difficultés d'élaboration du décret du 3 février 2006 précité qui devait « *fixer les règles et normes techniques permettant d'assurer l'interopérabilité des réseaux de communication radioélectriques et des systèmes d'information des services publics qui concourent aux missions de sécurité civile* ». En application de ce décret, deux supports s'imposent aux SIS et aux SAMU : une architecture unique des transmissions (AUT) et une infrastructure nationale partageable des transmissions (INPT) au financement de laquelle les services utilisateurs doivent contribuer.

[106] Source : site http://www.nfsecuritecivile.org.

[107] Partenaire technique d'AFNOR Certification dans le domaine des technologies de l'information.

[108] Source : site http://www.infocert.org.

[239] D'après la DGOS, ce comité, qui devait associer médecins urgentistes et membres des SSSM, a été évoqué lors du comité national de suivi du 29 juin 2010 : il avait été décidé qu'un groupe de travail serait chargé d'étudier les questions relatives à la formation des infirmiers sapeurs-pompiers volontaires. Mais ce groupe semble ne pas s'être réuni.

[240] En ce qui concerne le suivi de la mise en œuvre du référentiel, le comité quadripartite ayant élaboré le document souhaitait poursuivre ses travaux et assumer cette responsabilité. Il s'est effectivement réuni, mais moins fréquemment que prévu. Il n'a pas joué le rôle d'arbitre qui était prévu, ni même le rôle de pilote national qu'il avait vocation à tenir.

[241] Le référentiel s'achève sur six recommandations diverses, toutes peu suivies d'effets, relatifs à la mise en place d'une concertation régulière avec la justice et les forces de l'ordre, à l'application de sanctions en cas de mise en ligne d'images ou d'enregistrements réalisés sans autorisation pendant des interventions de sapeurs-pompiers ou de SMUR, à l'information du public sur le bon usage des numéros d'urgence, à la réalisation d'une étude sur le traitement des appels de téléalarmes, au transfert du financement des indisponibilités ambulancières vers l'enveloppe des dépenses d'assurance maladie consacrée aux soins de ville et à l'expérimentation de plates-formes télé médico-sociales et sanitaires.

[242] Sur ce dernier point, quelques rares projets se sont concrétisés, le plus abouti étant celui de la Haute-Savoie.

2.2.5 Prise en compte du référentiel d'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière

[243] En complément de l'analyse de l'application du référentiel du 25 juin 2008, la mission a interrogé les ARS pour disposer d'un état d'avancement de la mise en œuvre des coordonnateurs ambulanciers prévus par le référentiel du 9 avril 2009 relatif à l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière.

[244] Sur les 95 départements sur lesquels les informations sont remontées, 29 disposent d'un coordonnateur ambulancier, soit moins d'un tiers[109] : quinze sont financés exclusivement par les transporteurs sanitaires privés ; pour huit autres, le financement est partagé entre la profession et des aides publiques (FIR) ; cinq sont financés exclusivement sur fonds publics[110]. Dans la région Nord-Pas-de-Calais, c'est la MIG SAMU qui couvre la dépense ; dans l'Aisne, c'est le FIR.

[245] Dans les 67 autres départements pour lesquels les informations sont disponibles[111], il n'existe pas de coordonnateur ambulancier.

[246] Il est prévu en Haute-Marne à compter de 2014, sur des crédits du fonds d'intervention régional. Un projet de plate-forme de régulation régionale incluant les transporteurs sanitaires privés est en voie de finalisation en Guadeloupe.

[247] Ailleurs, le coordonnateur ambulancier n'est pas mis en place mais est souhaité soit par le SAMU (Loiret), soit par l'association des transports sanitaires urgents du département (Loir-et-Cher). Certains départements sont considérés comme trop petits par les ARS pour justifier la mise en place d'un coordonnateur ambulancier (Cher, Indre). Parfois, la fonction est parfois assurée par un assistant de régulation médicale du SAMU (Cher, Haute-Garonne).

[109] Cf. annexe n° 13 relative à la mise en place des coordonnateurs ambulanciers.
[110] La répartition des financements n'est pas connue pour un département.
[111] Les informations n'ont pu être obtenues pour six départements.

2.2.6 Signature des conventions prévues par les référentiels

2.2.6.1 Quelques situations de blocage sur les conventions SAMU-SIS, SAMU-ambulanciers et SAMU-SIS-ambulanciers

[248] Les prescriptions des deux référentiels avaient vocation, dans l'esprit de leurs auteurs, à être déclinées et formalisées dans des documents locaux. La circulaire du 14 octobre 2009 précitée prévoit ainsi la « *signature de deux conventions (SAMU-SDIS et SAMU-ambulanciers), dans le cadre d'un protocole tripartite (SAMU, SDIS, ambulanciers) sous l'autorité du préfet* ».

[249] Aujourd'hui, sur 101 départements, 25 ne semblent pas dotés d'une convention SAMU-SIS postérieure à l'adoption du référentiel. Parmi eux, une dizaine fonctionne encore sous le régime d'une convention tripartite antérieure. A noter l'approche originale retenue en Midi-Pyrénées, consistant en l'élaboration d'une convention unique applicable dans les huit départements de la région.

[250] Les conventions SAMU-ambulanciers sont beaucoup moins fréquentes que les conventions SAMU-SDIS et les protocoles tripartites, encore plus rares sauf lorsqu'ils existaient antérieurement au référentiel et qu'ils ont été – ou non - mis à jour.

[251] Il convient néanmoins de nuancer cette analyse strictement quantitative. Certes, d'après les informations reçues par la mission, le dispositif conventionnel ne paraît complet que dans deux départements, l'Ille-et-Vilaine et le Maine-et-Loire. Mais il arrive que, sans être constitué des trois documents prescrits, il soit solide et inclue tous les acteurs.

[252] Par exemple dans l'Orne, où les trois documents prévus n'existent pas, ils sont remplacés par une convention unique, datant de la fin de l'année 2010, signée non seulement par le préfet, le directeur général de l'ARS Basse-Normandie, le président du SDIS et le médecin responsable du SAMU mais aussi par l'ensemble des directeurs des centres hospitaliers sièges d'un SMUR. La mission ne saurait trouver à redire à une telle formule dès lors qu'elle permet d'échanger sur l'ensemble des points méritant un calage de doctrine d'intervention, de prise en charge financière ou d'appui logistique.

[253] Dès lors, le seul comptage des conventions ne suffit pas. Il est plus pertinent d'essayer d'identifier les départements dans lesquels la discussion des projets de convention est bloquée et les raisons de ces blocages. Il semble qu'une quinzaine de telles situations existent, récapitulées dans le tableau de la page suivante, dont 11 cas de blocage entre le SAMU et le SIS et 5 entre le SAMU et les transporteurs sanitaires privés.

[254] Les blocages de conventions SAMU-SIS sont dus, par ordre de fréquence décroissante, à des divergences financières (huit cas), à des problèmes d'emploi des infirmiers sapeurs-pompiers et des moyens qui leur sont alloués (deux cas) et à des divergences sur les départs réflexes (un cas) ou sur le rôle de la régulation médicale (un cas).

[255] Les difficultés relatives aux conventions SAMU-ATSU sont plus diverses et, pour certaines, plus floues: rémunération des sorties blanches et des sorties non programmées en journée (un cas), coordonnateur ambulancier (un cas), répartition des prises en charge des urgences vitales (un cas), rejet global des référentiels (un cas), attente de l'avis de l'ARS sur le projet de convention (un cas), dénonciation de la convention existante (un cas).

Tableau 1 : Recensement des difficultés rencontrées dans l'élaboration des conventions SAMU-SIS, des conventions SAMU-ATSU et des protocoles tripartites SAMU-SIS-ATSU

Département		Conventions bloquées	Difficultés signalées
06	Alpes-Maritimes	SAMU-SIS	Positionnement d'un véhicule léger infirmier
2A	Corse-du-Sud	SAMU-SIS	Divergences financières
22	Côtes d'Armor	SAMU-SIS	Divergences financières et sur la place de la régulation médicale
30	Gard	SAMU-SIS	Divergences sur l'annexe I et divergences financières
45	Loiret	1. SAMU-ATSU 2. Tripartite	1. Divergences sur les sorties blanches et la rémunération des sorties non programmées des jours et heures ouvrés 2. Divergence sur le protocole tripartie au sujet de la prise en charge des urgences vitales
51	Marne	SAMU-SIS	Divergences financières entre l'ARS et la direction du CHU sur les indisponibilités ambulancières
54	Meurthe-et-Moselle	1. SAMU-SIS 2. SAMU-ATSU	1. Divergences financières 2. Dénonciation de la convention SAMU-ATSU par cette dernière
55	Meuse	SAMU-SIS	Divergences financières
57	Moselle	SAMU-SIS	Divergences financières
59	Nord	SAMU-SIS	Divergences sur le rôle et les conditions d'emploi des infirmiers sapeurs-pompiers
62	Pas-de-Calais	SAMU-SIS	Non précisé
63	Puy-de-Dôme	SAMU-ATSU	Refus des ambulanciers d'appliquer le référentiel d'avril 2009
69	Rhône	SAMU-SIS	Divergences financières
73	Savoie	SAMU-ATSU	Divergences sur le coordonnateur ambulancier et les AP

Source : réponses aux questionnaires mission.

2.2.6.2 Une formalisation non systématique des conventions d'appui logistique

[256] Outre les conventions portant sur les aspects opérationnels, le référentiel du 25 juin 2008 évoque les conventions d'appui logistique entre un établissement de santé siège de SMUR et un SDIS, s'inscrivant dans le cadre de l'article D. 6124-12 du code de la santé publique.

Cadre juridique de l'appui logistique aux SMUR

Le fait de disposer de moyens de transports permettant la prise en charge des patients étant une condition de l'octroi à un établissement de santé de l'autorisation de faire fonctionner un SMUR, l'établissement doit doter le SMUR de moyens propres suffisants ou assurer leur mise à disposition par un prestataire. Celle-ci peut provenir d'un transporteur sanitaire privé, une association agréée de sécurité civile ou un service d'incendie et de secours.

Un arrêté devait préciser la nature et les caractéristiques exigées des moyens de transports ainsi que leurs conditions d'utilisation. En l'absence de ce texte, ce sont les conventions qui prévoient le financement au bénéfice du prestataire. La formalisation de l'accord se fait par une convention entre l'établissement et le prestataire, dont le financement est pris sur la dotation MIG SMUR.

[257] Le référentiel, qui n'évoque que le cas où l'appui logistique au SMUR est fourni par le SDIS, rappelle que la conclusion d'une convention est obligatoire pour tout appui permanent, saisonnier ou temporaire, les moyens mis à disposition intervenant alors en tant que moyens du SMUR. La convention est établie après une analyse médico-économique menée par le directeur de l'établissement. Sa partie financière doit prendre en compte les charges réelles correspondant à la prestation assurée, de préférence sur la base d'un forfait annuel révisable.

[258] Sur le terrain, 57% des SDIS et 31% des SAMU répondants mentionnent l'existence d'une convention. Quelques SAMU estiment la question sans objet, sans qu'on puisse distinguer si c'est parce qu'ils ne sollicitent pas d'appui régulier du SDIS ou si c'est parce qu'ils estiment que la prestation ne doit pas être facturée entre deux services publics.

[259] Le degré de formalisation des accords et leur forme juridique sont variables, comme le montrent quelques exemples :

- en Meurthe-et-Moselle, appui du SDIS aux six SMUR, sur la base de conventions dûment signées ;
- en Eure-et-Loir, appui du SDIS à un seul SMUR, avec une convention ;
- en Haute-Saône, conduite des véhicules légers médicalisés (VLM) et transports primaires médicalisés du SMUR réalisés par le SDIS, suite à un appel d'offres du CHI de Vesoul ;
- en Vendée, réacheminement par le SDIS des véhicules radio médicalisés vers les hôpitaux, sans convention ;
- en Haute-Vienne, transport pris en charge par le SDIS pour l'antenne SMUR de Saint-Yrieix-la-Perche sur la base d'une convention avec l'ARS Limousin mais absence de convention avec le CHU de Limoges pour l'appui logistique aux SMUR, pourtant dotés uniquement de VLM.

[260] Aucune logique d'ensemble ne se dégage, si ce n'est que les appuis logistiques sont mis en œuvre là où ils sont opérationnellement utiles et que les aspects financiers « suivent »… ou pas.

[261] La mission observe que, dès lors que plusieurs acteurs peuvent être en capacité de couvrir les besoins d'un SMUR, une mise en concurrence permettrait de sélectionner la meilleure réponse au moindre coût. L'arrêt C160-08 de la Cour de justice de l'Union européenne[112] conforte l'analyse selon laquelle l'attribution de ce type de prestations nécessite une procédure de marché public.

3 DES RESULTATS VARIABLES EN TERMES D'EFFICACITE ET ENCORE PEU VISIBLES EN MATIERE D'EFFICIENCE

[262] Sur le plan de l'efficacité du dispositif de secours et soins d'urgence, les réponses aux questionnaires, les déplacements et les entretiens de la mission mettent en lumière des résultats contrastés. En termes d'efficience, les résultats sont plus uniformément ternes.

3.1 Des gains en efficacité dont l'optimisation passe par une approche partagée de sujets clefs et la résolution de quatre difficultés

[263] Depuis 2008, on observe dans le champ du secours à personne et de l'aide médicale urgente des progrès indéniables en cohérence et en efficacité, mais qui ne pourront donner leur pleine mesure que si une juste articulation entre départs réflexes et régulation médicale est trouvée et si les quatre difficultés principales rencontrées sont surmontées.

[112] Arrêt C160-08 du 29 avril 2010 Commission européenne contre République fédérale d'Allemagne.

3.1.1 Des progrès en cohérence et en efficacité

[264] Parmi les avancées enregistrées depuis 2008, celles qui sont communes à de nombreux départements sont souvent attribuées au référentiel par les acteurs. D'autres progrès sont le résultat d'initiatives locales pertinentes, non nécessairement liées au référentiel mais sans doute favorisées par l'existence d'un cadre clair et stable.

3.1.1.1 Des avancées communes à de nombreux départements

[265] Deux effets positifs du référentiel sont largement reconnus : constituer une opportunité de dialogue entre acteurs et permettre une clarification des rôles et une formalisation des pratiques.

➤ ***La dynamisation des relations entre SDIS et SAMU***

[266] La création d'occasions de dialogue et de travail en commun, voire parfois l'effet d'apaisement apporté par le référentiel sur les relations entre SIS et SAMU sont soulignés surtout par les préfets et les directeurs généraux d'ARS.

[267] Ces effets sont peu sensibles en intervention car dans ces circonstances, la bonne entente a toujours été la règle : quelle que soit l'institution à laquelle elles appartiennent, les équipes partagent la volonté d'apporter la meilleure réponse au patient ou à la victime dont elles ont à s'occuper dans l'instant. Dans l'immense majorité des cas, respect mutuel et coopération sont de mise en intervention ; les équipes se soutiennent face aux difficultés et au stress.

Un exemple de coopération opérationnelle approfondie

Bonne entente opérationnelle et souci de l'autre peuvent conduire à un affinement des doctrines d'intervention : c'est ainsi que, dans un département visité par la mission, le SAMU pré-positionne de sa propre initiative une équipe SMUR à proximité immédiate des moyens sapeurs-pompiers engagés sur des feux importants dans le cœur historique de la ville chef-lieu, avec un rôle de soutien opérationnel et de prise en charge rapide des sapeurs-pompiers blessés ou intoxiqués pendant l'intervention.

[268] Au-delà de cette solidarité de terrain, le référentiel a, dans de nombreux départements ou régions, favorisé les échanges entre les services eux-mêmes. Il a favorisé la consolidation des relations existantes et instauré davantage de sérénité, permettant au SIS et au SAMU de travailler dans un climat plus constructif et prospectif.

[269] Cette appréciation positive ne fait toutefois pas l'unanimité. Une partie des services répondants, notamment parmi les SAMU, estime que le référentiel n'a pas eu d'impact sur les relations et le travail interservices, qui ont perduré dans les conditions antérieures, favorables ou non suivant les cas.

➤ ***Une clarification des rôles et la formalisation des pratiques***

[270] Pour beaucoup de préfets, de directeurs généraux d'ARS ainsi que de responsables de SIS ou de SAMU, le référentiel fournit aussi et surtout un cadre. Au-delà de la légitimité que lui conféraient d'emblée les signatures des membres du comité quadripartite, sa publication par voie d'arrêté, en lui donnant valeur réglementaire, a achevé d'en faire une référence s'imposant à tous. Chacun y revient pour trouver la solution en cas de divergences. A l'inverse, lorsque les positions sont partagées, les acteurs peuvent s'autoriser, ensemble, une interprétation souple du texte.

[271] De nombreuses contributions estiment que le référentiel a contribué à clarifier le rôle des acteurs. Dans les départements où une tradition de coopération entre SIS et SAMU existait déjà avant l'adoption du référentiel, ce dernier a permis de formaliser les pratiques, le cas échéant en les adaptant. Dans d'autres départements, l'élaboration conjointe des conventions bipartites a accéléré le travail de cadrage et d'harmonisation des pratiques.

3.1.1.2 Des initiatives locales positives sur différents sujets

[272] A la faveur de la mise en place du référentiel ou, dans certains départements, bien avant son adoption, des actions spécifiques ont été mises en œuvre pour faciliter et renforcer l'articulation entre SIS et SAMU. Ces initiatives sont de deux ordres.

➢ ***L'élaboration d'algorithmes de traitement et d'arbres de décision partagés***

[273] Si le référentiel prévoit que « *l'analyse de l'appel reçu obéit à des algorithmes communs qui permettent la même réponse quel que soit le centre de réception où l'appel ou l'alerte est reçu* »[113], ces outils d'analyse partagés sont loin d'être mis en place partout. En outre, dans les départements où ils le sont, ils sont souvent le fruit d'un travail conjoint lancé avant l'adoption du référentiel.

[274] La mise en place de tels algorithmes puis leur traduction dans les systèmes d'information ne sont donc pas toujours attribuables au référentiel, même s'il offre un cadre favorable à l'aboutissement des démarches spontanées de services désireux de travailler ensemble dans l'intérêt du patient ou de la victime.

[275] Il reste que lorsqu'elle aboutit, une telle réflexion commune constitue un plus décisif en termes d'efficacité opérationnelle – clarté des procédures et gains de temps dans la prise de décision - et d'efficience – réduction des risques de doublons ou d'engagements concurrents -.

[276] Conduite le plus souvent au niveau départemental, cette réflexion peut aussi l'être au niveau régional (ARS Centre pour sa région, en lien avec les directeurs et les médecins chefs des SDIS, ainsi qu'avec les responsables des SAMU).

[277] Son résultat peut prendre des formes diverses : logigrammes (Lot, Vaucluse), algorithmes (Gers, Haut-Rhin), livret commun d'aide à la décision annexé à la convention bipartite (Saône-et-Loire), partage des grilles de saisie et du suivi de la disponibilité en temps réel des vecteurs (Isère), interconnexion informatique entre les outils des deux services (Aube prochainement).

[278] La forme la plus aboutie est sans conteste celle du logiciel commun de traitement des appels et d'engagement des moyens, tel que celui développé spécifiquement et mis en place depuis février 2011 en Haute-Savoie.

➢ ***L'optimisation de l'utilisation de l'ensemble des ressources disponibles***

[279] Dans un contexte de raréfaction des ressources, plusieurs responsables locaux ont compris que la valorisation de l'ensemble des compétences mobilisables et la bonne utilisation des ressources rares sont deux conditions de maintien de la capacité de réponse aux demandes urgentes de la population.

[113] Référentiel du 25 juin 2008. Titre I. II. B. Procédures d'interconnexion. Page 18.

[280] A cet égard, les préfets et les directeurs généraux d'ARS suivent attentivement à la fois l'évolution des services de santé et de secours médical (SSSM) et leur prise en compte dans les stratégies de réponse des SAMU. A titre d'exemple, les préfets de l'Aude, du Cher, de la Haute-Loire, de la Seine-et-Marne et de la Haute-Vienne estiment que la capacité de réponse infirmière du SDIS de leur département bénéficie d'une bonne reconnaissance de la part du SAMU. Les directeurs généraux d'ARS ajoutent à ces appréciations une approche territoire par territoire, en fonction de l'éloignement du SMUR le plus proche.

[281] Au-delà des enjeux de maintien d'une ressource médicale et de définition du rôle des infirmiers sapeurs-pompiers, c'est l'ensemble des acteurs, publics et privés, qui doivent concourir à la réponse à leur juste place.

[282] Sur ce point, la réponse du préfet de la Lozère au questionnaire de la mission est intéressante : « *Le dispositif lozérien se caractérise par le faible nombre de carences des transports sanitaires. La garde ambulancière est performante malgré les difficultés liées au territoire, les ambulances de garde acceptent d'intervenir en dehors de leur secteur favorisant ainsi l'efficacité du dispositif. Il convient de noter que le SDIS de Lozère est composé à 99% de sapeurs-pompiers volontaires qui réalisent toutes les interventions, chaque partenaire cherche donc à limiter les transports en carence pour laisser la disponibilité des pompiers pour les secours* ».

[283] Cette réponse souligne l'évidence d'une entente plus facile quand elle s'impose par manque de moyens matériels et humains sur un territoire. A l'inverse, les conflits durables peuvent se nourrir des facilités de fonctionnement dont bénéficient les services des départements et des établissements les mieux dotés, ce qui renforce l'importance d'un travail sur les sources de la non efficience.

3.1.2 Une clef de l'efficacité : une compréhension partagée de la régulation médicale et des départs réflexes

[284] Tout en indiquant respecter les principes de régulation médicale et de départ réflexe définis par le référentiel, certains acteurs expriment des interrogations sur leur bien-fondé, sous l'angle de l'efficacité opérationnelle qui en découle.

3.1.2.1 Des départs réflexes qui garantissent un engagement immédiat sur les situations urgentes mais avec un risque inflationniste qui doit être maîtrisé

[285] Aux yeux des SIS, la reconnaissance par les SAMU de l'utilité du départ réflexe constitue un progrès important car il permet d'apporter une réponse immédiate à des situations graves et urgentes. Dans ces situations, l'action de secours trouve sa pleine dimension, par la rapidité avec laquelle elle s'exerce et sa valeur ajoutée dans la prise en charge du patient ou de la victime.

[286] Sans contredire cette appréciation, certains SAMU estiment toutefois que l'interprétation des cas de départ réflexe par leur SIS est trop extensive. Il s'agit parfois d'une impression diffuse, au vu d'une augmentation du nombre de sorties des sapeurs-pompiers depuis l'adoption du référentiel, pouvant aller jusqu'à l'idée – non démontrée – que le SIS chercherait à accroître son activité pour renforcer sa visibilité ou préserver la motivation des sapeurs-pompiers volontaires. Certaines contributions, plus précises, font état de trois difficultés principales.

➤ ***Ajout de motifs non prévus par le référentiel***

[287] Le premier est l'ajout à la liste des situations de départs réflexes de motifs non prévus par le référentiel : accident vasculaire cérébral (Pyrénées-Orientales, avec transport systématique au centre hospitalier de référence de Perpignan), suspicion d'AVC (Rhône), chute de hauteur (Rhône) ou, surtout, douleurs thoraciques (Pyrénées-Atlantiques) ou certaines d'entre elles (douleurs « aggravées » dans le Rhône, douleurs « d'allure coronarienne » dans les Côtes d'Armor).

[288] Le cas des douleurs thoraciques illustre la prudence nécessaire dans l'analyse. Pour les auteurs du référentiel, elles méritent un dialogue entre le médecin régulateur et le patient ou un témoin préalablement à l'engagement des moyens, afin d'avancer dans un diagnostic différentiel (infarctus du myocarde, dissection aortique,…) et, ainsi, de mettre en place une réponse adaptée au besoin du patient.

[289] Pourtant, le SAMU et le SDIS des Côtes d'Armor considèrent, d'un commun accord, que les douleurs thoraciques d'allure coronarienne justifient un départ réflexe dans les zones rurales du département, afin « *que les patients concernés puissent bénéficier de secours rapides en absence d'ambulance sans discussion ni retard* »[114].

[290] Ainsi, autant l'inclusion systématique des douleurs thoraciques dans les départs réflexes apparaît inopportune aux auteurs du référentiel et à plusieurs responsables de SAMU, autant des responsables locaux peuvent estimer utile de le faire dans un contexte donné.

➤ ***Prise en charge des urgences vitales à domicile***

[291] Deuxième illustration des enjeux d'interprétation de la notion de départ réflexe, il arrive que la mise en œuvre du référentiel ait conduit le SIS à prendre à son compte toute l'activité des urgences vitales à domicile, alors que les transporteurs sanitaires privés y participaient auparavant.

[292] Certes, une telle lecture du texte est possible, les paragraphes sur les départs réflexes mentionnant uniquement l'engagement immédiat de moyens du SIS, quel que soit le numéro composé par l'appelant. Cependant, elle peut s'avérer difficilement soutenable pour le SIS, compte tenu de l'augmentation du nombre de ses interventions qui en découle ; en outre, elle n'est pas sans poser des difficultés dans certains départements avec les ambulanciers privés qui revendiquent une participation à la prise en charge des urgences vitales, reconnue par leur référentiel spécifique.

➤ ***Caractère trop large de certaines rubriques du référentiel***

[293] Enfin, certaines rubriques du référentiel sont considérées comme trop larges, ce qui conduit à des départs non justifiés par une réelle urgence ou gravité. Tel est le cas notamment des rubriques « détresse respiratoire », « altération de la conscience » et « personne restant à terre après chute ».

[294] Les SAMU ne sont pas les seuls à trouver ces deux rubriques insuffisamment bordées. Certains SIS partagent cette perception, mais parfois pour d'autres raisons : ils estiment que les SAMU utilisent ces rubriques de manière abusive pour mobiliser rapidement les SIS en se dispensant de la recherche fastidieuse d'un médecin ou d'un ambulancier privé, qui plus est aux frais des SIS en l'absence de carence déclarée.

[114] Réponse du SAMU 22 au questionnaire de la mission. Question n° 9.

[295] Au-delà des trois rubriques précitées, c'est surtout le critère « *Tout secours à personne sur la voie publique, dans un lieu public, dans un établissement recevant du public* » figurant en fin d'annexe I qui fait l'objet de critiques, pour deux raisons :

- la non prise en compte d'une notion de gravité conduit les sapeurs-pompiers à sortir systématiquement et dans les mêmes délais pour une foulure de cheville ou un arrêt cardiaque sur la voie publique ;
- l'absence de distinction entre lieux publics protégés et non protégés implique la même réponse dans les deux configurations, alors que, par définition et par opposition aux seconds, les premiers sont les lieux publics qui disposent d'une capacité à soustraire la victime ou le patient d'un environnement potentiellement à risques. Il s'agit, par exemple, des écoles ou des lieux de travail dotés d'une infirmerie.

[296] Dans les départements où il y a un peu de tension et où le SIS dispose de moyens, le SAMU ou l'ARS le soupçonnent parfois de tirer avantage de l'étendue du critère voie publique / lieu public pour augmenter son nombre d'interventions. Ailleurs, c'est moins une critique à l'égard du SIS qui est formulée, que le constat que l'application stricte du référentiel conduit les VSAV à sortir trop souvent sur des situations non graves dans des lieux publics protégés, au risque d'être moins disponibles lorsqu'une « vraie » urgence se présente, ce qui induit alors une perte de chance pour les patients ou les victimes.

[297] Ce constat est fait non seulement par des SAMU, mais aussi par plusieurs services d'incendie et de secours qui ont pris des initiatives pour resserrer le critère du référentiel :

- soit en lui ajoutant un critère de gravité (Gironde) ;
- soit en instaurant une régulation médicale préalable pour certaines catégories d'appels, couvrant les faits survenant dans un établissement recevant du public, un EHPAD ou sur un stade, ou plus largement l'ensemble du critère (Calvados) ;
- soit en répartissant les interventions entre sapeurs-pompiers et transporteurs sanitaires privés en fonction du lieu. Par exemple, dans les Yvelines et le Loiret, il est admis qu'une intervention dans un collège ou un ERP soit assurée par un transporteur sanitaire après régulation, plutôt que par les sapeurs-pompiers en départ réflexe.

[298] Allant encore plus loin, la convention régionale en Midi-Pyrénées a récrit l'annexe I du référentiel en introduisant une distinction entre les départs pour accidents et les départs pour motif médical. Le SDIS de l'Ariège indique une baisse du nombre des départs réflexes au fil du temps.

3.1.2.2 Plusieurs points d'attention sur la régulation médicale

[299] Contrairement à la notion de départ réflexe, la régulation médicale n'est pas une nouveauté du référentiel du 25 juin 2008 mais elle s'y trouve confortée dans sa fonction d'expertise médicale sur toute l'activité de secours à personne comme d'aide médicale urgente.

[300] La régulation systématique de tous les appels, *a priori* ou *a posteriori* selon les cas, implique une capacité de réponse à la hauteur du volume d'appels à traiter et des pratiques faisant la preuve au quotidien de l'expertise attendue. Trois points d'attention se dégagent :

- une difficulté pour joindre le centre de réception et de régulation des appels, signalée par cinq SIS, se traduisant par des délais de décroché jugés longs (plusieurs minutes à certains endroits) et parfois incompatibles avec les besoins de la victime ou du patient ;

- un accès compliqué aux médecins régulateurs pour quatorze SIS soit près de 20% des SIS répondants, que ce soit au moment de la conférence à trois ou lors de la transmission du bilan secouriste. Le stationnaire du CTA ou le chef d'agrès ont souvent pour seul interlocuteur un assistant de régulation médicale – parfois un infirmier -, ce qui induit des questions sur la réalité – et l'importance – de la régulation *médicale*. Un SIS pose la question du champ de compétences et de délégation des ARM ;

[301] Les deux sujets qui précèdent ont trait à l'organisation interne des CRRA mais aussi à l'appui dont ils bénéficient de la part de leur établissement de rattachement notamment en termes de ressources humaines et de systèmes d'information et de communication. Le manque de moyens peut être circonscrit dans le temps (nuit profonde, période estivale…) ; il peut être plus général, en particulier lorsque les ressources nécessaires ne sont pas mises à niveau alors que la charge de la régulation de la permanence des soins ambulatoire s'alourdit.

[302] Le troisième point d'attention est relatif à l'hétérogénéité des pratiques des médecins régulateurs, certains ne connaissant pas suffisamment le référentiel. Perceptible entre SAMU, par exemple dans la mise en œuvre des bilans simplifiés (*cf. supra*), ce manque d'homogénéité est encore plus gênant lorsqu'il s'exprime entre médecins d'un même SAMU.

[303] Il peut en résulter une variabilité des conditions d'engagement des moyens sur plusieurs sujets : départ réflexe sur appel arrivant au 15 (5 SIS) ; reconnaissance des moyens médicaux et paramédicaux du SIS (5 SIS) ; information du service d'urgence de l'arrivée imminente d'un patient ou d'une victime (3 SIS), le défaut d'information pouvant entraîner un refus de prise en charge de la part du service ; information du CTA sur l'engagement des moyens du SAMU (1 SIS), transfert vers le 18 des appels relevant du secours (1 SIS), évaluation de la gravité d'une situation (1 SIS), une surévaluation permettant de solliciter rapidement les sapeurs-pompiers ; définition de la réponse face à une situation donnée (1 SIS).

[304] Même si aucun de ces sujets de frottements n'est présent partout et même s'ils ne sont pas tous identifiés dans un département donné, ils conduisent certains SIS à poser la question de l'évaluation de l'efficacité de la régulation médicale.

3.1.3 Quatre difficultés principales

[305] L'efficacité du dispositif de secours et soins urgents apparaît aujourd'hui minorée par quatre difficultés principales, relatives à l'organisation et au positionnement des transporteurs sanitaires, au décompte des carences ambulancières, aux conditions d'engagement et au rôle des infirmiers sapeurs-pompiers, ainsi qu'au défaut de pilotage observé au niveau national.

[306] S'y ajoute un sujet que la mission identifie davantage comme un point d'attention, évoqué par quelques interlocuteurs de la mission : l'inégale qualité des équipes mobilisées sur le terrain. Si les obligations de formation sont importantes pour les trois catégories d'acteurs, la sollicitation individuelle peut varier fortement. Or, l'expérience s'acquiert certes par l'entraînement, mais surtout par la répétition des actes en intervention, qu'il s'agisse du secourisme en équipe des sapeurs-pompiers, des réflexes secouristes à l'appui d'un transport pour un ambulancier, de la pratique des soins ou de la médecine d'urgence respectivement pour un infirmier et un médecin, notamment dans des contextes opérationnels particuliers comme les interventions héliportées.

[307] Le stress de l'intervention, auquel sont confrontés tous les professionnels des secours et soins urgents, accentue ces écarts de compétence et de pratique. Le souci de l'intérêt du patient exige une réflexion double sur le renforcement des compétences (formation continue, adaptation des effectifs au volume de sollicitations) et les systèmes de réassurance au bénéfice des intervenants de terrain (travail en équipe, présence d'un infirmier sapeur-pompier aux côtés de secouristes peu aguerris, dialogue possible avec le médecin régulateur…).

3.1.3.1 Transporteurs sanitaires privés : entre sentiment d'exclusion et défaut d'organisation

[308] Le passage d'un cadre national tripartite à des approches bipartites a fait naître un sentiment d'exclusion parmi les transporteurs sanitaires privés, tant au niveau des responsables nationaux des principales organisations représentant la profession que chez une partie des acteurs de terrain.

[309] Les ambiguïtés des deux référentiels ne facilitent pas la déclinaison locale des dispositions concernant les ambulanciers privés : du côté des services publics, la priorité est souvent donnée à l'élaboration du cadre conventionnel entre le SIS et le SAMU ; de leur côté, les ambulanciers s'interrogent sur l'activité qu'ils peuvent espérer dans le secteur de l'urgence pré-hospitalière.

[310] Au quotidien, les transporteurs sanitaires privés estiment également subir un préjudice d'image lié à la question des carences. Ils contestent parfois le nombre d'indisponibilités qui leur est imputé et ne comprennent pas pourquoi – sauf exceptions - ils ne sont pas associés à un décompte qui concerne leur propre activité, surtout lorsqu'ils constatent l'existence de divergences fortes entre SIS et SAMU sur le sujet (*cf. infra*). Ils peuvent craindre aussi une perte de chiffre d'affaires, faute d'une recherche suffisante par le SAMU d'un transporteur disponible avant déclenchement d'une intervention des sapeurs-pompiers en carence.

[311] Vu des services publics, la profession paraît à la fois méfiante et peu encline à s'organiser. Lorsqu'elle ne dispose pas encore d'une géolocalisation, elle hésite à investir dans un tel outil. Il en va de même pour la mise en place et le financement du coordonnateur ambulancier départemental, pourtant prévu par le référentiel du 5 avril 2009.

[312] Les raisons de ces réticences sont sans doute de deux natures :

- économiques et financières, outils et coordonnateurs représentant des coûts sans garantie d'un retour sur investissement. Pourtant, là où la profession se structure et met en place ces dispositifs, elle note un retour positif rapide, même s'il n'est pas certain ;
- culturelles, les transporteurs sanitaires étant, en tant qu'entrepreneurs, plus attachés à l'initiative individuelle qu'à l'action collective. Cette seconde approche est d'autant moins naturelle que, sur la partie programmée de leur activité, les transporteurs sanitaires privés se trouvent en concurrence les uns avec les autres et que ce champ est le plus rentable.

[313] En outre, le positionnement du coordonnateur au CRRA pose problème à certains transporteurs, soucieux de leur indépendance par rapport au SAMU et qui observent qu'une telle place conduit parfois à l'embauche du coordonnateur comme assistant de régulation médicale, ce qui les oblige à recruter et former un nouveau coordonnateur.

[314] Quoi qu'il en soit, le constat qui s'impose est celui d'une profession insuffisamment organisée dans une majorité de départements et dont les entreprises n'ont pas le même positionnement par rapport au secteur de l'urgence pré-hospitalière.

3.1.3.2 Carences ambulancières : le casse-tête du chiffrage

[315] L'article L. 1424-42 du CGCT prévoit que les indisponibilités ambulancières soient financées par les établissements de santé sièges de SAMU, sur la base de conventions passées avec les SIS précisant notamment les modalités d'indemnisation du SIS et de traçabilité des interventions. Le contenu des conventions, ainsi que les modes de financement possibles ont fait l'objet d'un arrêté interministériel en 2006[115], lui-même précisé par voie de circulaire conjointe en octobre 2007[116] et mentionné par le référentiel du 25 juin 2008.

[316] En dépit de cet édifice juridique qui se veut complet, le sujet des indisponibilités ambulancières constitue la principale pierre d'achoppement dans les relations entre SIS et SAMU dans certains départements.

Décompte et chiffrage des carences par les administrations de la santé et de l'intérieur

Fin 2013, l'administration de la santé reconnaissait 163 516 carences ambulancières au titre de 2012 et d'années antérieures[117], pour un montant de 18,5 M€[118], nombre et montant ayant augmenté respectivement de +5% et +13% en quatre ans.

L'enquête annuelle INFOSDIS de la sécurité civile collecte deux informations relatives au règlement des interventions sur indisponibilité ambulancière : le « montant dû par les CH pour carences » et le « montant payé par les CH pour carences ». Pour l'année 2012, le total des montants « dus » renseignés s'élevait à plus de 24 M€. Si on ne retient que les 76 départements ayant rempli les deux rubriques, le montant dû était de 19,5 M€ et le montant payé, de 13,7 M€[119].

[317] En dépit du manque de fiabilité des bases de données, le croisement de ces données et des réponses au questionnaire de la mission permet de dégager quelques situations de divergences marquées entre SIS et SAMU, dans les Alpes-Maritimes[120], en Corse-du-Sud[121], dans le Gard[122], en Gironde[123] et en Guadeloupe[124].

[318] Pour sortir de l'impasse, certains départements ont retenu la piste de la forfaitisation : financement par l'établissement de santé siège de SAMU de 9% des interventions de secours à personne du SDIS de la Côte d'Or, forfait de 1 500 carences dans les Côtes d'Armor. Dans les deux cas, les responsables des SDIS ont la conviction que les forfaits sont très inférieurs à la réalité.

[115] Arrêté du 30 novembre 2006 fixant les modalités d'établissement de la convention entre les SIS et les établissements de santé sièges des SAMU mentionnées à l'article L. 1424-42 du CGCT.
[116] Circulaire DHOS/O1/DDSC/BSIS n° 2007-388 du 26 octobre 2007 relative à la définition des indisponibilités ambulancières.
[117] Leur répartition par département et les ratios de carences pour 1 000 habitants figurent en annexe n° 14.
[118] Source : SAE.
[119] Depuis 2008, parmi les SIS qui répondent (environ deux tiers), entre 68% et 76% consignent des écarts de moins de 1%. A l'autre bout du spectre, 10% à 19% des SIS déclarent des écarts de plus de 50%. Suivant les années, 4 à 9 SIS pointent des écarts de plus de 100%.
[120] 10 000 carences par an d'après le SDIS, mais 4 000 seulement facturées après réunion contradictoire avec le SAMU.
[121] Saisine de la DGSCGC par le PCASDIS suite à une saisine de la DGOS par l'ARS sur le sujet des carences.
[122] Pour le SAMU, les carences représentent 5% des interventions du SDIS, proportion évaluée à 17% par le SDIS.
[123] Contentieux SDIS-SAMU depuis plusieurs années, porté devant la justice administrative par le SDIS.
[124] Ecart de 1 à 10 entre les 800 carences comptabilisées par le SAMU et les 8 000 dénombrées par le SDIS.

[319] Les causes de divergence sont multiples : divergence sur la notion même de carence, certains SIS y incluant toutes les sollicitations par les SAMU en dehors de leurs missions propres, alors que les SAMU opèrent le décompte sur les seules indisponibilités ambulancières, tendance de certains SAMU à mobiliser les SIS pour des interventions non urgentes en invoquant un motif de l'annexe I du référentiel, hétérogénéité des pratiques des médecins régulateurs dans la qualification des carences, absence d'outil de suivi commun, voire manque d'outil dans l'un des deux services, absence de prescriptions écrites par le SAMU permettant de tracer les demandes…

[320] Toutes ces causes peuvent se résumer en une différence de prisme d'appréciation : pour les SAMU, la qualification de la carence est faite par le médecin régulateur et lui seul, au moment de l'appel et sur la base des informations fournies par l'appelant ; les SIS ne contestent pas le rôle du médecin régulateur dans cette qualification initiale mais ils souhaitent une requalification *a posteriori*, si nécessaire, en fonction de la situation réellement trouvée sur place.

[321] Bon nombre de SAMU sont réticents à l'idée d'ouvrir une possibilité de requalification, au-delà de la circulaire conjointe, par crainte d'un processus non maîtrisé dans son résultat et très chronophage dans sa mise en œuvre (échenillage des cas avec réécoute des enregistrements d'appels le cas échéant).

[322] Ces réticences sont d'autant plus fortes que la relation entre SIS et SAMU n'est pas sereine sur le sujet des indisponibilités ambulancières, alors même que c'est dans ces circonstances qu'une mise à plat conjointe des cas litigieux pourrait être la plus bénéfique pour les deux services.

3.1.3.3 Infirmiers sapeurs-pompiers : des conditions de mise en œuvre non réunies

[323] L'un des axes tracés par le référentiel du 25 juin 2008 pour améliorer l'efficacité du système de secours et soins d'urgence est la bonne intégration des infirmiers sapeurs-pompiers dans le dispositif[125]. Au vu de la progression ininterrompue des effectifs infirmiers des SSSM dans les années récentes (+19% parmi les professionnels et +29% parmi les volontaires entre 2008 et 2012) et de la proportion de SIS à avoir élaboré des protocoles infirmiers de soins d'urgence, on pourrait penser que la mise en œuvre de cette partie du référentiel est en bonne voie.

[324] Certes, le référentiel a défini le cadre d'intervention des infirmiers sapeurs-pompiers : positionnement sous l'autorité du médecin-chef du SSSM, lui-même sous l'autorité du directeur du SIS, légitimité de la participation du SSSM à l'aide médicale urgente, engagement par le CTA, soit directement avec information immédiate du CRRA, soit à la demande de ce dernier, possibilité de mise en place de protocoles de soins d'urgence écrits, datés et signés par le médecin responsable pour permettre aux infirmiers d'effectuer des actes conservatoires ou d'assurer la prise en charge de la douleur, dans le respect du décret définissant les compétences de leur profession.

[325] Cependant, les conditions de fluidité des relations sont rarement remplies (conventions employeur–SIS, identification des ressources dans le SROS et le SDACR). Un certain nombre de SAMU sont réticents à solliciter les infirmiers sapeurs-pompiers, d'autant plus que les protocoles nationaux prévus n'ont pu être établis : non seulement le comité de validation des recommandations de bonne pratique de la Haute autorité de santé a émis un avis défavorable sur la note de cadrage initiale, empêchant l'apposition du label méthodologique de la HAS sur les travaux, mais en outre les représentants des services publics d'urgence hospitaliers et des SSSM se sont séparés sur un constat de désaccord sur le champ et le contenu des protocoles.

[125] Référentiel du 25 juin 2008. Première partie. III. B. Page 26.

[326] Deux approches divergentes se sont opposées au sein du groupe de travail : pour les uns, les infirmiers sapeurs-pompiers sont une ressource supplémentaire dans le dispositif de secours et de soins d'urgence et un maillon de la réponse graduée, apportant une valeur ajoutée dans la prise en charge des patients ; pour les autres, ils ne peuvent constituer qu'une « réponse dégradée » dont l'utilisation induit une perte de chance pour le patient. En dépit de l'adoption du référentiel, ces deux visions radicales ont continué à être portées par certains représentants nationaux.

[327] Les divergences se sont cristallisées sur deux types de question :

- d'une part, la place de la régulation médicale : pour les représentants nationaux des sapeurs-pompiers, le code de la santé publique permet aux infirmiers sapeurs-pompiers de mettre en œuvre des protocoles établis par leur médecin-chef, comme le prévoit le référentiel, en informant le médecin régulateur dans la foulée ; pour les représentants nationaux des SAMU, la régulation médicale doit précéder la mise en œuvre – éventuelle – d'un protocole ;
- d'autre part, l'apport d'une intervention infirmière et son contenu, en particulier dans la prise en charge de la douleur (possibilité ou non de protocoliser l'utilisation de la morphine).

[328] En l'absence de consensus entre les représentants nationaux, la SFMU a produit seule des recommandations professionnelles[126]. De son côté, la Société européenne de médecine de sapeurs-pompiers a élaboré un guide méthodologique d'aide à l'élaboration des protocoles[127].

[329] Chaque service d'incendie et de secours souhaitant développer une capacité de réponse infirmière hors la présence d'un médecin a alors établi ses propres protocoles et ses propres modalités de formation des infirmiers et d'évaluation de leur capacité à les mettre en oeuvre.

[330] Il en résulte, d'un SIS à l'autre, la coexistence de protocoles – donc de pratiques - qui diffèrent sur des points qui peuvent ne pas être mineurs[128] : distinction ou non entre douleur d'intensité moyenne et sévère, avis ou non du médecin régulateur avant mise en œuvre du protocole, passage ou non à la morphine pour des douleurs d'intensité moyenne résistantes au paracétamol, prise de cette décision sur avis du médecin régulateur ou par l'infirmier, posologie, critères d'opportunité d'une deuxième injection de morphine après réévaluation de la douleur…

[331] Cet éventail d'approches montre qu'il existe une certaine distance entre les prises de position nationales rigides et la recherche de voies d'action sur le terrain. Il en va de même du côté des SAMU. Ceci conduit à des situations locales variées mais souvent moins exacerbées qu'au niveau national : tension aiguë dans quelques départements (Loire-Atlantique, Nord), non reconnaissance ou faible sollicitation des infirmiers sapeurs-pompiers par le SAMU dans d'autres, mais efforts de mise en œuvre pragmatique des orientations du référentiel dans un troisième groupe.

3.1.3.4 Défaut de pilotage et d'arbitrage au niveau national

[332] La quatrième difficulté importante rencontrée dans la mise en œuvre du référentiel a trait à la faiblesse du pilotage national du dispositif. Le comité quadripartite avait pourtant émis « *le vœu de poursuivre sa mission sous la forme d'un comité de suivi national* »[129].

[126] L'infirmier diplômé d'Etat seul devant une situation de détresse médicale. SFMU. Décembre 2011.
[127] Recommandations pour la rédaction et la mise en œuvre de protocoles de soins à destination des infirmiers de sapeurs-pompiers. SEMSP. Mai 2010.
[128] Certains de ces points sont mis en lumière dans l'analyse de sept ensembles de protocoles et de neuf protocoles « antalgie adulte » réalisée par la mission et présentée en annexe n° 15.
[129] Référentiel du 25 juin 2008. Titre II. VI. C. Page 47.

[333] Les représentants nationaux des sapeurs-pompiers et des SAMU regrettent la perte de dynamique de ce comité. Non seulement il a peiné à tenir le rythme minimal de réunions prévu (une par an), avec notamment 15 mois entre les deux dernières réunions, mais en outre, il n'a pas réussi à jouer le rôle qu'il s'était assigné d' « *aider à la résolution d'obstacles éventuels* ».

[334] De leur côté, les préfets, les directeurs généraux d'ARS et les présidents de conseil général ont fait le constat d'une absence de réponse commune lorsqu'ils s'adressaient au niveau national, que ce soit sur les carences ou sur les appuis logistiques ponctuels par exemple. La DGSCGC et la DGOS sont considérées par tous les acteurs comme peu enclines à travailler ensemble et ayant une faible capacité à dégager des positions conjointes constructives.

3.2 Une efficience difficile à quantifier mais perfectible

[335] L'efficience du dispositif SAP-AMU est difficile à évaluer, faute de données fiables et d'une méthode bien établie. En l'absence de pilotage par les coûts, les ressources constituent le levier privilégié d'incitation à l'efficience : la contrainte budgétaire accentue la préoccupation de maîtrise des dépenses au sein de chaque secteur. Mais, au-delà des enjeux de rationalisation propres à chacun, l'efficience globale du système dépend également de la qualité de l'articulation entre les deux services publics, qui demeure perfectible.

3.2.1 Une approche par les coûts obérée par le manque de données fiables et d'une méthode reconnue

3.2.1.1 Un dispositif statistique lacunaire et peu fiable

[336] L'activité des deux secteurs repose sur deux fonctions différentes : une gestion d'appels et une gestion de moyens humains et matériels.

Tableau 2 : Volumétrie des deux services

2012	Appels	Sorties SAP-AMU	Personnels	Véhicules	Coût global
SDIS	24 014 964	3 143 322	245 800 dont 40 400 professionnels	6 196 VSAV	3 548,0 M€[130]
SAMU	21 447 708	763 782	4 321 ETP médecins 5 630 ETP infirmiers[131] 1 435 ETP ARM	606[132] ambulances et divers	926,5 M€[133]

Source : INFOSDIS et Statistique annuelle des établissements (SAE)

[337] Les volumes traités sont conséquents, qu'il s'agisse du nombre d'appels, de l'activité des services, des moyens mobilisés et donc des coûts générés. Or, la qualité des sources statistiques disponibles n'est à la hauteur ni du sujet, ni des enjeux.

➤ ***Les sources disponibles : SAE et INFOSDIS***

[338] Pour chacun des acteurs publics du secours à personne et de l'aide médicale urgente, il existe une source d'information de référence et historique[134].

[130] Coût de fonctionnement estimé sur le secours à personne en appliquant au budget global des SDIS (4 803 M€) la part des interventions de SAP en 2012 (73,9% cf. supra 1.1.3.1.). Les colonnes appels, personnels et véhicules ne font pas l'objet d'une proratisation, faute de clef fiable.

[131] Effectifs 2012 SAMU-SMUR, hors effectifs exclusifs des urgences (3 299 médecins et 15 009 infirmiers).

[132] (221 ASSU + 230 autres ambulances et VSL) détenus en propre + (88 ASSU + 67 autres ambulances) mises à disposition.

[133] En l'absence de connaissance des coûts, somme des MIG SAMU et SMUR soit 226,5 M€ + 700 M€ = 926,5 M€.

[339] En ce qui concerne les SAMU-SMUR, le bordereau Q13 de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) retrace l'activité de médecine d'urgence (SAMU, SMUR et services d'urgence). Le recueil des données s'est affiné au fil du temps avec, au cours des dernières années, la distinction entre appels présentés et décrochés (2011), l'identification des appels décrochés en moins d'une minute (2012), ou encore l'ajout d'une description de la contribution des médecins libéraux à la régulation médicale.

[340] S'agissant des SIS, l'enquête INFOSDIS coordonnée par la DGSCGC fournit une description complète de leur activité. Mise en place au début des années 1970, elle s'est progressivement enrichie, jusqu'à collecter 7 000 à 8 000 données aujourd'hui. Elle fait l'objet d'une synthèse annuelle en accès libre sur le site de la DGSCGC. Un document financier est également édité avec le concours de la DGFIP à partir des comptes de gestion des SDIS.

[341] Cependant, les données issues tant de la SAE que d'INFOSDIS sont fragiles, les informations étant recueillies sur une base purement déclarative, avec un risque d'erreurs d'autant plus grand que certaines rubriques nécessitent des calculs préalables (durées d'intervention par exemple).

[342] Dans les deux systèmes, le nombre de réponses varie suivant les années et les questions, ce qui induit des « trous » dans chaque série. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), responsable de l'enquête SAE, indique par exemple que sur 654 établissements ayant une autorisation d'urgence en 2011, seulement 328 ont fourni des données sur leur personnel affecté aux urgences de manière continue entre 2001 et 2011[135]. De même, une vingtaine de SDIS ne renseignent pas dans INFOSDIS la durée moyenne de traitement de l'alerte, alors que les sapeurs-pompiers y font souvent référence.

[343] Par ailleurs, l'homogénéité des données est sujette à caution, en l'absence d'une définition normée de certaines rubriques ou d'un guide méthodologique d'aide au remplissage (INFOSDIS) :

- - dans la SAE, les appels décrochés en 2011 sont plus nombreux que les appels présentés ; le total des véhicules utilisés par les SMUR est très supérieur à la somme des véhicules propres et mis à disposition ; les médecins correspondants du SAMU sont censés être 805 (SAE 2012) alors que leur effectif est évalué par ailleurs à 200 au maximum pour la même année ;
- - dans INFOSDIS, il existe de nombreuses suspicions d'erreurs, par exemple dans les catégories de véhicules du SSSM ou le nombre d'interventions de type SAP-AMU des médecins ou infirmiers. Par ailleurs, la précision requise ne peut pas forcément être atteinte, par manque de finesse des systèmes d'information locaux. A titre d'exemple, le nombre d'interventions pour « malaise sur le lieu de travail » est renseigné à zéro par de nombreux SIS[136].

[344] Ces biais sont d'autant plus gênants que les présentations synthétiques ne précisent pas, sauf exception, le taux de réponse sur chacune des questions, ni les travaux de vérification ou de redressement effectués, ni leur conformité aux méthodes du calcul statistique.

[345] Pour la SAE, la relance des établissements, les vérifications et les redressements de données s'insèrent dans un processus plus large d'enquêtes nationales conduites par une direction dont la statistique est le métier, la DREES.

[346] Pour le système INFOSDIS, le même travail repose sur le seul concepteur du logiciel à la DGSCGC. Cet agent ne dispose d'aucun support interne, ni comité de pilotage, ni orientations partagées. Il travaille uniquement avec les contrôleurs de gestion des SDIS.

---

[134] Cf. annexe n° 16 relative aux sources statistiques.

[135] L'écart s'explique pour partie par l'évolution de la carte sanitaire (disparition et création de services au fil du temps).

[136] Source : INFOSDIS 2012 sur données 2011.

[347] Certes, les deux réseaux peuvent croiser leurs données avec d'autres sources : les dispositifs de surveillance épidémiologique (OSCOUR, SurSaUD[137]) et les travaux des observatoires régionaux des urgences[138] dans le secteur sanitaire et, dans le réseau des services d'incendie et de secours, les études et conseils des services de la direction générale des finances publiques et l'étude annuelle du cabinet Lamotte réalisée depuis sept ans à la demande de l'ADF.

[348] Toutefois, si ces sources complémentaires permettent des recoupements, aucune n'a vocation à servir d'outil de pilotage des deux réseaux, ni de base de comparaison entre l'activité opérationnelle de deux SIS ou de deux SAMU.

➤ ***L'utilisation nationale et locale des sources***

[349] Conscientes des faiblesses de leurs outils statistiques, la DGOS et la DGSCGC en publient néanmoins les données et les utilisent parfois, au prix le cas échéant de redressements ponctuels importants.

[350] Les deux directions peinent à fournir des chiffres fiables et à piloter leur réseau. Une exploitation partagée des données ne paraît pas envisagée à ce stade. Pourtant, la connaissance et la quantification de l'activité des SAMU-SMUR et des SIS sont essentielles pour objectiver les débats au niveau central et local.

[351] La faible attention portée à l'amélioration des dispositifs de suivi envoie un message inverse de celui porté par le référentiel qui attache une grande importance aux systèmes d'information, au suivi d'indicateurs et à la démarche qualité. Elle favorise aussi des confrontations locales sur la base de pétitions de principe en rendant difficile la mise à plat des points litigieux.

[352] Les acteurs de terrain sont eux aussi conscients des limites des outils. Certains s'essaient à les améliorer, notamment à l'occasion de travaux d'interfaçage informatique. Mais d'autres développent leurs projets sans tenir compte des besoins nationaux d'agrégation ni de l'utilité d'un partage de données avec l'autre service public au niveau local. Ceci conduit à des décomptes différents sur un même sujet (carences notamment). En n'étant pas capables d'objectiver les sujets de divergences, les parties ont plus de difficultés à les régler.

[353] L'absence de cadrage national gêne également le développement du contrôle de gestion, faute de capacité de dialogue entre un échelon de contrôle et un acteur de terrain.

[354] Enfin, les préfets et les directeurs généraux d'ARS manquent de comparaisons interdépartementales ou interrégionales qui leur permettraient de prendre le recul nécessaire pour relativiser les situations locales. Ils peuvent être ainsi cantonnés à exprimer et parfois même simplement porter les positions des acteurs qu'ils sont censées réguler.

[137] Le dispositif SurSaUD® a été développé pour détecter de nouvelles menaces de santé publique mais également suivre et évaluer l'impact d'évènements connus et attendus (épidémies saisonnières) ou inattendus (catastrophe industrielle,…). Les données sont enregistrées à partir du dossier médical du patient dans le résumé de passage aux urgences.

[138] Quatre sont réellement opérationnels (Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées et PACA). C'est l'ORU Midi-Pyrénées qui dispose du meilleur taux d'exhaustivité des données recueillies, proche de 100%.

3.2.1.2 Des éléments de comptabilité analytique disparates et incomplets[139]

➤ ***La comptabilité analytique hospitalière existe mais est peu mobilisable au niveau agrégé***

[355] Tous les établissements de santé sont tenus d'établir une comptabilité analytique[140] permettant de retracer leurs coûts, avec une synthèse nationale établie sous deux dispositifs :

- le « retraitement comptable » concerne tous les établissements et retrace les coûts complets. Parmi les indicateurs de référence, deux sont suivis pour les activités SAMU et SMUR : le coût net du SAMU par dossier ouvert et le coût net du SMUR terrestre par demi-heure ; la moyenne régionale sort respectivement à 31 € et 640 € (chiffres 2009). Toutefois, comme la SAE, ce dispositif est déclaratif, ce qui induit des biais (incomplétude, erreurs) ;
- la « base d'Angers » est de meilleure qualité puisqu'elle est alimentée par des établissements volontaires. Néanmoins, elle ne retrace que des coûts directs. Par ailleurs, la mutualisation des équipes des services des urgences avec celles des SAMU-SMUR fait perdre aux calculs une grande partie de leur signification.

[356] Dans ce contexte, la DGOS préfère se référer à une méthode de modélisation qui attribue une ressource normée à partir d'une échelle d'activité. Cette approche permet à chacun de se situer et de piloter une convergence, mais elle ne permet pas d'objectiver les coûts.

➤ ***La connaissance de la structure des coûts de la profession ambulancière n'est pas une priorité des pouvoirs publics***

[357] Les informations sur les coûts du transport sanitaire sont éparses et datées. La seule étude toujours citée est celle de KPMG, sur des chiffres de 2009 : elle indique qu'en période de garde, l'indemnité forfaitaire de 346 € ne couvre que 72% des coûts fixes de l'entreprise. Il faut plus de deux sorties[141] pour équilibrer l'activité alors que la moyenne nationale des sorties est de 0,8[142].

[358] La mission n'a pu obtenir une actualisation de ces données auprès de la CNAMTS[143] : confrontée à la forte augmentation des dépenses de transport[144] et à un glissement de l'offre et des remboursements vers les taxis, l'assurance maladie privilégie la valorisation économique de l'activité de véhicule sanitaire léger (VSL), moins coûteuse et plus facilement contrôlable.

➤ ***Les SDIS ne sont pas, sauf exception, dotés d'une comptabilité analytique***

[359] Dans son rapport de décembre 2011 précité, la Cour des comptes notait l'insuffisance des outils de connaissance des coûts[145] et de mesure de l'activité au sein des SDIS. Ces établissements publics ne disposent pas de comptabilité analytique, à l'exception des plus importants d'entre eux. Ceci est d'autant plus dommageable que la nature de l'activité s'y prête et que les sapeurs-pompiers sont habitués à un recueil très fin de l'information.

---

[139] La question des coûts, des mécanismes de financement et des analyses de gestion relatives aux trois acteurs ne sont pas l'objet du présent rapport. Les caractéristiques principales en sont décrites en annexe n° 17.
[140] Article R. 6145-7 du CSP.
[141] Un transport pré-hospitalier est rémunéré en moyenne 90 €, majorés de 75% la nuit. En période de garde, le barème subit un abattement de 60% pour tenir compte de l'indemnité de garde. La rémunération moyenne passe donc à 63 € par sortie. La recette équilibre la dépense au-delà de deux sorties : 346 + (63x2) = 472 € pour des coûts fixes évalués à 477 €.
[142] Source : rapport Dumont-Mallet sur les transports sanitaires. Avril 2008.
[143] A travers les contrats d'amélioration de la qualité, signés par 16% des entreprises, l'assurance-maladie dispose pourtant d'une base de données.
[144] Entre 2001 et 2010, l'augmentation a été de 63,0% alors qu'elle était de 39,4% pour les dépenses dans le périmètre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie.
[145] Même constat dans le rapport d'information du Sénat. Commission des finances n° 165 du 21 novembre 2013.

3.2.1.3 Une diversité d'approche possible pour l'évaluation des coûts

➤ ***Coût moyen ou coût marginal ?***

[360] Les statistiques publiées chaque année par la DGSCGC présentent un coût moyen calculé par type d'interventions à partir des données collectées dans INFOSDIS. En 2012, il est de 865 € pour le SAP, contre 2 387 € pour l'incendie[146], toutes charges de fonctionnement comprises[147].

[361] Ces montants varient fortement d'un SIS à l'autre, de 239 € dans l'Aude, 474 € dans la Vienne ou 583 € dans les Bouches-du-Rhône à plus de 1 200 € dans sept départements[148] et jusqu'à 1 756 € en Corse-du-Sud. L'étude Lamotte 2008 pour l'ADF fait ressortir pour le SAP une fourchette de 260 € à 1 130 € selon les SDIS[149].

[362] Si le calcul de coûts moyens est courant dans les SDIS, c'est néanmoins une approche en coût marginal qui a été retenue pour déterminer le montant d'indemnisation des SDIS pour leurs interventions sur carence ambulancière, à raison de 115 € par sortie aujourd'hui[150].

[363] Dans les établissements de santé, le coût moyen des activités SAMU-SMUR n'est pas suivi ; seule la ressource budgétaire l'est, à travers l'évolution des missions d'intérêt général (MIG) consacrées aux SAMU et aux SMUR. Si on rapporte le montant des MIG aux données issues de la statistique annuelle d'activité (SAE), le coût moyen du dossier SAMU ressort à 23,18 €[151] en 2012 et celui d'un SMUR terrestre, à 1 205,35 €, sans précision sur la durée d'intervention. Ces données sont particulièrement frustes.

[364] La notion de coût marginal est partagée avec les autres opérateurs concernés par les indisponibilités ambulancières mais la charge finale ne pèse pas sur l'hôpital. Pour le médecin régulateur, le choix du vecteur ne se fait pas sur un motif financier mais sur une question d'adaptation et de disponibilité de moyen.

[365] Enfin, les transporteurs sanitaires sont tarifés au coût marginal (rémunération kilométrique) complété par un certain nombre de forfaits de prise en charge dont le plus important concerne la période de garde. Ce raisonnement à la course s'inscrit dans le cadre plus prégnant de l'activité, dont le niveau et les fluctuations conditionnent les choix d'une profession aux acteurs multiples et diversifiés.

➤ ***Interventions ou potentiel opérationnel journalier ?***

[366] Un acteur économique dimensionne ses ressources en fonction de l'activité qui peut équilibrer ses charges. L'efficience pousse à réduire le dimensionnement au plus bas, considérant, comme en assurance, que les risques exceptionnels se réassurent.

---

[146] Moyenne des 79 SIS ayant répondu. Les moyens minimum à engager, fixés réglementairement, sont plus importants pour l'incendie (un engin pompe-tonne et 6 à 8 sapeurs-pompiers) que pour le SAP (un VSAB et 3 ou 4 pompiers).

[147] Selon les consignes de la grille de remplissage de l'enquête annuelle 2013, sont retenues les charges à caractère général (011) et celles de personnel (012) rapportées au nombre total d'interventions de ce type. Les mêmes données sont calculées pour les interventions incendie, accident de la circulation, risques technologiques et opérations diverses.

[148] Savoie, Haute-Garonne, Cantal, Loir-et-Cher, Ille-et-Vilaine, Gironde et Corse-du-Sud.

[149] Cité par la Cour des comptes dans son rapport thématique sur les SDIS de décembre 2011.

[150] Arrêté du 17 décembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 novembre 2006 précité.

[151] Nombre de dossiers de régulation médicale activité SAMU = 9 770 807 (source : SAE2012).

[367] S'agissant des services publics, le raisonnement est pour partie différent puisque la permanence du service et l'anticipation des crises imposent de disposer de réserves mobilisables pour faire face aux diverses catégories de sinistres exceptionnels : le dispositif n'est donc pas strictement dimensionné à l'activité courante, mais en fonction à la fois du niveau de risque que l'on souhaite couvrir, de la capacité de mobilisation de renforts extérieurs (départements limitrophes, moyens nationaux) et d'une recherche d'optimisation de l'efficience globale du système.

[368] Les SAMU répondent à ce type d'événements par la mutualisation des SMUR et la sollicitation des autres effecteurs. Les hôpitaux sont organisés pour faire monter en puissance leurs ressources humaines (rappels les personnels en repos ou en congés) quand des plans sont activés (plan blanc, Orsec-NOVI).

[369] Les SDIS raisonnent en termes non pas de nombre d'interventions, mais de potentiel opérationnel journalier, c'est-à-dire de capacité de défense d'une population. L'exigence de délais de réaction rapides pour certains risques impose un dimensionnement du potentiel opérationnel au-dessus de la moyenne des besoins constatés. En 2012, le potentiel diurne était en moyenne de 50 sapeurs-pompiers pour 100 000 habitants, dont 30 en astreinte et 20 en garde ; la nuit, il passait à 58 (42+16)[152].

[370] Si l'approche en potentiel opérationnel journalier vise à s'affranchir des fluctuations d'activité à court terme, elle doit faire l'objet d'adaptations régulières en fonction de l'évolution de l'activité opérationnelle sur moyenne période. L'enquête ADF-Lamotte pour 2013 indique qu'au vu de la stabilité globale de celle-ci entre 2009 et 2012, 64% des SDIS envisagent de réduire leur potentiel opérationnel sur les gardes et astreintes. Cette approche dynamique irait dans le sens des recommandations de la Cour des comptes dans son rapport de 2011[153].

[371] L'observation du passé donne également la possibilité de développer des modèles prédictifs, à l'instar de ceux qu'utilise par exemple le Royaume-Uni. La mise en œuvre de tels outils en France par les deux acteurs publics des secours et soins d'urgence serait précieuse.

3.2.1.4 La nécessité d'une analyse des disparités de coûts entre territoires

[372] En dépit des faiblesses des bases statistiques et des questions de méthode, il paraît possible et souhaitable de développer une analyse des coûts au sein de chaque réseau. Pour initier la réflexion, la mission a étudié, sur la base des données disponibles, le coût par habitant de l'activité de secours à personne des SIS et de l'activité des SAMU et SMUR. Elle a étudié ses variations territoriales au sein de chaque réseau.

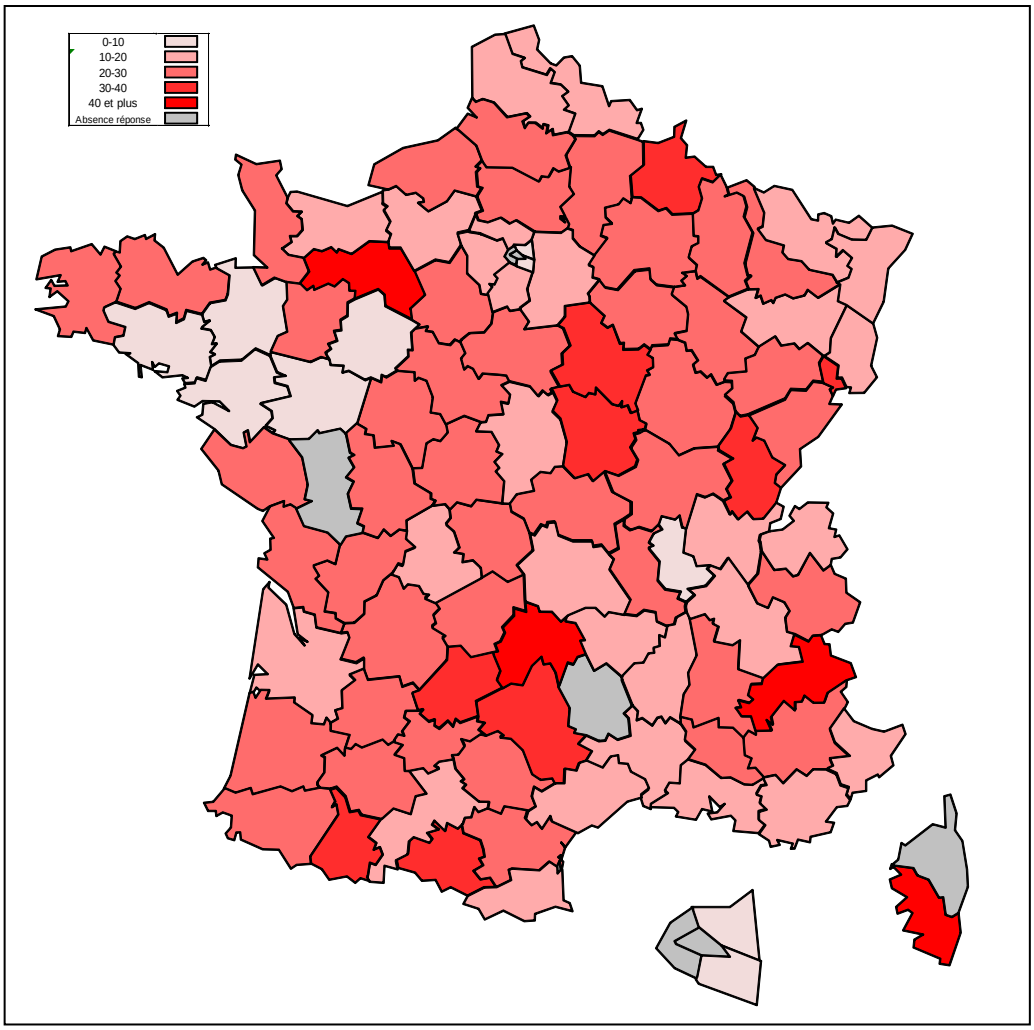
[373] Les données des SAMU et SMUR utilisées par la mission sont issues de retraitements comptables sur la base des données analytiques des établissements de santé ; les données des SIS proviennent des coûts moyens des interventions de secours à personne renseignés par chaque service dans INFOSDIS[154]. Ces deux séries de données reposent sur des sources et des méthodes différentes ; elles ne peuvent être comparées qu'avec prudence.

[152] Source : INFOSDIS 2013. Le niveau de garde nocturne est le même qu'en journée dans 1/3 des départements. Les professionnels assurent 75% de la garde diurne et 62% de la garde nocturne. (source : enquête ADF-Lamotte 2013).
[153] Dans ce rapport thématique précité, la Cour avait élaboré un outil de simulation afin d'évaluer les effectifs nécessaires par rapport à des données objectives. Les réductions calculées pouvaient être très significatives (pp. 43 et suivantes) même si le caractère strictement proportionnel des calculs avait été contesté.
[154] Ce coût moyen est obtenu en proratisant l'ensemble des charges du SIS par le temps d'intervention consacré au SAP.

[374] L'analyse met en évidence des variations territoriales significatives au sein de chaque réseau. On observe ainsi, s'agissant des SAMU-SMUR, que les départements dont le coût par habitant est le plus élevé sont des départements ruraux faiblement peuplés (Ariège, Nièvre, Cantal, Hautes-Alpes, Orne…).

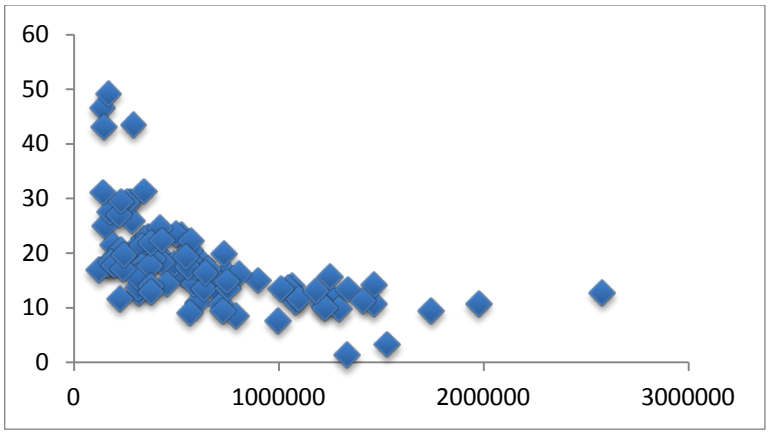
[375] A contrario, les grands pôles urbains se situent dans la fourchette basse de l'échantillon (Île-de-France, Rhône, Bouches-du-Rhône, Nord,...). Il existe ainsi une corrélation négative entre la population du département et le coût de l'activité des SAMU-SMUR par habitant, qui semble attester de rendements d'échelle croissants.

Graphique 1 : coût par habitant des SAMU et SMUR (euros)



Source : *ATIH (retraitement comptable 2012) et INSEE 2014 (population légale) –*
Calcul : *charges nettes / population légale du département.*

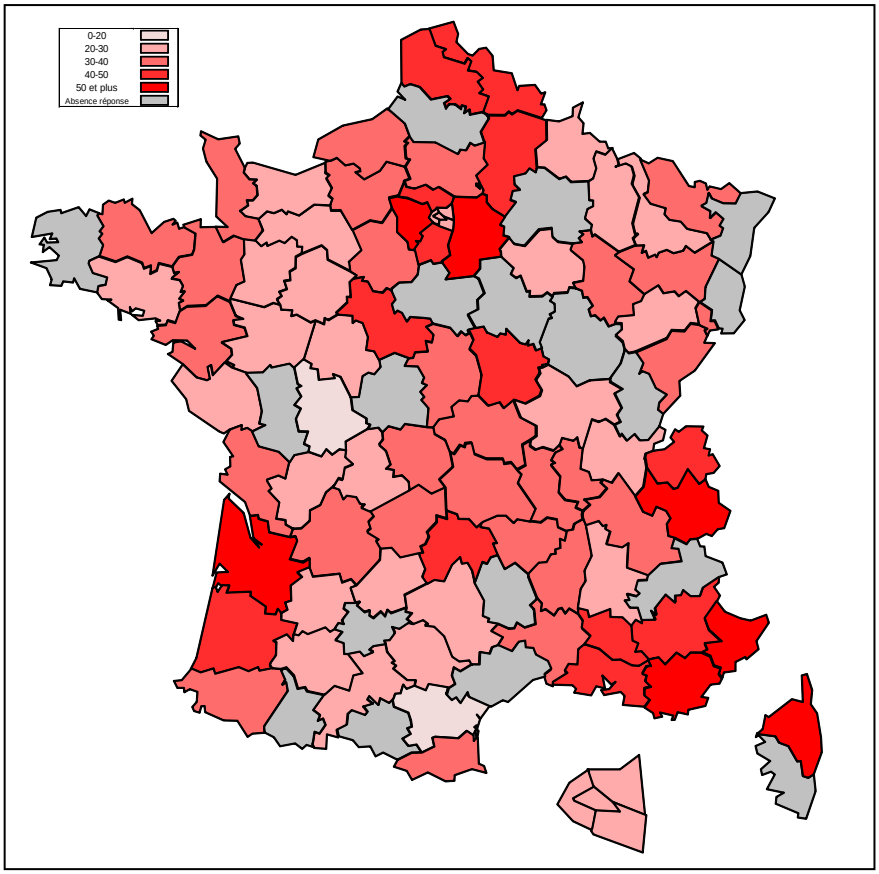
Graphique 2 : coût par habitant des SAMU-SMUR rapporté à la population du département



Source : ATIH 2012, INSEE 2014

[376] Cette corrélation ne vaut pas pour les SIS : les départements les plus peuplés figurent parmi ceux dont le coût du secours à personne par habitant est le plus élevé (Île-de-France, Bouches-du-Rhône, Gironde, Nord).

Graphique 3 : Coût par habitant des missions de secours à personne des SIS (en euros)



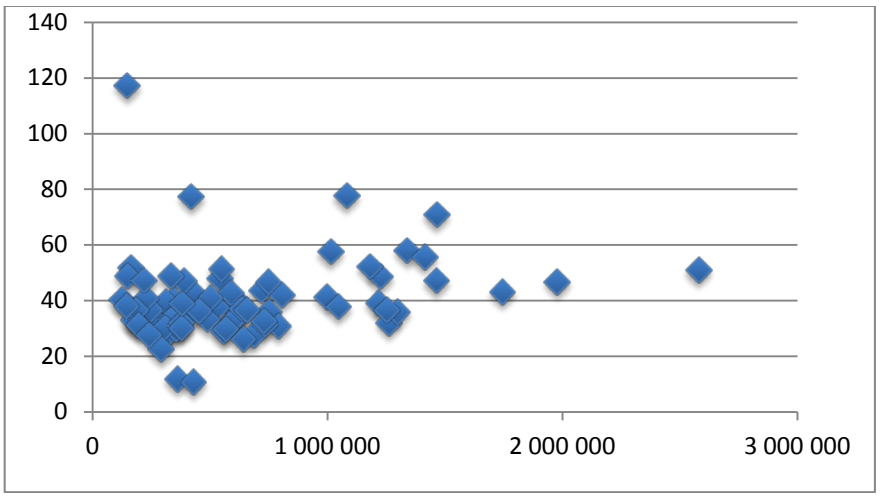
Source : INFOSDIS 2012 (coût d'une intervention de SAP et nombre d'interventions de SAP) et INSEE 2014 (population légale du département) Calcul : (coût d'une intervention de SAP x nombre d'interventions SAP) / population légale. Département des Bouches-du-Rhône : statistiques du BMPM et du SDIS 13 agrégées – Pour les départements du ressort de la BSPP (75, 92, 93, 94), coût calculé sur l'ensemble de la zone.

[377] Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce phénomène :

- le Nord-Pas-de-Calais, l'Île-de-France et la région PACA se caractérisent traditionnellement par un taux de sollicitation par habitant supérieur aux autres départements[155] ;
- certains de ces départements présentent de forts enjeux de sécurité civile, à l'instar du risque de feu de forêt dans les Landes, sur le pourtour méditerranéen et en Corse. Les coûts d'équipement et d'infrastructure qui en résultent peuvent se répercuter sur le coût du secours à personne[156] ;
- enfin, et peut-être en conséquence des deux raisons précédentes (niveau d'activité plus soutenu en zone urbaine, risques particuliers plus prégnants), certains de ces départements se caractérisent par un taux élevé de professionnalisation de leurs effectifs, qui atteint par exemple près de 50% en Gironde ou dans les Bouches-du-Rhône[157]. Dans la mesure où les dépenses de personnel représentent 80% des frais de fonctionnement des services d'incendie et de secours[158], le niveau de professionnalisation se répercute sur le coût du secours à personne ;

[378] Faute d'une analyse précise par département, ces explications demeurent de simples conjectures. Elles ne rendent pas raison de certaines situations particulières, comme le coût élevé par habitant observé dans certains départements ruraux (Nièvre, Cantal). Les données ne font d'ailleurs apparaître aucune corrélation entre la population du département et le coût du secours à personne par habitant.

Graphique 4 : coût par habitant de l'activité SAP des SIS rapporté à la population du département



Source : INFOSDIS 2012, INSEE 2014

[155] Source : Les statistiques des services d'incendie et de secours. Edition 2013. DGSCGC. Page 10.
[156] La méthode utilisée dans INFOSDIS pour isoler le coût du SAP est en effet fruste puisqu'elle repose sur le temps d'intervention.
[157] En prenant en compte les effectifs du SDIS 13 et du BMPM.
[158] Source : Les statistiques des services d'incendie et de secours. Edition 2013. DGSCGC. Page 59.

[379] Il n'a pas été possible à la mission, dans le temps imparti, de creuser l'analyse pour essayer d'expliquer les situations mises en lumière par les cartes. Au-delà des problèmes de qualité des données, qu'il conviendrait d'éliminer en priorité, l'analyse d'aspects de fond pourrait être éclairante (comportement de la population, traditions locales de répartition des missions entre les acteurs, écarts de richesse entre les départements, choix budgétaires différents d'un département à l'autre, abondance de moyens pour un service et moindres ressources pour l'autre, pesant sur les capacités d'intervention…).

[380] Les cartes qui précèdent ou d'autres approches du même type pourraient ainsi servir d'outil d'interrogation à l'intérieur de chaque réseau et à nourrir une réflexion sur l'efficience globale du dispositif de secours et soins urgents au niveau d'un département et au niveau national.

3.2.2 Une approche par les ressources qui se rénove sous la pression budgétaire

3.2.2.1 Des modes de financement qui ne poussent pas les acteurs à l'efficience

[381] Les modes de financement actuels des SAMU-SMUR et des SIS ne constituent pas pour les services une incitation à l'optimisation de leur fonctionnement. L'approche par la couverture des charges permanentes peut même conduire à des comportements inflationnistes, à la fois dans des SDIS à la recherche d'activité pour maintenir leur potentiel opérationnel et garantir un certain niveau de revenus à leurs sapeurs-pompiers volontaires et dans des SAMU-SMUR cherchant à justifier la préservation d'une équipe de SMUR. Par ailleurs, les mécanismes de financement des transporteurs sanitaires privés sont mal reliés aux enjeux collectifs.

➢ ***Les dotations forfaitaires historiques des SAMU-SMUR sont en cours de réforme***

[382] Le financement des SAMU-SMUR est assuré par deux dotations forfaitaires de type mission d'intérêt général que la réforme de la tarification a maintenue à côté du champ de la tarification à l'activité (T2A) : la MIG SAMU (227,2 M€ en 2012) et la MIG SMUR (702,7 M€)[159]. Il arrive en outre que certains établissements de santé facturent les sorties primaires du SMUR à l'assuré et donc à l'assurance maladie alors que la MIG est censée couvrir l'ensemble des dépenses[160].

[383] Afin de vérifier la corrélation entre dotations et activité, ainsi que l'absence d'effet désincitatif à la bonne gestion, l'ensemble des MIG fait actuellement l'objet d'une mise à plat. L'analyse a confirmé les faiblesses connues de la MIG SAMU, allocation historique reconduite malgré de nombreuses disparités (taux de recours au centre 15, organisation, productivité) qui se traduisent par des écarts non expliqués de niveau de dotation pour une activité équivalente.

[384] La réforme engagée se fonde sur une modélisation autour d'une norme d'activité et d'encadrement de personnel, basée sur les effectifs moyens constatés en fonction de l'activité, avec un lissage des effets « revenu » sur trois ans, accompagnée par les ARS.

[385] Le même processus est prévu pour la MIG SMUR en 2015, même si le travail est plus complexe en raison du développement des mutualisations d'effectifs avec les services d'urgence. Il faut réformer en même temps la tarification de ces derniers qui obéit à des mécanismes complexes mêlant forfait (forfait d'accueil des urgences) et activité.

---

[159] Sur 7 578 M€ de dotations pour missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) (source : Rapport au Parlement 2013 sur le financement des établissements de santé. p. 39).

[160] Question écrite n°70494 de Mme Henriette Martinez au gouvernement. Cette pratique est doublement contestable, par le surfinancement induit et du fait des inégalités de reste à charge pour les patients. Le ministère chargé de la santé prévoit de le traiter lors de la prochaine réforme de la MIG SMUR.

➤ ***Les charges des SDIS ont été jusqu'à présent équilibrées par les conseils généraux***

[386] Les recettes des SDIS proviennent à 98% des collectivités territoriales dont 57% des conseils généraux et 43% des communes et EPCI[161]. Compte tenu du plafonnement de l'évolution des contributions communales, ce sont les départements qui ont absorbé la progression des dépenses.

[387] La hausse de leur contribution pourrait toutefois se ralentir, suivant les projections de l'enquête 2013 ADF-Lamotte, chiffrées à +1,9% en 2014, +1,3% en 2015 et 1,2% en 2016, inférieures en 2015 et 2016 à l'augmentation globale des recettes de fonctionnement anticipée par les SDIS.

Les autres recettes des SDIS

Les autres recettes sont limitées en raison du principe de gratuité des secours, qui ne connaît que peu d'exceptions (interventions sur le domaine autoroutier payées par les sociétés concessionnaires, possibilité de conventions d'appui logistique régulier avec les hôpitaux et possibilité de facturer aux usagers les interventions qui ne relèvent pas des missions légales du SDIS). Plusieurs conseils d'administration de SDIS ont mis en place une telle tarification, notamment pour le traitement des nids d'hyménoptères et le déblocage d'ascenseurs. Encore faut-il qu'elle soit ensuite appliquée. La Cour des comptes et les chambres régionales des comptes remarquent que ce n'est pas souvent le cas[162].

Ces décisions sont nécessaires pour fixer les bornes d'intervention d'un service public sur des missions qui peuvent être réalisée par des entreprises et tenter de dissuader les requêtes abusives. Notamment le recours aux sapeurs-pompiers comme « taxi gratuit ». Même si ces cas sont marginaux, le fait d'établir une facture et de le faire savoir rappelle les missions du service à ceux qui sont tentés de les détourner. Pour autant, le niveau des recettes obtenu reste marginal[163] au regard des budgets totaux des SDIS.

➤ ***Le mécanisme de financement des ambulanciers est mal relié aux enjeux collectifs***

[388] Deux modes de facturation coexistent pour les transports sanitaires urgents : pendant les jours et heures ouvrés, une prise en charge forfaitaire et un tarif kilométrique, auxquels s'ajoute un supplément lié à l'urgence[164] ; en période de garde, un forfait de disponibilité (346 € depuis 2003) et une recette kilométrique réduite (40% du tarif conventionnel). Ces mécanismes sont peu reliés aux enjeux collectifs de la prise en charge pré-hospitalière. L'efficience du mode de rémunération en période de garde fait l'objet de critiques récurrentes.

[389] Le rapport Eyssartier de 2010[165] et le rapport annuel 2012 de la Cour des comptes sur la sécurité sociale détaillent les inconvénients de ce système mixte : peu incitatif si la rémunération ne couvre pas les frais fixes de mise en place d'une garde (du fait d'un nombre de sorties trop faible ou de l'abattement de 60% sur le tarif conventionnel), il favorise des pratiques individuelles d'indisponibilité organisée (soit en nuit profonde, soit pour sortir « hors garde »), tout en étant inutilement coûteux si la garde n'est pas sollicitée. La Cour a proposé de supprimer l'indemnité de garde et l'abattement de 60 %, et de remplacer l'obligation de garde par un recours au SDIS pour les secteurs où l'activité est faible, pour une économie nette attendue de l'ordre de 95 M€.

[161] Source : Les statistiques des services d'incendie et de secours. Edition 2013. DGSCGC. Page 53.
[162] Rapport thématique Cour des comptes nov.2011. Synthèse rapport public CRC Provence-Alpes-Côte d'Azur 2013.
[163] 15,8 M€ au BP 2013 des 86 SDIS ayant répondu à l'enquête ADF-Lamotte 2013.
[164] Convention nationale des transporteurs sanitaires privés du 26 décembre 2002 actualisée par avenants : forfait départemental (51,30 €) ou d'agglomération (57,37 €) ou de prise en charge pour certaines communes de la grande couronne (64,30 €), auquel s'ajoute un tarif kilométrique en charge (2,19 €), déduction faite des trois premiers kilomètres inclus dans le forfait, ou dès le premier kilomètre parcouru dans le cas de la facturation de la prise en charge. Supplément pour transport d'urgence à la demande du SAMU (21,25 €).
[165] Rapport sur la rénovation du modèle économique pour le transport sanitaire terrestre. IGAS. Septembre 2010. p. 36.

[390] Les transporteurs sanitaires, par l'intermédiaire de trois de leurs quatre fédérations nationales, demandent de leur côté une révision des modalités de la garde, passant par une optimisation des secteurs et de la tarification[166].

3.2.2.2 Un contexte budgétaire qui appelle une approche nouvelle

[391] Si les institutions mettent du temps à infléchir leurs approches opérationnelles et leurs modes de gestion, une prise de conscience est à l'œuvre parmi les responsables de services sur l'impact à venir de restrictions de ressource inévitables et durables.

➤ ***Le contexte de maîtrise renforcée des finances publiques nationales et locales***

[392] La trajectoire pluriannuelle des finances publiques met l'accent sur la réduction du déficit structurel[167] à l'horizon 2017, objectif qui impose des efforts importants à l'ensemble des administrations publiques (un point de PIB en 2014, atteint à 70% par des économies sur les dépenses, sans doute plus de 3/4 de point de PIB en 2015). Le pacte de responsabilité appelle 50 Mds€ d'économies en trois ans, dont 19 pour l'Etat, 10 pour les collectivités territoriales et 21 pour la sécurité sociale (dont 10 pour l'assurance maladie).

[393] La réduction des dotations de l'Etat aux collectivités territoriales devrait contenir de plus en plus fortement la progression des recettes des SDIS. Les multiples réformes de l'organisation administrative décentralisée (successivement la révision du schéma départemental de coopération intercommunale, la création des métropoles, la révision de la carte des cantons et la disparition à terme des assemblées départementales) devraient avoir des impacts sur l'implantation territoriale des SDIS. Le choix d'une maille décentralisée régionale devrait porter de nouvelles réflexions sur une organisation supra départementale des services d'incendie et de secours.

[394] Au sein de la sécurité sociale, la contrainte plus forte sur le taux d'évolution de l'ONDAM[168] va peser sur l'enveloppe des dépenses de soins de ville pour les transporteurs sanitaires et l'enveloppe hospitalière pour les SAMU-SMUR, plaçant aussi ces deux acteurs sous une tension renforcée.

➤ ***La nécessité d'une meilleure maîtrise des dépenses***

[395] Ces évolutions structurelles accentuent la pression pesant sur chaque acteur en faveur d'une rationalisation de leurs moyens : dans le secteur hospitalier, les mutualisations entre SMUR et services des urgences se développent (cf. *supra*). S'agissant des SIS, plusieurs rapports ont souligné la nécessité de développer les mutualisations avec les services des conseils généraux et entre SDIS[169].

---

[166] Plan stratégique 2012-2015. Fédération nationale des artisans ambulanciers, Fédération nationale des ambulanciers privés, Fédération nationale des transporteurs sanitaires.

[167] Le traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance (TSCG) au sein de l'Union économique et monétaire, entré en vigueur le 1er janvier 2013, a institué une règle d'équilibre définie en termes de solde structurel. Le mécanisme de correction est déclenché automatiquement en cas d'écarts importants (au moins 0,5 % du PIB sur une année, ou 0,25 % en moyenne sur deux années consécutives) « par rapport à l'objectif à moyen terme ou à la trajectoire d'ajustement propre à permettre sa réalisation ».

[168] Objectif national des dépenses d'assurance maladie : montant prévisionnel d'évolution des dépenses présenté par enveloppes sectorielles (dont la médecine de ville, les établissements de santé, les établissements et services pour personnes âgées ou personnes handicapées) voté par le Parlement dans la loi de financement de la sécurité sociale.

[169] Rapport thématique de la Cour des comptes dédié aux services départementaux d'incendie et de secours, novembre 2011, rapport d'information de la mission d'évaluation et de contrôle sur le financement des SDIS, 2009.

[396] D'ores et déjà, plusieurs initiatives locales se mettent en place à des fins de meilleure maîtrise des dépenses : stratégie de stabilisation du nombre de sorties ; interprétation stricte des départs réflexes pour préserver le potentiel opérationnel et mieux répartir les interventions ; reconnaissance par le SAMU des infirmiers sapeurs-pompiers comme maillon de la réponse permettant une meilleure prise en charge tout en réservant le potentiel médical pour les cas les plus graves ; organisation des transporteurs sanitaires privés améliorant la disponibilité et la fiabilité de la profession ; meilleure adaptation des effectifs mobilisés aux variations de l'activité au cours de journée …

➤ ***Une incitation nationale aux approches interservices : l'article 66 de la LFSS 2012***

[397] Le levier des ressources est également sollicité pour améliorer l'implication des transporteurs sanitaires privés: l'intention initiale de l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 est de remédier aux défauts de la garde départementale pointés par le rapport Eyssartier et la Cour des comptes.

Le dispositif de l'article 66 de la LFSS 2012

L'article ouvre la possibilité d'expérimentations sur l'organisation des transports sanitaires urgents (garde départementale, rémunération des transporteurs), sur la base de conventions entre les ARS, les organismes locaux d'assurance maladie, l'établissement de santé siège du SAMU et l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative. La convention est soumise pour avis au sous-comité des transports sanitaires du CODAMUPS-TS.

Les expérimentations réuniront, sur des territoires donnés, dans une enveloppe globale les montants actuels des indemnités de garde (pour un total national de 90 M€), de l'indemnisation des carences (19 M€) et des transports urgents pré-hospitaliers payés par l'assurance maladie.

Le projet de décret d'application prévoit la consultation préalable du SDIS sur le projet de convention, la possibilité de redéfinir divers éléments de rémunération des ambulanciers (tarifs conventionnels, cas des sorties blanches) mais aussi du SDIS (niveau d'indemnisation plus favorable des carences), la fixation d'un plafond de dépenses révisé annuellement (avec, en cas de dépassement et d'échec des mécanismes de redressement, possibilité de dénonciation de la convention par l'ARS), ainsi que la traçabilité des transports sanitaires urgents régulés par le SAMU.

L'enjeu est d'absorber par la dynamique de l'activité une partie des dépenses induites. Les acteurs peuvent faire varier les moyens affectés aux nouveaux secteurs de garde en fonction des horaires ou de la saison. Les promoteurs prévoient expressément qu'on puisse faire appel aux SDIS localement si l'activité est faible ou temporairement si le volontariat des entreprises est insuffisant.

Les crédits mobilisés par l'expérimentation peuvent financer tout investissement utile (acquisition d'un logiciel de géolocalisation, présence d'un coordonnateur, aménagement d'un local de garde…).

[398] L'article 66 va bien au-delà d'une possibilité d'adaptation de l'indemnité de garde en contrepartie d'une maîtrise des volumes de carences : il incite le régulateur ARS et les professionnels à dépasser une vision mono-professionnelle et statique du sujet.

[399] Pour la mission, cet article est important à plusieurs titres : il prend acte de la nécessité de faire travailler ensemble les trois types d'acteurs, avec des modalités adaptées aux caractéristiques d'un territoire. Il offre un bon équilibre entre le cadrage national et les libertés locales. Il prend en compte des éléments de rémunération qui sont essentiels pour faire évoluer les pratiques des acteurs.

[400] Il ouvre aussi la voie vers des solutions locales pragmatiques évitant le maintien coûteux de deux dispositifs concurrents dans les secteurs à faible activité en valorisant le maillage territorial des SDIS, alors reconnus pleinement responsables de la fonction de transport sur le secteur considéré. Il ne s'agirait pas d'une extension de mission propre (article L. 1424-2 du CGCT) mais d'une mission annexe qui leur serait confiée localement et contre rémunération, dans le cadre de l'article L. 1424-42 du CGCT, en fonction du contexte départemental.

3.2.3 Des marges d'amélioration de l'efficience dans une meilleure articulation entre les deux services publics

[401] Au-delà des efforts de rationalisation à mener au sein de chaque secteur, qui ne constituent pas l'objet du présent rapport[170], l'efficience globale du dispositif SAP-AMU tient également à la qualité de l'articulation entre les deux services publics.

[402] Or cette coordination demeure perfectible, au moins à deux égards : les documents de programmation (SDACR et SROS) ne sont pas mobilisés en vue d'une mise en cohérence des moyens ; les approches sur les sujets de systèmes d'information demeurent trop souvent séparées.

3.2.3.1 SDACR et SROS : des outils encore peu utilisés à des fins de mise en cohérence de la programmation, du déploiement et de l'emploi des moyens

[403] SDACR et SROS sont, respectivement pour les SIS et les ARS, les outils de référence pour l'identification des enjeux opérationnels et la programmation des moyens sur leur territoire. Compte tenu de la connexité des activités des SIS et des SAMU en matière de secours et soins urgents, les ministres chargés de l'intérieur et de la santé ont donné en 2007 instruction aux préfets et aux directeurs généraux d'ARS d'assurer la « mise en cohérence » des deux documents[171].

[404] La circulaire prévoit l'élaboration d'un document conjoint, soumis pour avis du CODAMUPS-TS et s'ajoutant aux deux schémas, comprenant la description des moyens du SIS et du SAMU et pouvant prendre la forme d'une cartographie superposant les deux sources de moyens.

➤ ***Une instruction faiblement prise en compte***

[405] Sur les 26 SROS des premiers projets régionaux de santé (PRS), dix n'évoquent pas le sujet de l'articulation avec les moyens des sapeurs-pompiers, six indiquent que la mise en cohérence entre SROS et SDACR n'est pas faite ou pas achevée et dix mentionnent soit des actions à conduire, soit des actions réalisées (Alsace, Haute-Normandie). Ce faible degré d'avancement est corroboré par les réponses des SAMU au questionnaire de la mission : sur les 64 SAMU répondants, seuls 17 indiquent avoir participé à un travail d'articulation des deux schémas[172].

[170] Pour mémoire, s'agissant des services d'incendie et de secours, une mission de modernisation de l'action publique portant sur la politique territoriale d'incendie et de secours est en cours.
[171] Circulaire interministérielle DHOS/O1/DDSC/BSIS n° 2007-457 du 31 décembre 2007 relative à la nécessité d'établir une mise en cohérence des SDACR et des SROS.
[172] Cf. annexe n° 18 relative aux SDACR et SROS.

[406] Pour leur part, les SDIS répondants reconnaissent aussi que le chantier est peu avancé : dans 37 départements, rien n'a été fait ni ne semble prévu. Douze SDIS font état de projets et neuf ont engagé des démarches de manière unilatérale. Seuls quatre SDIS font état de démarches réellement concertées. Les réponses des préfets confirment l'analyse, un tiers indiquant que la mise en cohérence n'est pas engagée et près de 30%, qu'elle est inaboutie.

[407] Les difficultés de communication entre SDIS et acteurs de la santé compliquent le processus. Un certain nombre de SDIS regrettent de ne pas être associés ou consultés lors de l'élaboration du SROS et expriment le sentiment que l'organisation de la réponse de santé ne prend pas en compte leur existence[173]. Inversement, les ARS sont rarement associées à l'élaboration ou à la concertation sur les SDACR, avec de notables exceptions comme dans le Nord.

[408] Dans un certain nombre de départements, la situation pourrait toutefois évoluer favorablement à relativement brève échéance, soit du fait de l'opportunité que constitue la révision en 2014 de l'un des schémas[174], soit parce que les directeurs généraux d'ARS font de la mise en cohérence SDACR-SROS l'un des chantiers de l'année 2014[175].

➤ ***Des outils dont le portage, l'objet, la maille territoriale et la portée sont différents***

[409] Alors que le SROS est porté par l'ARS, avec un mode d'élaboration qui réserve une large place à la concertation, le SDACR est préparé sous l'autorité du préfet par le SIS et arrêté par le préfet après avis conforme du conseil d'administration de l'établissement public[176].

[410] Les deux schémas n'ont pas le même objet : d'un côté, le SDACR est un recensement exhaustif des risques et de la manière d'y faire face, conçu pour défendre un territoire, sans visée prospective dans leur version actuelle. Il fonde le maillage territorial du SDIS, légitime son règlement opérationnel et conduit à la réalisation des plans d'équipement, de recrutement, de formation et d'implantation qui en découlent. De l'autre, le SROS est à la fois un document d'orientation (organisation optimale des prises en charge en fonction des besoins et de ressources contraintes), un outil de planification des activités sur sa partie opposable et, depuis son intégration dans le projet régional de santé (PRS), un document fixant la doctrine d'intervention des professionnels, défini par eux et pour eux.

[411] La maille du SDACR est départementale, celle du SROS, régionale. Le SDACR s'appuie avant tout sur le découpage cantonal quand le SROS décline ses objectifs et cadre d'autorisation par territoire de santé.

[412] Enfin, la portée des deux documents est inverse : le SDACR n'est pas opposable, afin de respecter la l'autonomie des collectivités territoriales qui le financent ; le SROS l'est, hormis sur le volet ambulatoire.

[413] Ainsi, pour une population donnée, le SDACR paraît orienté vers l'interne, l'établissement public qui le porte, les institutions qui pilotent ses moyens, les collectivités qui le financent et les personnels qui l'incarnent, alors que le SROS est essentiellement fait pour l'externe, pour des opérateurs qui ne dépendent pas directement de l'autorité de l'ARS puisqu'ils sont eux-mêmes établissement public ou dotés d'un autre statut.

[173] Pour plus de précisions, se reporter à l'annexe 5 consacrée à l'exploitation synthétisée des réponses des SIS.
[174] SDACR dans l'Aube, le Cher, la Creuse, le Doubs, l'Eure-et-Loir, la Haute-Loire, le Loiret, la Mayenne, la Haute-Savoie et à Mayotte, SROS dans l'Aude, le Doubs et le Nord.
[175] Centre, Franche-Comté, Nord-Pas-de-Calais, Pays-de-la-Loire.
[176] Aux termes de l'article R1424-38 du CGCT, le document est présenté en collège des chefs de service de l'Etat.

➤ ***Un CODAMUPS-TS pas assez utilisé pour des partages d'information et de doctrine***

[414] Accaparé par les problèmes de permanence des soins, orienté vers la participation à un processus juridique dans son sous-comité des transports sanitaires (avis préalables sur les agréments), le CODAMUPS-TS ne joue pas aujourd'hui le rôle de régulation collective qui pourrait être le sien, sous le regard des deux autorités principalement intéressées.

[415] Cette sous-utilisation du potentiel d'une telle instance est peut-être le signe d'une forme de prudence voire de contournement ou d'évitement de sujets délicats parfois considérés comme insoluble par les services qui ont eu à en connaître depuis des années.

[416] Dans ce contexte et faute d'occasions organisées pour ce type d'échanges, les préfets comme les directeurs généraux d'ARS sont peu enclins à prendre position dans ce domaine, ou même à simplement se concerter dans le cadre de réflexions prospectives, en dehors des périodes de crise qu'ils doivent gérer ensemble.

[417] Au total, la mise en cohérence des SROS et des SDACR est souvent considérée comme un exercice formel et non comme une opportunité de questionner les pratiques des acteurs qui concourent au secours à personne et à l'aide médicale urgente, dans une approche d'efficience globale du dispositif.

3.2.3.2 Des projets informatiques souvent locaux et propres à chaque réseau

[418] Contrairement au choix d'une infrastructure nationale (INPT) retenu dans le domaine des communications radioélectriques, les systèmes informatiques des SDIS et des SAMU sont éclatés.

➤ ***L'informatique est une mosaïque de solutions locales, traitées sans souci d'intégration avec un petit nombre d'offreurs***

[419] Aujourd'hui, chaque établissement public (SDIS ou hôpital) décide de ses investissements informatiques selon sa logique propre, le plus souvent sans réflexion commune avec son partenaire public dans le domaine du secours à personne et de l'aide médicale urgente. Un petit nombre d'opérateurs se partage ce marché de niche, la société SIS étant la seule à décliner une offre dans les deux secteurs.

Les systèmes de traitement des appels des SDIS et des SAMU

Les sociétés SIS et APPLIGOS se partagent l'essentiel du marché des SAMU, avec respectivement les applications CENTAURE 15 (42 sites) et APPLI SAMU (38 sites)[177]. La société SYSTEL domine le secteur des SDIS avec son système START (39 sites), suivie par la société SIS (ARTEMIS sur 27 sites), la société IMPI (GIPSI sur 11 sites) et les sociétés INTERGRAPH / SOMEI (6 sites)[178].

[420] La disparité des choix informatiques des SDIS et des SAMU a des conséquences fonctionnelles, opérationnelles et financières importantes :

- hétérogénéité fonctionnelle au sein d'un même réseau[179] ;
- interopérabilité non garantie entre SDIS et SAMU[180] ;

[177] Source : DGOS. Par ailleurs, la société SCRIPTAL (application SAMUSCRIPT) est bien implantée en Ile-de-France.
[178] Source : INFOSDIS 2012.
[179] En 2010, la moitié des SAMU ne disposait d'aucun outil cartographique et 32 seulement avaient un outil intégré au logiciel. 70% ne disposaient pas de serveur vocal interactif et 17% n'avaient pas accès à Internet en salle de régulation.
[180] Même avec un éditeur identique des deux côtés : sur les quatorze départements équipés avec les logiciels ARTEMIS et CENTAURE 15 (société SIS), seulement huit utilisent l'interopérabilité des deux applications.

- flou sur le contenu de la notion d'interconnexion (cf. 2.2.1.1) ;
- défaut de travail en commun entre départements voisins au sein d'un même réseau (sur la gestion des interventions limitrophes, le secours informatique en cas de panne sur l'un des sites ou encore l'organisation d'une réponse interdépartementale en cas de crise…) ;
- absence de communication entre les applications du SAMU et les autres systèmes d'information hospitaliers (répertoire opérationnel des ressources, dossier médical du patient) et avec les recueils à visée sanitaire et épidémiologique coordonnés par l'InVS.

[421] Alors que SDIS et SAMU doivent échanger en permanence sur leurs missions communes, les appels d'offres relatifs au choix ou au renouvellement d'applications ne sont pas coordonnés. Les dates de bascule vers de nouvelles versions ne sont pas harmonisées, ce qui peut entraîner des régressions fonctionnelles pouvant s'avérer néfastes pour la qualité de la prise en charge.

[422] Ces situations contribuent aussi à la multiplication des demandes de développements spécifiques pouvant induire des évolutions divergentes des produits standards, coûteuses pour les clients comme pour les éditeurs.

- ***Les travaux de cadrage des exigences d'interopérabilité par le groupe GT-399 suscitent des réserves dans le secteur de la santé***

[423] Certes, les travaux du groupe GT-399 (*cf. supra* 2.2.4.1) apportent de la cohérence et doivent permettre de garantir l'interopérabilité des solutions informatiques proposées en réponse aux appels d'offres des SDIS et des établissements de santé avec les réseaux de communication nationaux de la sécurité civile, au premier rang desquels ANTARES.

[424] Néanmoins, le ministère chargé de la santé, les établissements de santé et les SAMU sont soucieux d'éviter que ne soient imposés à ces derniers, par le biais de travaux dépassant les seuls échanges de données, des exigences non pertinentes ou non nécessaires dans leur champ d'activité.

[425] Par ailleurs, ils ne souhaitent pas entrer dans la démarche promue désormais par la DGSCGC, consistant à faire de la certification des logiciels par INFOCERT selon les règles de la marque NF – Logiciel de sécurité civile la condition de reconnaissance de leur conformité aux exigences d'interopérabilité avec les systèmes de sécurité civile.

- ***Les autorités sanitaires essaient d'impulser une dynamique supra départementale***

[426] A la suite des ARH, plusieurs ARS ont pris des initiatives pour dépasser le cadre départemental afin de sécuriser les plateformes existantes, de gérer les périodes de moindre sollicitation et d'optimiser l'utilisation de la ressource médicale. Elles s'articulent autour de deux axes :

- la régionalisation de la régulation : elle est mise en place en nuit profonde dans deux départements de Midi-Pyrénées depuis 2012 et devrait être étendue dans deux autres. La Franche-Comté connaît depuis 2008 une régulation unique dans trois départements sur quatre et en nuit profonde pour le quatrième. Les régions Pays-de-la-Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur travaillent sur un projet de régulation médicale partagée sur l'ensemble de leur région ;
- l'inter-départementalisation du fonctionnement des SAMU : l'Auvergne et Provence-Alpes-Côte d'Azur prévoient d'interconnecter les SAMU de leur région au cours de l'année 2014. La Bretagne a lancé une consultation régionale pour standardiser les outils utilisés par les quatre SAMU. La Basse-Normandie étend l'interconnexion entre SAMU à la faveur de l'installation du logiciel RRAMU dans chacun des trois SAMU. En Picardie, les débordements d'appels peuvent être traités d'un département à l'autre.

[427] Ces évolutions se heurtent aux réticences de certains responsables de SAMU qui craignent de ne plus maîtriser leur fonctionnement voire de perdre leur structure et des SDIS qui voient s'éloigner des perspectives d'intégration fonctionnelle au niveau départemental. Elles permettent néanmoins d'expérimenter de nouvelles approches de la gestion du territoire, dans un contexte de limitation des ressources.

4 PRESERVER ET AMELIORER LA QUALITE DE LA REPONSE TOUT EN UTILISANT MIEUX LES RESSOURCES

[428] Dans les réponses aux questionnaires, les avis sont partagés quant à la part à réserver à des arbitrages centraux par rapport aux marges de manœuvre locales et à la nécessité ou non d'une remise à plat du cadre juridique.

[429] Les préfets privilégient des réponses locales permettant une adaptation aux spécificités territoriales, sans exclure quelques modifications du cadre actuel. A l'inverse, les directeurs généraux d'ARS souhaitent une réponse essentiellement nationale portant sur la redéfinition des missions, le cadrage des départs réflexes, la réaffirmation de la place centrale du médecin régulateur et la clarification des financements.

[430] Néanmoins, plusieurs arguments plaident contre une telle démarche aujourd'hui. En premier lieu, rien ne garantit que la modification législative de deux codes, portés par deux ministères différents, aboutirait à un résultat plus cohérent que les textes actuels. En second lieu, le référentiel de 2008 est encore récent et sa mise en œuvre n'est pas achevée : des conventions doivent être prochainement signées et les négociations se poursuivent dans la plupart des départements. Certes, le processus bute, ici ou là, sur des difficultés, mais il paraît souhaitable de donner de la stabilité aux acteurs et le temps de s'approprier le dispositif et de le décliner finement sur leurs territoires.

[431] La conclusion est identique si, dans une lecture pessimiste de la situation, on met l'accent sur la non application de points essentiels du référentiel, près de six ans après son adoption. L'approche normative trouvera toujours ses limites dans un champ marqué par la primauté des gouvernances locales et le poids des personnes voire des personnalités.

[432] Dans ce contexte, la mission recommande de prendre appui sur l'impulsion managériale locale pour améliorer l'efficience du dispositif de secours et de soins urgents. Ce parti conduit à admettre des voies différenciées pour aboutir à l'objectif recherché et à travailler sur la convergence progressive des pratiques. Pour autant, la mission ne s'est pas interdit pas de proposer une modification ou une précision réglementaire, afin de rendre directement opposable un point qui ferait toujours l'objet de débats au plan local.

[433] La mission propose ainsi une stratégie d'avancée et de résolution des problèmes combinant approfondissement et management, responsabilités nationales et locales : d'une part, un travail national de cadrage et d'ouverture, d'autre part, la définition et la mise en œuvre de plans d'actions locaux par une concertation entre les acteurs sous l'égide des préfets et directeurs généraux d'ARS.

4.1 Au niveau national, conjuguer cadrage et ouverture sous le pilotage de l'Etat

[434] L'arrêté publiant le référentiel du 25 juin 2008 le présente comme « *la doctrine française des services publics en matière d'organisation quotidienne des secours et des soins urgents* ». Pour autant, sa mise en œuvre relève d'une multitude d'acteurs répartis sur le territoire, confrontés à des réalités diverses et porteurs d'une histoire relationnelle singulière.

[435] La lenteur des changements de pratiques et les freins observés soulignent la nécessité de clarifier certains points mais aussi d'ouvrir des degrés de liberté dans l'interprétation du cadre national. La cohérence d'ensemble passe par un pilotage ministériel et interministériel plus affirmé.

4.1.1 Préciser les sujets de doctrine qui doivent l'être

[436] Sur les sujets de doctrine, le niveau national doit prendre deux types de position :

- sur les sujets de l'identification des ressources médicales mobilisables hors SMUR et des conditions d'engagement et d'exercice des infirmiers sapeurs-pompiers, il doit préciser le contenu du référentiel du 25 juin 2008 ;
- sur trois autres questions, il lui appartient d'inviter explicitement les acteurs locaux à un travail d'adaptation du cadre national au contexte départemental : la prise en charge des urgences vitales, la liste des cas de départ réflexe et la recherche de pratiques plus efficientes.

4.1.1.1 Réaffirmer le principe de non concurrence dans la constitution de viviers de médecins

[437] La ressource médicale du secteur de l'urgence pré-hospitalière est marquée par un double mouvement d'augmentation du nombre de médecins urgentistes[181] (+19,5% entre 2007 à 2012[182] et + 23% pour les médecins dédiés aux SAMU-SMUR) et de diminution du nombre de médecins sapeurs-pompiers volontaires (-21% entre 2008 et 2012[183]). Ce constat impose une nouvelle approche de la couverture médicale du territoire en matière d'urgence, compatible avec le choix politique de ne pas restreindre la liberté d'installation des jeunes médecins.

[438] Pour éviter la concurrence dans le recrutement de médecins correspondants du SAMU et de médecins sapeurs-pompiers volontaires, comme le préconise le référentiel, la mission propose un mécanisme de reconnaissance mutuelle qui respecte les spécificités des deux réseaux :

- le SDIS devrait dresser la liste des MSP prêts à sortir en interventions (tous ne le souhaitent pas) et la faire connaître au SAMU, conformément à ce que prévoit le référentiel ;
- le SAMU devrait réserver à ces médecins sapeurs-pompiers un libre accès aux formations MCS qu'il organise, le SDIS s'engageant, s'ils ne suivent pas ces formations, sur le fait qu'ils ont le niveau requis par le SAMU ; ceci implique des échanges entre les responsables sur les contenus respectifs de formation et peut nourrir des projets de formation conjointe ;
- le SAMU devrait, si nécessaire, compléter le matériel mis par le SDIS à la disposition des MSP mobilisables sur des interventions d'aide médicale urgente.

Recommandation n°1 : mettre en place une reconnaissance mutuelle des ressources médicales attachées au SIS et au SAMUSAMU pour éviter une concurrence entre les viviers.

[181] Le nombre de médecins travaillant dans les SAMU, les SMUR et les services d'urgence est passé de 6 378 à 7 620. Parmi eux, les médecins dédiés aux SAMU-SMUR sont passés de 1 329 à 1 634.
[182] Source SAE.
[183] Les médecins sapeurs-pompiers volontaires étaient 5 293 en 2008 et 4 368 en 2012 (source INFOSDIS).

[439] Rien n'exclut une rémunération différenciée pour un même type d'interventions, selon le service déclencheur : si un médecin sapeur-pompier est mobilisé par le CTA à la demande du SAMU, sa rémunération devrait être assurée selon le dispositif MCS. S'il est mobilisé d'initiative par le CTA, il doit être rémunéré comme médecin sapeur-pompier. Bien entendu, une seule rémunération doit être versée pour une intervention donnée.

[440] Les médecins doivent avoir le choix du réseau dans lequel ils souhaitent s'impliquer, en respectant les obligations propres à chacun : participation aux missions de médecine d'aptitude, de formation et de soutien opérationnel pour le réseau SDIS ; primauté de la mission AMU et participation aux formations et aux évaluations de pratiques professionnelles pour le réseau SAMU. Une partie d'entre eux peuvent souhaiter s'investir à titre individuel dans les deux réseaux. Rien ne l'interdit.

[441] L'exercice n'est pas tout à fait le même entre la personnification d'une fonction médicale au sein d'une structure de salariés et de volontaires unis autour de la défense d'un territoire au titre de la protection des populations et la participation à une mission purement médicale rattachée à un établissement hospitalier en prolongement des contacts confraternels existants ; chacun peut trouver son mode d'engagement dans l'une ou l'autre voie.

4.1.1.2 Assurer la cohérence opérationnelle et la sécurité de l'engagement des infirmiers sapeurs-pompiers

[442] Les médecins, infirmiers, pharmaciens ou vétérinaires du SSSM présentent une particularité qui les différencie des autres volontaires : ils sont les seuls à exercer, en tant que sapeur-pompiers, leur profession d'origine. S'agissant des infirmiers, il importe tout particulièrement que leur action s'inscrive dans le cadre de leur décret d'actes.

[443] Bien que les protocoles de soins d'urgence et d'antalgie soient élaborés sur le fondement de ce décret[184], certains responsables de SAMU en contestent le respect. La mission ne doute pas du soin qu'apportent les responsables de SSSM à l'élaboration de protocoles conformes au décret d'actes, ni de l'attention que portent les infirmiers sapeurs-pompiers au respect de leur cadre de compétences. L'accusation d'« *exercice illégal de la médecine* » formulée parfois à leur encontre mérite d'être prise en considération si elle traduit une inquiétude concernant la sécurité des patients. Mais le caractère provocateur des termes employés dessert le propos. En outre, pour la mission, le débat sur le respect du décret d'actes par les protocoles n'est que second.

[444] Le nœud du problème des interventions des infirmiers est la place de la régulation médicale. Si elle est sollicitée avant la mise en œuvre d'un protocole pour vérification de sa pertinence pour le patient considéré, le médecin régulateur a la possibilité d'en ajuster le contenu en fonction des informations individuelles que lui communique l'infirmier. Dans le cas inverse, même si le protocole respecte parfaitement le décret d'actes, il peut être inadapté si l'infirmier est induit en erreur par une situation limite ou confuse.

[445] Sur ce point, certains responsables de SSSM rencontrés ne répondent qu'en droit, en indiquant que le code de la santé publique prévoit la possibilité d'un établissement préalable de protocoles par le « médecin responsable ». Dès lors, pour eux, rien ne justifie un contact préalable avec le médecin régulateur, une telle exigence induisant en outre une perte de temps si le médecin du SAMU ne fait que confirmer la proposition de l'infirmier.

[446] La mission note toutefois que, d'après d'autres responsables de SSSM et des infirmiers sapeurs-pompiers, dans les départements où les relations entre SSSM et SAMU sont bonnes, les infirmiers appellent le médecin régulateur avant d'appliquer un protocole, afin de sécuriser leur pratique, surtout dans un contexte de stress opérationnel et de solitude auprès du patient.

[184] Respectivement articles R.4311-14 et R. 4311-8 du CSP.

[447] Ce comportement éclaire sur la voie à suivre : certes, le supérieur hiérarchique de l'infirmier sapeur-pompier est toujours le médecin-chef du SDIS, mais l'entrée en intervention crée une relation fonctionnelle entre l'infirmier et le médecin qui va superviser la prise en charge du patient qu'il a devant lui.

[448] Tel qu'il est rédigé, l'article R.4311-14 du CSP semble postuler qu'il y a superposition entre la responsabilité d'un service et celle d'une prise en charge. Dans le cas des infirmiers sapeurs-pompiers, la situation est différente. A froid, un médecin-chef de SDIS a toute légitimité pour élaborer des protocoles de soins d'urgence, former les infirmiers à leur application, évaluer leur degré de préparation et dresser une liste d'infirmiers habilités à les mettre en œuvre. Mais pendant une intervention, il ne peut y avoir qu'une seule vision médicale de la prise en charge du patient.

[449] Cette vision médicale est celle du médecin régulateur du SAMU, le cas échéant en duo avec un médecin arrivé sur place. En cas de dégradation de l'état du patient suite à la mise en œuvre d'un protocole, ce n'est pas le médecin-chef du SSSM qui aura la responsabilité de rétablir la situation[185], mais le médecin responsable de la dimension médicale de l'intervention[186].

[450] La cohérence opérationnelle voudrait donc qu'un infirmier sapeur-pompier en intervention commence par établir un bilan infirmier et, dans la foulée, le communique au médecin régulateur, le cas échéant en formulant une proposition d'action. L'avantage de disposer de protocoles est de dispenser le médecin régulateur de formuler une prescription détaillée si le protocole lui paraît adapté. Il y a alors gain de temps pour le patient et pour les acteurs de l'aide médicale urgente, ne serait-ce que le médecin régulateur rendu plus rapidement disponible pour un autre patient.

[451] Le raisonnement qui précède repose sur un principe opérationnel fondamental : l'unité du commandement. Dans le secteur de l'urgence pré-hospitalière, ce principe se décline en une unité de la responsabilité de la prise en charge médicale d'une part et une unité de la responsabilité de l'organisation des secours d'autre part, cette dernière incombant au chef d'agrès.

[452] Bien entendu, l'intelligence des situations ou la force de la nécessité peuvent conduire un infirmier à déroger au principe de contact préalable avec le médecin régulateur : en cas d'impossibilité de joindre celui-ci rapidement (délais de décroché du CRRA, indisponibilité du médecin, trous de couverture à la fois téléphonique et radio…), l'infirmier se trouve dans la situation de décider seul et les protocoles du SSSM deviennent alors son référentiel d'action.

[453] Cette clarification de l'articulation entre responsabilité amont du SSSM et responsabilité en intervention du médecin régulateur du SAMU nécessite un affinement du cadre juridique.

Recommandation n°2 : préciser que, durant l'intervention, l'infirmier sapeur-pompier est placé sous l'autorité fonctionnelle du médecin régulateur du SAMU, médecin responsable de la prise en charge médicale du patient ou de la victime.

[454] Dans le même temps, il paraît également important de remédier à la disparité observée dans les protocoles existants, par l'établissement de protocoles sapeurs-pompiers de référence, étayés par des références scientifiques solides et explicites puisées au-delà du secteur sapeur-pompier.

[185] Sauf s'il se trouve sur place mais alors, ce n'est pas en tant que responsable du SSSM qu'il participe à la définition de la réponse médicale, mais en qualité de médecin, en lien avec le médecin régulateur conformément au schéma de l'AMU.

[186] Le même raisonnement s'applique également dans le cas de la prise en charge de la douleur, d'autant plus que l'article R. 4311-8 du CSP n'évoque pas la notion de médecin responsable.

[455] Pour ce faire, le ministère de l'intérieur pourrait coordonner un travail collégial entre représentants des SSSM. La recherche d'un consensus entre les SSSM devrait logiquement être plus facile qu'avec les représentants des SAMU.

[456] L'obtention de ce consensus, sur des bases scientifiques incontestables, est une condition de crédibilité de la réflexion des sapeurs-pompiers sur la place des infirmiers dans l'aide médicale urgente. Il serait en effet paradoxal de prétendre protocoliser des prises en charge – c'est-à-dire définir des standards – sans parvenir à s'entendre sur leur champ d'application et leur contenu.

[457] Une fois réalisé, ce travail d'harmonisation interne devrait ensuite être proposé à la Haute autorité de santé pour tenter, une nouvelle fois, d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques applicables dans les deux secteurs, en lien avec la demande d'inscription au programme de travail présentée par le ministère de la santé concernant les conditions d'intervention des infirmiers en intervention pré-hospitalière d'urgence.

Recommandation n°3 : organiser un travail collégial entre représentants des SSSM pour l'élaboration de protocoles nationaux de référence en matière de soins d'urgence et d'antalgie et les décliner localement

[458] Enfin, si la cohérence opérationnelle exige que l'infirmier sapeur-pompier fasse valider ses propositions de mise en œuvre d'un protocole par le médecin régulateur, il existe d'autres aspects de la réponse à l'urgence sur lesquelles des délégations de tâches renforcées sont possibles entre les médecins et les infirmiers : expérimentations au titre de l'article 51 de la loi HPST (permettant de sortir du cadre du décret d'actes des infirmiers dans des conditions précises), délégations de compétences dans les EHPAD, pratiques avancées dans les services d'urgence…

[459] La pleine valorisation de la formation des infirmiers dans le cadre du dispositif LMD, ainsi que l'optimisation de l'utilisation des ressources médicales plaident en faveur d'un soutien des projets locaux s'inscrivant dans le cadre de l'article 51 de la loi HPST et d'avancées rapides sur les deux premiers sujets, à l'instar de ce qui se fait en cancérologie avec les infirmiers cliniciens.

4.1.1.3 Donner des degrés de liberté aux acteurs locaux dans la définition des cas de départ réflexe et la prise en charge des urgences vitales, dans le respect des référentiels

[460] La notion de départ réflexe est considérée comme perfectible par la quasi-totalité des acteurs. Pourtant, nombre d'entre eux s'en tiennent encore à une interprétation stricte du référentiel, ce qui peut engendrer des frustrations opérationnelles et des pratiques d'intervention sous-optimales. Il en va de même pour la prise en charge des urgences vitales.

- ***Optimisation de la prise en charge des urgences vitales***

[461] Par le jeu des deux référentiels, sapeurs-pompiers et transporteurs sanitaires privés sont reconnus tous deux comme légitimes pour intervenir sur des urgences vitales : les sapeurs-pompiers, au titre des départs réflexes dont ils ont l'exclusivité dans le référentiel du 25 juin 2008 et les transporteurs sanitaires, en vertu de leur appartenance aux professions de santé rappelée dans le référentiel du 5 avril 2009.

[462] Cette contradiction apparente doit être l'occasion d'une réflexion locale sur la meilleure répartition de la prise en charge des urgences vitales, dans l'intérêt du patient. Cette réflexion doit dégager une organisation compatible avec les deux référentiels en se fondant sur les missions des acteurs et en prenant en compte les éléments propres à chaque département.

Rappel sur les missions des acteurs[187]

Dans le domaine des secours et soins urgents, la mission première des sapeurs-pompiers est le secourisme : non seulement la compétence secouriste est au cœur de leur formation, mais en outre elle est le motif premier de recours aux SDIS et elle est mobilisée dans la grande majorité des interventions. L'évacuation (transport) n'est que la suite logique de la prise en charge secouriste.

La mission des ambulanciers privés est le transport. Leur formation au secourisme doit leur permettre de faire face à l'évolution de l'état du patient pendant une intervention de transport[188].

La ressource soignante dédiée à l'urgence pré-hospitalière relève des SAMU-SMUR ; les médecins sapeurs-pompiers ou correspondants du SAMU et les infirmiers sapeurs-pompiers peuvent contribuer à la prise en charge médicale et paramédicale des patients dans le cadre de l'aide médicale urgente.

[463] Dans certains départements, le référentiel du 25 juin 2008 a été interprété strictement et les sapeurs-pompiers ont pris en charge la totalité des urgences vitales, ce qui n'est pas contradictoire avec le référentiel du 5 avril 2009, la possibilité d'un recours aux transporteurs sanitaires privés n'étant simplement pas utilisée.

[464] Dans d'autres départements, la contradiction entre les deux référentiels a été résolue par le maintien de la répartition antérieure, reposant souvent sur le critère géographique (voie publique et lieux publics pour les sapeurs-pompiers, domicile pour les transporteurs sanitaires privés).

[465] Cette interprétation respecte l'exclusivité des départs réflexes sapeurs-pompiers sur la voie publique et dans les lieux publics. Elle respecte également le référentiel du 5 avril 2009 en mobilisant les transporteurs sanitaires sur certaines urgences vitales. En toute rigueur, elle ne respecte pas la règle du départ réflexe à domicile mais en pratique, on peut penser que, pour les appels arrivant au CTA en premier, les sapeurs-pompiers continuent à engager leurs moyens en réflexe s'ils pressentent une urgence vitale, quel que soit le lieu où se trouve le patient.

[466] Pour la mission, le message que doivent porter les administrations centrales est que ces deux configurations sont des lectures possibles des deux référentiels. La DGOS et la DGSCGC devraient également indiquer que d'autres articulations sont possibles, pourvu que les autorités locales considèrent que c'est l'organisation la plus efficace et la plus efficiente dans le contexte départemental et que la doctrine d'intervention soit claire pour tous les acteurs et acceptée par tous.

[467] A titre de contribution à la réflexion, la mission propose un autre type d'articulation, en fonction du besoin premier du patient pendant la prise en charge initiale. En cas d'urgence vitale ou de suspicion, les priorités des intervenants non médicaux sont le maintien en vie du patient, dans un état permettant sa prise en charge médicale, et la facilitation de celle-ci :

- si l'appel permet de détecter une pathologie pour laquelle la prise en charge initiale consiste à orienter le patient immédiatement vers le plateau technique de pointe adapté (AVC,…), le choix de l'effecteur doit se faire en fonction de sa capacité à transporter le patient rapidement vers le service qui va le traiter. Cela peut être un VSAV, un transporteur sanitaire, voire un SMUR ou un hélicoptère, en fonction de la disponibilité du moyen, de sa rapidité d'arrivée sur les lieux, de son temps de trajet jusqu'au plateau technique et de l'état du patient ;

[187] Hors associations agréées de sécurité civile, qui n'entrent pas dans le champ du présent rapport.
[188] En Midi-Pyrénées, la convention régionale unique appliquée dans tous les SDIS-SAMU systématise la distinction entre secours et transport. Afin de faciliter le maintien de la couverture opérationnelle et médico-secouriste, lorsque la victime doit être évacuée dans un établissement de soins autre que le plus proche, le SAMU est chargé d'organiser, dans la limite des moyens disponibles, sa prise en charge par un autre vecteur que celui du SDIS.

- dans les autres cas d'urgence vitale, la prise en charge médicale aura lieu soit sur place (SMUR), soit dans le service des urgences le plus proche. Elle peut être utilement préparée par des gestes secouristes et/ou une intervention paramédicale (*cf. infra*). Ce sont les sapeurs-pompiers qui ont alors vocation à être envoyés.

[468] Un tel partage suppose la géolocalisation des moyens (*cf. infra*) et une organisation de la profession ambulancière suffisante qui garantisse disponibilité, réactivité, fiabilité et qualité de réponse, faute de quoi la pratique irait rapidement vers un recours exclusif aux sapeurs-pompiers.

[469] Dans le schéma décrit, sapeurs-pompiers et transporteurs sanitaires privés trouveraient chacun leur place dans la prise en charge des urgences vitales, en fonction de la dominante de l'intervention : secouriste (les sapeurs-pompiers) ou rapidité de transport (l'acteur le mieux placé). Ce schéma est compatible avec les deux référentiels, si l'on veut bien admettre que l'intérêt du patient commande de réinterroger les modes de prise en charge à des fins de rapidité maximale dans les pathologies bénéficiant d'une filiarisation.

- ***Affinement de la liste des situations de départs réflexe***

[470] Les points de l'annexe I du référentiel les plus souvent cités par les acteurs de terrain comme méritant d'être précisés sont le critère voie publique / lieu public / établissement recevant du public et des motifs médicaux trop flous (altération de la conscience, détresse respiratoire). Inversement, pour certains SIS et SAMU, certains types de douleur thoracique pourraient justifier un départ réflexe.

[471] Pour les administrations centrales, le sujet n'est pas d'identifier des situations à ajouter ou à retirer ni des libellés à préciser dans l'annexe I du référentiel, mais d'inviter les acteurs locaux à considérer cette annexe comme une base de travail, qui a fait consensus à un moment donné entre les représentants nationaux mais qui a vocation à être affinée – peut-être élargie dans certains cas mais le plus souvent, restreinte – par une analyse partagée entre le SIS et le SAMU et validée par le directeur général de l'ARS et le préfet. Il devrait être précisé qu'à défaut d'accord local, l'annexe I continue à s'imposer aux acteurs.

[472] Le travail local devrait s'efforcer de concilier les objectifs de réactivité et de fiabilité du dispositif de secours et d'urgence, d'une part, de préservation du potentiel d'intervention pour les cas les plus graves, d'autre part.

Recommandation n°4 : inviter les services locaux à affiner la liste des situations de départ réflexe et à définir une répartition des prises en charge des urgences vitales en fonction du contexte départemental.

[473] Une telle incitation nationale à un travail local sur les situations de départ réflexe revêt une importance particulière sur le critère de la voie publique et des lieux publics, profondément ancré dans la culture d'intervention des sapeurs-pompiers.

[474] Les traumatismes de faible gravité survenant sur la voie publique ou dans les lieux publics ne nécessitent pas forcément le recours aux sapeurs-pompiers. La gratuité de leur intervention, la crainte de l'entourage d'être mis en cause et la facilité à se décharger sur les services publics sont autant de facteurs qui conduisent à solliciter de façon excessive les SIS. Ceux-ci, libérés d'une lecture trop stricte de l'annexe I du référentiel, pourraient trouver un intérêt dans le filtrage de ce type d'appels par une régulation médicale préalable permettant de conseiller l'entourage sans mobiliser d'effecteur ou d'organiser un transport ambulancier si nécessaire[189].

Recommandation n°5 : autoriser les SIS à ne pas intervenir systématiquement sur voie publique et lieux publics pour les cas de traumatologie bénigne.

[189] En revanche, les services de secours intervenus de leur propre initiative devraient mener la mission à son terme.

[475] La réflexion locale sur les interventions dans des lieux publics protégés devrait être éclairée par un rappel sur l'existence de ressources dans les lieux d'accueil du public régis par une réglementation particulière prévoyant la mise en place de locaux et de personnels destinés à prendre en charge les personnes nécessitant une mise à l'écart temporaire (infirmeries en milieu scolaire[190], de travail[191], ou sportif).

[476] Il convient de mobiliser ces compétences infirmières sans considérer que l'évacuation immédiate est nécessairement la meilleure solution, d'autant qu'un service d'urgence peut constituer, pour un enfant notamment, un environnement plus traumatisant que le lieu scolaire au sein duquel il pourrait être maintenu dans l'attente de sa famille.

[477] De même, la réglementation[192] impose une surveillance par un service de sécurité des établissements recevant du public[193] (ERP) pendant la présence de ce dernier. Ces établissements sont tenus de structurer une réponse interne de premier niveau sur la sécurité des biens et des personnes, dont les compétences devraient pouvoir être mobilisées pour les premiers secours.

Le service de sécurité incendie et d'assistance à personnes (SSIAP)

La création d'un SSIAP est obligatoire dans certains établissements recevant du public et les immeubles de grande hauteur. Ses missions portent sur la prévention et la protection contre les incendies et l'assistance à la personne. A ce titre, les agents du service assurent les premiers secours puis l'appel des services de secours et d'urgence et leur accueil sur les lieux[194]. Un diplôme particulier à compétence graduées est attaché à l'exercice de ces fonctions : le SSIAP1 pour les agents du service, le SSIAP2 pour le chef d'équipe et le SSIAP3 pour le chef du service. Les personnels sont des salariés de l'établissement ou d'un de ses prestataires.

[478] L'existence de ces services de première ligne imposée aux ERP fait partie des dispositions visant à faciliter l'action des sapeurs-pompiers ; ces entités sont reconnues comme les correspondants des services de secours, orientées vers la prévention et la prise en charge du risque incendie mais également vers l'assistance de premier niveau aux victimes.

[479] Là aussi, les SDIS et les SAMU devraient, quand ce n'est pas déjà fait, travailler en liaison avec ces SSIAP pour s'assurer de leur degré de conscience des enjeux de secours à personne et de leur rôle de premier niveau dans ce domaine, les dominantes sécurité et incendie risquant de prendre le pas sur les missions de secours. Ils devraient également vérifier la compétence secouriste des personnels des SSIAP et, si besoin, veiller à ce qu'ils acquièrent le niveau minimal de formation indispensable pour qu'ils puissent intervenir efficacement.

[190] Un site académique souligne que le protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement ne prévoit pas la possibilité pour ceux-ci d'assurer par leurs propres moyens le transport d'un élève vers une structure de soins. Leurs obligations se limitent à rechercher une mise en relation rapide des parents de l'élève avec les professionnels de santé de la structure d'accueil.

[191] La médecine du travail propose aux entreprises adhérentes des outils de prise en charge immédiate sur les lieux de travail équipés d'une infirmerie : fiches réflexes pour les secouristes sur les principaux risques professionnels accidentels, procédures de liaison avec les services de secours. Les infirmiers interviennent dans le cadre de l'article R. 4311-14 du CSP. Le code du travail (art R. 4224-16) prévoit qu'en l'absence d'infirmier, l'employeur prend après avis du médecin du travail, les mesures nécessaires pour assurer les premiers secours, en liaison avec les services d'urgence extérieurs.

[192] Article MS46 du règlement annexé à l'arrêté du 25 juin 1980 modifié portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public.

[193] Au sens du code de la construction et de l'habitation, constituent des ERP tous bâtiments, locaux, enceintes dans lesquels des personnes sont admises, soit librement, soit moyennant une rétribution ou une participation, ou dans lesquels sont tenues des réunions ouvertes à tout venant ou sur invitations payantes ou non.

[194] Arrêté du 2 mai 2005 relatif aux missions relatif aux missions, à l'emploi et à la qualification du personnel permanent des services de sécurité incendie des établissements recevant du public et des immeubles de grande hauteur.

[480] L'étape suivante consisterait à définir la répartition des tâches, vérifier la formalisation des procédures d'intervention, réaliser des exercices conjoints, afin d'améliorer les prises en charge tout en protégeant les services publics de sollicitations inappropriées.

Recommandation n°6 : rappeler l'existence de ressources mobilisables pour les premiers secours dans certains lieux protégés et inviter les autorités locales, les SIS et les SAMU à travailler avec ces équipes pour définir la répartition des tâches et ajuster les modalités d'intervention.

4.1.1.4 Légitimer et encourager des pratiques plus efficientes

[481] Plusieurs pistes permettant des gains d'efficience sont identifiées dans les réponses aux questionnaires de la mission. Néanmoins, les acteurs locaux hésitent souvent à les emprunter, soit parce que le cadre national privilégie une autre approche, soit parce qu'elles impliquent une évolution notable des habitudes opérationnelles et qu'ils ne sont pas incités à s'engager dans le changement. Il importe d'adresser un message clair valorisant les meilleures pratiques.

➢ ***Revoir la question des relevages***

[482] Dans le référentiel, les relevages à domicile sont considérés comme devant être effectués par les sapeurs-pompiers. Cette approche mériterait d'être affinée, afin d'optimiser le choix de la réponse pour ce type d'interventions : une régulation préalable systématique par les SAMU permettrait de faire la part entre besoins de prise en charge médicale et simples aides au relevage.

[483] Dans ce deuxième cas, à domicile ou en établissement médico-social, les missions sont avant tout sociales et relèvent des compétences du conseil général. S'il est logique de confier aux SDIS les interventions qui requièrent l'ouverture de portes ou l'emploi de moyens spéciaux, celles qui consistent simplement à aider la personne à se remettre debout ou à regagner son lit pourraient être réalisées par d'autres acteurs, dûment formés.

[484] Si ces relevages simples sans moyens techniques sont pris en charge par le SDIS, en dehors de ses missions légales, ils ont vocation à être tracées dans ses comptes, comme dans les dépenses sociales du conseil général. Ils pourraient aussi être assurés par un service particulier - mais la formule serait coûteuse – ou être confiés à des transporteurs sanitaires, en sus de leurs missions légales de transport avec, après appel d'offres, rémunération spécifique par le conseil général au titre de ses compétences sociales. Cette organisation prévaut aujourd'hui en Haute-Saône par exemple.

Recommandation n°7 : inciter les conseils généraux à mettre en place pour les aides au relevage le mode de prise en charge le plus efficient (service *ad hoc*, interventions des sapeurs-pompiers avec traçabilité dans les comptes du SDIS et du conseil général, marché public avec des transporteurs sanitaires).

➢ ***Elargir la liste des lieux d'évacuation pertinents***

[485] L'évacuation des patients ou des victimes vers le service médical le plus proche adapté à leur état se traduit souvent, sauf pour des pathologies faisant l'objet d'une orientation immédiate vers un service de pointe, par le transport de la personne vers le service des urgences de proximité.

[486] Or, pour des atteintes corporelles de faible gravité (petite coupure…) constatées par les sapeurs-pompiers, une telle pratique, facilitée par l'absence d'avance de frais pour l'usager, ne fait qu'encombrer le service des urgences et surmédicaliser la prise en charge ; il peut s'avérer opportun dans ces circonstances de transporter le patient chez un médecin, qu'il s'agisse du médecin de famille ou de la structure de garde la plus proche.

Recommandation n°8 : élargir les destinations possibles d'évacuation en incluant les cabinets médicaux de ville et les structures ambulatoires (maisons médicales de garde…) pour des cas de faible gravité, sur décision de la régulation.

➤ ***Admettre des équipages allégés sur certaines missions***

[487] L'article R. 1424-42 du CGCT prévoit que le règlement opérationnel départemental fixe les consignes relatives aux différentes missions des SIS, dans le respect d'un effectif minimum de six à huit sapeurs-pompiers pour la lutte contre l'incendie, de trois à quatre pour les missions de secours d'urgence aux personnes et de deux pour les autres missions définies à l'article L. 1424-2 du CGCT.

[488] Le format des équipages détermine les coûts générés et le niveau de sollicitation des sapeurs-pompiers volontaires. Dans la masse des interventions qui ne relèvent pas des missions légales des SDIS (carences, relevages simples à domicile, autres sollicitations de nature médico-sociale ou sociale), l'ajustement de la composition des équipages à la nature du besoin doit être privilégiée.

[489] L'article R. 6312-15 du CSP autorise déjà les sapeurs-pompiers à intervenir à deux pour l'évacuation de victimes de sinistres et dans les situations de carence ambulancière, mais cette possibilité paraît peu utilisée.

Recommandation n°9 : encourager les SIS à utiliser pleinement la possibilité d'équipages à deux (chef d'agrès et équipier) pour les évacuations et les transports sur carence. Etendre cette possibilité aux relevages simples et autres interventions médico-sociales ou sociales.

4.1.2 Aplanir les sources de différends financiers

[490] Le principe de rémunération des interventions d'aide médicale urgente effectuées à la demande du SAMU par le SDIS en dehors de ses missions est posé explicitement par les deux ministres dans la lettre de mission du comité quadripartite. Le référentiel identifie deux missions de ce type : les interventions sur indisponibilité ambulancière et la mise à disposition de moyens (humains et matériels) du SDIS auprès du SAMU. Ces questions appellent des réponses différentes.

4.1.2.1 Indisponibilités ambulancières : mieux caractériser les carences et optimiser le circuit de financement

[491] Mesure décisive pour réduire le nombre d'indisponibilités ambulancières, l'amélioration de l'organisation de la profession des transporteurs sanitaires passe par une mise en œuvre locale plus complète du référentiel du 5 avril 2009 et sera donc développée plus loin. En revanche, les questions relatives à leur caractérisation et à leur circuit de financement appellent des précisions au niveau national.

➤ ***Caractérisation initiale***

[492] Posées par la circulaire conjointe du 26 octobre 2007, les conditions de caractérisation d'une carence ont été confirmées par le référentiel. L'identification s'effectue par le SAMU, au moment où le besoin d'intervention se présente.

[493] Les conditions, cumulatives, concernent à la fois la nature de la mission (non urgente, hors prompt secours, hors voie publique ou lieu public, hors évacuation de victime, hors transports sanitaires programmés) et ses circonstances (défaut de disponibilité des transporteurs privés, totale ou dans des délais compatibles avec l'état du patient, constatée par la sollicitation d'au moins une entreprise). La demande de concours adressée par le SAMU au SIS doit intervenir dans les 15 mn qui suivent l'arrivée de l'appel au CRRA.

[494] En pratique, les SAMU qui jouent le jeu contactent plus d'un transporteur sanitaire avant de solliciter le SDIS, le délai de 15mn le permettant sans difficulté. Le chiffre de trois souvent avancé constitue une base de caractérisation à la fois plus satisfaisante pour les sapeurs-pompiers et pour les transporteurs sanitaires et plus conforme à l'esprit du référentiel qui mentionne l'indisponibilité « des » transporteurs sanitaires.

[495] La mission propose, de fixer à trois par voie réglementaire cette sollicitation préalable pour caractériser une indisponibilité ambulancière, ce qui implique de modifier l'article 3 de l'arrêté du 30 novembre 2006[195].

Recommandation n°10 : fixer à trois le nombre minimal de transporteurs sanitaires à solliciter, avant de faire intervenir le SIS en carence.

- ***Réexamen a posteriori de la qualification***

[496] Les SAMU en négociation critique avec leur SDIS prennent appui sur la circulaire conjointe de 2007 pour refuser toute requalification *a posteriori* des interventions.

[497] La position de la circulaire a le mérite de la simplicité et d'une forme d'objectivité mais elle ne permet pas de prendre en compte deux types de sollicitations indues :

- un recours excessif du SAMU au SDIS pour gagner du temps par rapport à la recherche d'un transporteur. Cette sur-sollicitation indue des sapeurs-pompiers est en principe rémunérée ;
- l'utilisation par le SAMU d'un motif imprécis de l'annexe I du référentiel (altération de la conscience, difficultés respiratoires) alors que le degré d'urgence réel ne justifie pas un départ réflexe. Ceci peut résulter d'un choix volontaire de la part de l'ARM ou d'une erreur sous l'influence d'une description exagérée de la situation par l'appelant. Le SDIS est alors sur-sollicité mais sans indemnisation car ces interventions ne sont pas comptabilisées comme carences et sont considérées comme faisant partie de ses missions.

[498] La mission estime nécessaire d'ouvrir la possibilité d'un réexamen *a posteriori* des situations de carence déclenchées par le SAMU non seulement pour répondre aux sentiments de dévalorisation et de lassitude qu'expriment les SDIS face à une forme de banalisation de leur rôle mais surtout pour placer chaque acteur dans une logique de responsabilité au regard des enjeux d'efficience des moyens qu'ils engagent.

[499] L'analyse pouvant s'avérer lourde, une formule allégée pourrait être envisagée tous les mois ou tous les deux mois, par exemple par tirage au sort de 5 à 10% des dossiers, réexamen détaillé de ces cas, requalification d'une partie d'entre eux et application de la même clef de requalification au reste des dossiers. Ce travail suppose que la transmission des données puisse être réalisée, comme cela se pratique déjà dans certains départements, dans le mois suivant les événements pour que chaque acteur garde la mémoire des interventions.

Recommandation n°11 : ouvrir la possibilité d'un réexamen collégial *a posteriori* et par sondage des situations de carence déclenchées par le SAMU.

[195] Pendant la période de garde, l'indisponibilité de la société de garde suffit à caractériser la carence.

➢ ***Circuit de financement***

[500] Au plan financier, il n'y a pas de certitude que la dotation reçue par l'ARS soit intégralement reversée à l'hôpital, ni ensuite intégralement répercutée vers le SDIS - soit que l'établissement de santé, confronté à des difficultés financières estime qu'il lui revient de couvrir d'autres priorités, soit que sa direction soit en désaccord avec les positions prises par le responsable du SAMU.

[501] Une telle situation constitue une anomalie puisqu'elle se traduit par un défaut d'indemnisation des sapeurs-pompiers pour des interventions ne relevant pas de leurs missions propres et validées conformément à la réglementation. La DGOS a prévu d'imposer un compte rendu de l'utilisation de cette ligne dans le cadre de la réforme de la MIG afin de contrôler l'ensemble de la chaîne de versement.

[502] Plusieurs responsables des deux secteurs ont fait part à la mission de leur souhait de faire prendre en charge le contrôle et le paiement des carences par l'assurance maladie puisqu'il s'agit de remplacer un transporteur sanitaire hors mission des SDIS. La sécurité sociale y trouverait intérêt à nourrir ses projets sur le champ des négociations conventionnelles en lien avec ses actions de maîtrise des transports.

[503] Pour la mission, la priorité en matière de circuit de financement des carences est la mise en œuvre d'expérimentations dans le cadre défini par l'article 66 de la LFSS2012 qui confie à l'ARS, en lien avec la profession, la gestion d'une enveloppe incluant la rémunération de la garde et l'indemnisation des interventions sur carences afin de rendre le système plus efficient.

[504] Toutefois, ces expérimentations étant laissées au libre choix des autorités locales, d'autres questions restent posées, notamment celle du transfert de la charge financière des indisponibilités ambulancières vers l'enveloppe des soins de ville en faveur duquel le comité quadripartite s'était prononcé en 2008. pour les départements qui ne souhaiteraient pas s'engager dans la voie de l'article 66 de la LFSS2012.

Recommandation n°12 : mettre en œuvre les expérimentations de l'article 66 de la LFSS2012.

4.1.2.2 Appui logistique : reconnaître et rémunérer les appuis ponctuels

[505] Les missions légales des SDIS, qu'elles soient effectuées en départ réflexe ou sur demande du SAMU, n'ont pas vocation à être financées par d'autres sources que le budget du SIS. En revanche, quand la sollicitation du médecin régulateur ne porte que sur du transport, fonction qui relève d'une profession particulière, l'intervention assurée par le SDIS doit être financée par l'assurance maladie, qu'elle suive un appel au 15 ou un appel au 18 transféré au SAMU et sur lequel le SDIS n'a pas engagé ses moyens de lui-même.

[506] Pour différencier ces appuis ponctuels de l'appui logistique régulier et donner au médecin régulateur la possibilité de choisir le meilleur effecteur, l'assimilation à l'indisponibilité ambulancière semble pertinente, avec une rémunération au même tarif.

[507] La convention SDIS-SAMU peut également prévoir la possibilité d'un relais, si nécessaire, après l'intervention des sapeurs-pompiers. Il est en effet envisageable, s'agissant notamment des transports longs, de faire appel à un relais ambulancier assurant le transport du patient après départ réflexe des moyens secouristes.

[508] La logique financière ainsi introduite replace chaque acteur dans ses responsabilités : la dimension financière des décisions prises, l'introduction d'un calcul économique sur des alternatives de gestion entre moyens propres et mission confiée à des partenaires, la possibilité pour chaque profession de réfléchir aux méthodes d'optimisation de sa gestion.

Recommandation n°13 : rémunérer les appuis logistiques ponctuels au tarif des carences ambulancières.

4.1.3 Retravailler en profondeur la question des systèmes d'information et de communication

[509] La qualité des systèmes d'information et de communication (SIC) est essentielle pour les deux acteurs et pour leur articulation sur les missions communes. Ce sujet complexe est souvent abordé de manière incomplète et imprécise, derrière des expressions floues comme « plates-formes physiques » ou « plates-formes virtuelles ». La mission suggère de sortir de ces appellations pour appréhender la question des SIC en fonction du degré d'intégration des systèmes (absence de connexion, interconnexion, système commun) dans leurs trois composantes téléphonie, réseau radio et informatique.

4.1.3.1 Rappeler l'importance stratégique de la téléphonie

[510] La téléphonie est l'outil de base des CRRA et des CTA. C'est elle qui permet au grand public d'entrer en contact avec les services de secours et de soins d'urgence. Ces derniers peuvent, à la rigueur, se passer d'informatique et de radio, mais pas de téléphonie. Le référentiel met insuffisamment ce point en lumière. Outre leur importance opérationnelle, les installations téléphoniques sont aussi une source de données d'aide au pilotage.

[511] L'attention portée à la téléphonie implique des actions de diagnostic et d'optimisation locales qui seront développées plus loin (cf. 4.2.1.4).

[512] La mission n'a pas abordé la possibilité d'organiser une réponse commune banalisée regroupant les divers numéros d'appel ni la question des numéros d'appel européens 112 voire 113[196], nouveau débat entre les deux secteurs. Elle note seulement que la fonction de réception des appels gagnerait à s'inspirer des méthodes et standards utilisés par les centres d'appel.

4.1.3.2 Généraliser le déploiement d'ANTARES et concevoir le réseau du futur

[513] L'utilité d'un réseau national de radiocommunications numériques et cryptées est reconnue par tous les acteurs, portée par les directions d'administration centrale conformément aux objectifs d'interopérabilité posés par la loi de modernisation de la sécurité civile de 2004.

[514] Outre les avantages mentionnés par les services en réponse aux questionnaires de la mission (*cf. supra* 2.2.1.1), le réseau ANTARES apporte l'unification des réseaux radio des SIS et des SAMU à l'échelle nationale, l'interopérabilité native ou indirecte avec les réseaux des forces de sécurité, ainsi que la continuité des communications en cas de crise.

[515] Le déploiement du réseau ANTARES doit donc être poursuivi, l'effort portant à la fois sur les départements non encore équipés mais aussi sur l'amélioration de la couverture dans les départements où il existe des trous importants. Cette amélioration de la couverture radio est particulièrement nécessaire dans les zones où le téléphone mobile ne passe pas.

[516] Lorsque le réseau est mis en place dans un département, il importe de coordonner les calendriers afin que SIS et SAMU basculent à des échéances voisines, ce qui permet de faciliter la prise en main du réseau par les utilisateurs et d'optimiser les gains opérationnels.

[196] Projet de numéro d'appel européen d'urgence médicale spécifique à la sphère santé que les urgentistes souhaitent promouvoir pour éviter les confusions d'appel avec le futur 112.

[517] Parallèlement, il serait pertinent que l'équipe chargée du pilotage national du projet ANTARES et de l'infrastructure nationale partagée des transmissions (INPT) qui le porte opère un recensement des difficultés rencontrées par les acteurs de terrain dans l'utilisation du réseau.

[518] Selon les départements, les points portés à la connaissance de la mission ont trait principalement aux trous de couverture, à la ressource en fréquences allouée aux SAMU, aux capacités de transmission de données du réseau ou au besoin d'un complément de formation des utilisateurs (notamment sur les fonctionnalités de transmission de données).

Recommandation n°14 : poursuivre le déploiement du réseau ANTARES en en resserrant le calendrier, en recherchant une bascule conjointe des deux services SDIS et SAMU et en traitant les difficultés signalées d'utilisation du réseau.

[519] La poursuite du déploiement d'ANTARES et le développement de son utilisation effective par les acteurs ne doivent pas masquer l'existence d'un enjeu à horizon 2025-2030 : le passage à un nouveau système radio.

[520] Cette mutation constitue dès aujourd'hui un projet stratégique. Les questions qui se posent dépassent largement la dimension technique (choix d'une solution à l'état de l'art) : quels utilisateurs, avec notamment la question de l'opportunité de l'intégration des transporteurs sanitaires privés dans un réseau de services publics de sécurité et d'urgence (police, gendarmerie, sapeurs-pompiers, SAMU) ? Quels besoins fonctionnels nouveaux, en particulier dans le champ de la transmission d'images ? Quels coûts (investissement et fonctionnement), quelles ressources budgétaires et quel montage financier ?

[521] Une attention particulière doit être portée à la gouvernance du projet, dans l'hypothèse d'un transfert de la gestion de l'INPT de la direction des systèmes d'information et de communication du ministère de l'intérieur vers le service des transmissions et des systèmes d'information de la sécurité intérieure, porteur jusqu'à présent du dossier du réseau radio de la seule gendarmerie nationale. Il importe en particulier que les besoins des services de secours et de soins d'urgence soient pris en compte au même titre que ceux des forces de sécurité et que les SAMU soient traités comme un groupe d'acteurs à part entière et non comme un sous-ensemble de la sécurité civile.

Recommandation n°15 : préparer le cap stratégique du changement de réseau radio à horizon 2025-2030, avec une gouvernance interministérielle assurant la pleine prise en compte des besoins des services de secours et de soins d'urgence.

4.1.3.3 Optimiser et décloisonner les systèmes d'information existants, tout en menant une réflexion interministérielle sur des projets de systèmes nationaux

[522] L'hétérogénéité des choix en matière de systèmes d'information conduit à des systèmes coûteux, peu sécurisés et qui ne favorisent pas la communication entre les acteurs (cf. 3.2.4.2). Les autorités sanitaires cherchent depuis plusieurs années à promouvoir une approche supra-départementale des systèmes d'information. Ces réflexions sont nécessaires et séduisantes mais leur impact doit être bien appréhendé. Dans ce contexte, la mission propose trois orientations.

➢ *Amélioration des systèmes d'information existants et maîtrise des coûts*

[523] Les appels d'offre pour l'acquisition ou le renouvellement de logiciels de traitement des appels et de gestion des moyens doivent, en application du référentiel du 25 juin 2008, faire explicitement référence aux exigences de la marque AFNOR NF-399. Le groupe GT-399 étant la cheville ouvrière du travail de cadrage technique, il est nécessaire que les deux secteurs (sécurité civile et santé) y participent de façon aussi active, afin de garantir la pertinence des choix des sujets et des orientations retenues au regard des enjeux et des contraintes pour les deux types d'acteurs.

[524] Afin d'éviter les coûts induits par un cadrage inutilement large, la mission recommande de veiller à circonscrire les exigences incluses dans les dossiers de consultation aux seules prescriptions du GT-399 relatives aux besoins d'échanges entre les systèmes des acteurs.

[525] Les mêmes exigences pourraient être étendues aux systèmes d'information des transporteurs sanitaires privés pour assurer une interopérabilité complète entre les acteurs.

Recommandation n°16 : renforcer l'interopérabilité des systèmes d'information et la maîtrise de leurs coûts en circonscrivant les exigences normatives incluses dans les appels d'offres aux seuls besoins d'échanges entre les services et en étendant ces prescriptions aux systèmes d'information des transporteurs sanitaires.

[526] Enfin, un élément décisif d'accélération et de sécurisation de la prise de décision opérationnelle est la capacité de géolocaliser les équipages et les véhicules. Les avantages de la géolocalisation sont multiples :

- visualisation d'ensemble immédiate des ressources engagées et des ressources disponibles, ainsi que des distances les séparant du lieu d'intervention ;
- cartographie partagée des ressources des trois réseaux (si les transporteurs sanitaires sont équipés) ou au moins des sapeurs-pompiers et des SMUR, permettant de prendre en compte à la fois les besoins du patient et les risques en termes de couverture terrritoriale dans le choix de l'effecteur à mobiliser ;
- détection précoce de la nécessité de renforts venant d'autres centres de secours (sapeurs-pompiers) ou d'un autre SMUR.

[527] L'insertion d'un module de géolocalisation dans les appels d'offres pour les systèmes d'information de gestion des moyens des SIS et de SAMU pourrait utilement être préconisée par voie de circulaire.

Recommandation n°17 : promouvoir la géolocalisation des moyens dans les appels d'offre locaux.

➢ ***Analyse des avantages et inconvénients de systèmes d'information nationaux***

[528] Les SAMU doivent bénéficier dans les dix prochaines années d'un système d'information national dont la maîtrise d'ouvrage déléguée est confiée à l'ASIP santé[197]. Le choix s'est porté sur le développement d'un système spécifique[198].

[529] Après une pré-étude de faisabilité en 2013 destinée à vérifier les besoins fonctionnels avec les SAMU et l'environnement industriel, l'ASIP a proposé une réalisation en trois phases d'ici 2022 : seize mois d'amorçage (cadrage juridique et financier), trois ans d'élaboration et de test d'un pilote industrialisé sur sept sites, quatre ans de déploiement général par vagues incluant bascule, paramétrage et formation des utilisateurs.

[197] Lettre du Directeur général de l'offre de soins du 22 octobre 2012.
[198] Le PLFSS 2014 inclut un article 57 permettant le financement direct par le FMESPP d'investissements d'envergure nationale portés en maîtrise d'ouvrage déléguée par l'ASIP santé, au bénéfice des établissements de santé.

[530] Ce projet n'a pas d'équivalent pour les SDIS mais la FNSPF par exemple se dit favorable à une réflexion du même type. Le précédent d'ANTARES montre la capacité du ministère de l'intérieur à piloter une infrastructure nationale avec un financement réparti entre les utilisateurs.

[531] Les avantages attendus du nouveau système d'information des SAMU sont sa sécurité et son homogénéité, son interfaçage d'origine avec les autres programmes nationaux (répertoire opérationnel des ressources, dossier médical personnel, messagerie sécurisée de santé) et sa capacité à faire face à une crise nationale[199]. En outre, face à l'atomisation départementale actuelle et à ses conséquences (fragilité des systèmes de secours, coûts de maintenance élevés…), un système d'information national devrait pousser à l'harmonisation des pratiques et invite à l'entrée sur le marché de gros éditeurs, venant d'autres mondes[200], favorisant ainsi la pérennité du produit.

[532] Des projets nationaux n'en comportent pas moins des risques connus[201] : excès d'ambition, inadaptation aux besoins des utilisateurs (non prise en compte de besoins essentiels mal exprimés, traitement trop uniforme de besoins différents en fonction de la taille et de l'activité des services utilisateurs, complexité des réponses apportées), dérive des délais et des coûts. Déjà, le projet national SAMU suscite des questions de la part de services de petite ou moyenne taille, les promoteurs du projet venant de gros départements[202].

[533] Si le projet se poursuit dans sa conception actuelle, il importe de veiller à ce que l'entrée des SAMU dans le nouveau système n'ait pas pour conséquence une régression des échanges avec les SDIS. Il convient également d'éviter que les établissements de santé freinent ou cessent tout investissement informatique dans les SAMU dans l'attente du projet national : les délais de développement de ce système rendent au contraire indispensable un maintien en condition opérationnelle et une mise à niveau régulière des applications actuelles.

[534] Sur un plan plus stratégique, on peut regretter qu'au stade de l'étude d'opportunité et de l'étude de faisabilité, un système partagé avec les sapeurs-pompiers n'ait, semble-t-il, pas été envisagé.

[535] Le caractère tardif ou sommaire des contacts entre l'ASIP Santé et les directions concernées du ministère de l'intérieur (DGSCGC et DSIC) apparaît comme une lacune dans la réflexion initiale, d'autant que la question de l'articulation entre le projet SAMU et les travaux du GT-399 se pose nécessairement. Il ne faudrait pas que chaque ministère essaie d'avoir un outil à sa main (projet national côté santé, certification des logiciels côté intérieur) pour imposer ses vues à l'autre.

[536] Compte tenu des enjeux de coopération quotidienne entre SAMU et SDIS pour la gestion de leurs missions communes, un système commun aurait une logique opérationnelle forte, équivalente au plan informatique à celle développée avec succès dans le domaine de la radio avec le réseau ANTARES. Il pourrait se concevoir soit au plan national (avec les avantages et inconvénients des projets de grande ampleur), soit dans une approche *bottom-up* valorisant des réalisations locales partagées entre les deux services et donnant satisfaction (Aude ou Haute-Savoie par exemple).

---

[199] Lors de la pandémie grippale de 2009, il a fallu développer en urgence un logiciel spécifique de suivi en temps réel.

[200] Notamment les secteurs de la défense ou des télécommunications.

[201] Selon le baromètre publié par le *Standish group* depuis 20 ans, les grands projets sont marqués par 21% d'échecs en 2010, 42% d'objectifs non atteints et seulement 37% de réussite. Ces résultats sont pourtant en amélioration, et atteignent une majorité de réussite pour les projets menés en mode « agile » comme devrait l'être le projet national SAMU. Les analystes soulignent également le critère déterminant d'une maîtrise d'ouvrage structurée.

[202] Loire-Atlantique et Val d'Oise en particulier.

[537] Sous l'angle de l'efficience sur lequel elle est interrogée, la mission pense donc souhaitable de conduire une réflexion similaire dans le champ des SDIS, en prenant en compte le contexte juridique particulier applicable (établissements publics sous tutelle de collectivités territoriales bénéficiant du principe de libre administration). Il conviendrait également de réunir l'ensemble des directions concernées autour d'une analyse interministérielle des enjeux sectoriels et intersectoriels de ces projets.

Recommandation n°18 : conduire une étude d'opportunité sur un système d'information national des SIS, solliciter l'avis de la DGSCGC sur les fonctionnalités de dialogue opérationnel avec les SIS prévues dans le système national des SAMU et confronter ces résultats dans une analyse interministérielle des enjeux, envisageant parmi les orientations stratégiques possibles un système commun SIS-SAMU.

➢ ***Encouragement à la coopération et au décloisonnement***

[538] Dans l'attente des orientations issues des réflexions stratégiques, les autorités locales (préfets et directeurs généraux d'ARS) doivent être invitées à continuer à promouvoir les travaux d'interconnexion visant à assurer le secours des infrastructures informatiques et téléphoniques d'un SDIS par un autre, d'un SAMU par un autre ou entre un SDIS et un SAMU[203].

[539] De même, pour la mission, les mises en réseau des applications au niveau d'une région peuvent être poursuivis, quel que soit le degré d'avancement des projets nationaux, parce qu'ils contribueront à éclairer les besoins et entretiennent opportunément la dynamique de dépassement des visions départementales, indispensable à l'avenir.

4.1.4 Assurer un pilotage national interministériel

[540] Les arbitrages et les prises de position nationaux préconisés plus haut sont indispensables pour clarifier certains points de doctrine et de financement, encourager les démarches d'adaptation locale des référentiels et donner les impulsions structurantes en matière de systèmes d'information. Dans ces décisions lourdes mais aussi au-delà, il appartient à l'Etat de veiller à la cohérence et à la continuité de l'action publique en matière de secours à personne et d'aide médicale urgente.

4.1.4.1 Piloter chaque réseau

[541] Premier volet de la structuration du pilotage national, chacun des deux ministères concernés (intérieur et santé) doit s'investir dans le pilotage du réseau dont il est chef de file.

[542] Certes, les services d'incendie et de secours sont des établissements publics et les services d'aide médicale urgente sont rattachés à des établissements publics, avec l'autonomie qui en découle par rapport aux administrations centrales de l'Etat.

[543] Néanmoins, il apparaît nécessaire de resserrer la relation entre la direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises et les SIS, par l'intermédiaire des préfets et entre la direction générale de l'offre de soins et les SAMU, par l'intermédiaire des ARS et des établissements de santé sièges de rattachement des services concernés.

[203] A savoir la bascule des appels vers un autre CRRA ou CTA si un centre d'appel connaît des problèmes de fonctionnement ou encore une surcharge d'activité.

[544] Inversement, il importe de remettre de la distance entre les administrations centrales et les représentants professionnels nationaux. Les premières n'ont pas à épouser une logique de « coups d'éclat » inspirée par les seconds, dont le dossier de l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes a encore fourni une illustration récente : déclinaison de la volonté présidentielle par le ministère chargé de la santé sans mention des sapeurs-pompiers, développement incident dans le discours du Président de la République au congrès national des sapeurs-pompiers pour redonner à ces derniers une place centrale, médiatisation des inaugurations d'hélicoptères sanitaires… Pour un observateur extérieur, non seulement ce mode d'action est incompréhensible mais surtout, il est inacceptable pour le bon fonctionnement de l'Etat.

[545] Les deux directions, DGSCGC et DGOS, n'ont pas à exercer une fonction de tutelle sur les SIS ou les établissements de santé sièges de SAMU. Leur rôle consiste, d'une part, à définir ensemble des objectifs nationaux cohérents, d'autre part, à aider les autorités locales à disposer des outils leur permettant d'exercer leur mission de tutelle. Sur le second point, la mission formule trois pistes d'action.

- ***Donner aux autorités locales la capacité d'interroger les pratiques opérationnelles et de gestion des SIS et des SAMU***

[546] La première consiste à donner aux préfets et aux directeurs généraux d'ARS et à se donner, au niveau central, la capacité d'interroger les pratiques opérationnelles et la gestion des acteurs. Avec des outils de type déclaratif comme INFOSDIS et la SAE, l'amélioration de la qualité des données passe par :

- la simplification des grilles d'enquête. Ce point est valable surtout pour INFOSDIS, les données saisies dans le volet urgences de la SAE n'étant pas nombreuses. La collecte nationale d'une donnée doit être utile aux membres du réseau pour se situer les uns par rapport aux autres mais aussi au pilote de ce réseau. La publication d'une brochure rassemblant les principaux chiffres n'est pas en soi une action de pilotage, dès lors qu'il ne s'agit que d'une compilation sans vérification de la qualité des sources ;
- l'automatisation d'une part plus importante de la collecte de données. Dans INFOSDIS, la partie opérationnelle pourrait être renseignée par exploitation des informations contenues dans les comptes-rendus des sorties de secours (CRSS), sous réserve de leur harmonisation. De même, une extraction automatique de données des systèmes d'information de ressources humaines et une meilleure utilisation des capacités statistiques des outils de communication (autocommutateurs) devraient être recherchées ;
- le renforcement des contrôles de cohérence, automatiques ou humains. La mise en place de seuils d'alerte représenterait certes un effort de développement mais permettrait de supprimer les erreurs de saisie les plus grossières. Les contrôles humains sont également indispensables : ils permettent de rectifier des erreurs non détectables automatiquement et sont l'occasion d'un échange avec le service répondant. Un accompagnement pendant la campagne de saisie (*hot line*) et un contact téléphonique avec les personnes qui saisissent en cas de manque ou d'incohérence d'une donnée améliorent le taux de réponse et la qualité des données saisies ;
- le fait d'« intéresser » les services répondants à la qualité – réutilisation des données sur un sujet où ils ont intérêt à ce que les données soient correctement saisies. C'est la piste suivie par la DGOS dans sa réforme du calcul de la MIG. Elle pourrait être étendue à d'autres données, notamment dans le cadre d'un dialogue de gestion avec les autorités de tutelle locales ;

- le questionnement des données saisies lors des audits menés notamment par les inspections compétentes. L'idée n'est pas de mettre le service audité en difficulté mais d'avoir un échange avec lui sur la base des informations qu'il a fournies, ce qui permet de détecter et rectifier d'éventuelles erreurs.

Recommandation n°19 : Fiabiliser les bases INFOSDIS et SAE en simplifiant les grilles d'enquête, en automatisant davantage la collecte de données, en renforçant les contrôles de cohérence, en intéressant les services à la qualité des données qu'ils saisissent.

[547] Sur la base de données plus fiables qu'aujourd'hui, la DGSCGC et la DGOS pourraient établir des synthèses nationales conjointes reprenant, pour un sujet donné, l'ensemble des données départementales. Ces synthèses permettraient aux préfets et aux directeurs généraux d'ARS de nourrir un dialogue d'efficacité et d'efficience avec les services placés sous leur tutelle, grâce à des comparaisons interdépartementales, voire interrégionales.

- ***Objectiver la pertinence des choix de prise en charge par des travaux de recherche***

[548] Au-delà de la fiabilisation des données relatives à l'activité opérationnelle des services en charge des secours et de soins urgents, un certain nombre de questions restent aujourd'hui sans réponse claire en ce qui concerne les modalités de prise en charge des patients ou des victimes : pertinence d'étendre à davantage de pathologies les prises en charge par admission directe rapide dans les services de soins spécialisés (avec un minimum de gestes « au pied de l'arbre » et en ne passant pas par un service d'urgence), pertinence de l'administration d'un produit avant transfert aux urgences, apports d'une prise en charge infirmière ou infirmière clinicienne suivant les types d'intervention, analyse des pratiques de sorties et de régulation au regard de l'intérêt du patient ou de la victime…

[549] Ce type de questions devraient faire l'objet de projets de recherche associant des SAMU, des SDIS, des médecins libéraux et des services de soins hospitaliers, dans le respect du cadre juridique de la recherche biomédicale. De tels projets permettraient d'améliorer les connaissances partagées et évaluées des modes d'intervention et d'inclure les diverses catégories de médecins dans ce travail partenarial.

Recommandation n°20 : promouvoir les projets de recherche permettant d'objectiver les avantages et inconvénients de différents modes de prise en charge et d'analyser la pertinence des actes de soins et des interventions.

- ***Aider les autorités locales à croiser et dynamiser les approches dans l'élaboration des SDACR et SROS***

[550] La deuxième recommandation de la mission porte sur la mise en cohérence des SDACR et des SROS. Les efforts déployés sur le territoire pour y parvenir ont montré la difficulté de l'exercice, en partie pour des raisons de différences d'échelle géographique mais aussi pour des raisons de différences d'approche. A cet égard, compte tenu d'une part de l'évolution des risques et des besoins de la population, d'autre part d'un contexte budgétaire de plus en plus strict, il importe de développer une vision prospective et dynamique pour définir une double trajectoire sous contrainte, d'évolution de l'offre de soins et de la couverture des risques.

[551] Aujourd'hui, le SROS s'inscrit déjà dans une telle approche dynamique, mais il devrait s'ouvrir davantage vers le SIS dans son volet urgences, afin de prendre en compte l'ensemble des ressources appelées à participer à l'aide médicale urgente. De son côté, le SDACR doit être repensé comme instrument de projection à cinq ans, afin de devenir un vecteur d'efficience pour les SIS et, dans son articulation avec le SROS, une nouvelle occasion de réflexion conjointe sur l'organisation locale du dispositif de secours à personne et d'aide médicale urgente.

Recommandation n°21 : ajouter au SDACR une dimension prospective et prévoir l'avis préalable de l'ARS avant sa validation par le préfet. Prévoir l'avis préalable des préfets de département avant la validation du SROS-PRS par le directeur général de l'ARS.

[552] Dans l'attente des modifications proposées, qui doivent être portées par des vecteurs législatifs appropriés, instruction devrait être donnée aux préfets et directeurs généraux d'ARS de procéder aux consultations préconisées en plus de leurs obligations légales.

➢ ***Renforcer l'animation des réseaux par les directions d'administration centrale***

[553] La troisième recommandation de la mission est que chacune des deux directions d'administration centrale (DGSCGC et DGOS) assure une réelle animation du réseau de ses correspondants dans les services de l'Etat.

[554] Des réunions régulières de directeurs de cabinet de préfecture par la DGSCGC ou de représentants de directeurs généraux d'ARS par la DGOS permettraient non seulement de faire le point sur la mise en œuvre des plans d'action locaux (*cf. infra*) et de passer les messages de cadrage nécessaires, mais surtout de développer le partage d'expériences et la diffusion des initiatives fructueuses : si des départements sont confrontés à un problème de décompte des carences ambulancières ou de juste positionnement des infirmiers sapeurs-pompiers, d'autres ont résolu ces difficultés ; les bonnes idées de méthode peuvent être transposables et les leviers, être assez proches.

4.1.4.2 Développer une vision politique interministérielle de la réponse aux demandes de prise en charge urgente

[555] Les ministères chargés de l'intérieur et de la santé ont vocation à faciliter et à conforter l'action des autorités locales. Pour ce faire, ils doivent non seulement fixer le cadre, fournir des outils et favoriser les échanges entre services, mais aussi veiller à la cohérence des positions gouvernementales, ce qui implique la définition et le respect d'une ligne interministérielle claire.

[556] La définition de cette ligne politique passe par la réactivation d'un lieu de concertation permettant d'échanger avec les acteurs et de résoudre certaines difficultés locales par un dialogue national. Telle était la vocation du comité de suivi imaginé par les auteurs du référentiel de 2008 mais il n'a pas réussi à tenir ce rôle.

[557] Ce constat d'échec n'invalide pas la pertinence de tels lieux de concertation. En revanche, il invite à modifier certaines modalités de mise en œuvre :

- le rythme des réunions : la restauration d'une meilleure compréhension mutuelle exige une fréquence de réunion du comité national de suivi plus soutenue. Sans atteindre celle qui s'était imposée pendant la phase d'élaboration du référentiel, elle pourrait être de trois réunions par an, le temps de relancer la dynamique ;
- l'élargissement du comité national de suivi aux organisations nationales représentatives des transporteurs sanitaires privés, afin de restaurer une approche opérationnelle globale au niveau national. En tant que de besoin, deux collèges pourraient être mis en place à l'instar de ce qui existe au niveau local dans les CODAMUPS-TS, afin de ne pas aborder tous les sujets en réunion plénière ;
- la mise en place d'une instance de concertation entre les « financeurs » : il manque aujourd'hui des rencontres régulières entre les financeurs du secours à personne et de l'aide médicale urgente. L'instance proposée réunirait, outre les deux ministères concernés, l'assemblée des départements de France, l'association des maires de France et la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Recommandation n°22 : redynamiser le comité de suivi du référentiel et élargir sa composition aux représentants des transporteurs sanitaires. Créer une instance de concertation entre les financeurs du secours à personne et de l'aide médicale urgente, réunissant les ministères chargés de la santé et de l'intérieur, l'ADF, l'AMF et la CNAMTS.

[558] En cas de divergences, il appartient à l'Etat d'arbitrer en dernier ressort. Cette fonction peut être délicate lorsque les administrations concernées ne sont pas d'accord entre elles. Dans ce cas, il ne faut pas hésiter à solliciter le cabinet du Premier ministre pour faire jouer les processus d'arbitrage interministériel, ce qui ne paraît pas toujours avoir été le cas jusqu'à présent sur le sujet du secours à personne et de l'aide médicale urgente.

[559] Pour faciliter les arbitrages, il pourrait être pertinent d'identifier le sujet des secours et soins urgents dans le portefeuille de l'un des conseillers du cabinet du Premier ministre. Une autre piste, entendue par la mission, consisterait à créer un délégué interministériel rattaché au Premier ministre, à l'instar de ce qui a été mis en place, avec succès, en matière de sécurité routière ou de lutte contre les drogues et toxicomanies. Si une telle organisation offre l'avantage de la continuité d'action en cas de changement de gouvernement, elle présente aussi deux inconvénients importants : un alourdissement de l'organisation administrative et un risque de désinvestissement des deux directions concernées. Elle ne devrait donc être envisagée qu'en dernier recours, si toutes les tentatives de travail conjoint échouaient.

Recommandation n°23 : mobiliser les processus d'arbitrage interministériel en cas de divergence persistante entre les ministères chargés de la santé et de l'intérieur.

4.1.4.3 Informer et sensibiliser la population

[560] Le calage de la ligne interministérielle devrait se concrétiser par des actions à destination de la population et des acteurs économiques et sociaux qui doivent apprendre le bon usage des services de secours et de soins d'urgence.

[561] La première action devrait être une campagne d'information et de sensibilisation sur l'utilisation des numéros d'urgence, au lieu des initiatives non coordonnées conduites jusqu'à présent. Cette campagne devrait à la fois expliquer quel numéro appeler en fonction du type d'urgence et sensibiliser la population sur le fait que le maintien d'une réponse de qualité ne sera possible que si chacun joue son rôle, prend ses responsabilités et n'a recours aux services spécialisés qu'à bon escient. Elle pourrait notamment s'inspirer de l'expérience de campagne commune 15-17-18 menée par la préfecture de police et la Ville de Paris en 2008.

Recommandation n°24 : réaliser une campagne nationale d'information et de sensibilisation sur l'utilisation des numéros d'urgence.

[562] Prolongement naturel du message précédent, les formations du grand public au secourisme devraient être relancées, que ce soit pour les adultes, dans les programmes de formation continue des entreprises ou pour les enfants, au niveau scolaire (écoles et collèges).

[563] Dans le primaire notamment, des opportunités existent de monter des formations dans le cadre de la réforme des rythmes scolaires et des activités périscolaires que les municipalités cherchent à mettre en place. Les sapeurs-pompiers, mais aussi les associations agréées de sécurité civile pourraient être mobilisées pour assurer ces formations, terreau d'une responsabilisation des jeunes générations, du développement de leur engagement citoyen dans le volontariat et d'une évolution des comportements.

Recommandation n°25 : relancer les formations au secourisme, dans le cadre de la formation continue pour les adultes et des activités péri-scolaires.

4.2 Définir des plans d'action départementaux et régionaux à trois ans en fonction des spécificités locales

[564] L'effort de cadrage et d'ouverture attendu du niveau central vise à donner aux autorités territoriales la capacité de définir, en concertation avec les acteurs opérationnels, les modalités de mise en œuvre des deux référentiels les plus adaptées, par un croisement du cadre et des principes généraux avec les spécificités locales (territoire, population, système de santé, maillage des sapeurs-pompiers, compétences disponibles…).

[565] Chaque grand volet de l'organisation des secours et soins d'urgence doit ainsi être réinterrogé à la lumière des précisions apportées, qu'elles aillent dans le sens d'une normalisation ou qu'elles invitent à l'utilisation de toutes les marges d'interprétation existantes. Cette réflexion doit se traduire par un plan d'actions à trois ans, élaboré de manière concertée par les acteurs opérationnels sous l'égide des autorités territoriales.

4.2.1 Identifier les axes d'amélioration prioritaires

[566] Les actions susceptibles d'être menées sont nombreuses. Leur degré d'importance et d'urgence n'est pas le même d'un département à l'autre. Elles s'articulent autour de six grands axes : la définition de doctrines partagées, l'implication de la profession ambulancière, le travail sur l'aval des interventions, les systèmes d'information, les implantations immobilières et les actions destinées à favoriser une meilleure compréhension mutuelle. Pour chacun de ces axes, des actions précises et un niveau de priorité doivent être déterminés.

4.2.1.1 Définition de doctrines partagées

[567] La définition d'une doctrine locale d'intervention doit permettre de clarifier la nature de la réponse à apporter en fonction des demandes de la population et le dimensionnement de la réponse. Elle doit être complétée par une doctrine d'emploi des ressources humaines les plus rares, c'est-à-dire des médecins et des infirmiers.

➤ *Doctrine d'intervention*

[568] Le travail conjoint sur la doctrine d'intervention est à la fois la pierre angulaire de la construction d'un dispositif de réponse efficace et efficient et, dans les départements où une coopération de qualité s'est mise en place depuis parfois plus de dix ans, le ciment des bonnes relations entre acteurs.

[569] La doctrine d'intervention peut en effet être différente d'un département à l'autre, suivant notamment les habitudes de la population en matière de recours aux services de secours et soins d'urgence, le maillage territorial des sapeurs-pompiers et des SMUR, leur niveau d'activité (proche de la saturation ou non), l'évolution prévisionnelle de leurs ressources, l'équilibre entre sapeurs-pompiers professionnels et volontaires, la pérennité de la ressource volontaire, la disponibilité ou non de moyens héliportés, le degré de structuration de la profession ambulancière, les relations entre SIS et SAMU et entre SAMU et transporteurs sanitaires privés

[570] La définition d'une doctrine ne se conclut pas forcément en une seule phase car du temps peut être nécessaire pour que les esprits mûrissent. En cas de blocage, l'important est de préserver une dynamique autour d'autres projets (systèmes d'information, gestion de l'aval des interventions, relations avec les services sociaux du conseil général,…).

[571] L'aboutissement du travail sur la doctrine d'intervention peut être la rédaction d'un document commun ou l'établissement de logigrammes partagés d'engagement des moyens, qui seront utilisés de la même façon par le CTA et le CRRA, la réponse apportée au patient ou à la victime devant être indépendante du numéro d'appel composé en premier. Les systèmes d'information peuvent alors être un instrument de consolidation et de pérennisation de ces doctrines partagées, si elles sont traduites informatiquement dans les systèmes du CTA et du CRRA.

[572] Un SIS et un SAMU peuvent aller jusqu'à se déléguer mutuellement la capacité d'engager leurs moyens – pour les appels présentant un degré d'urgence élevé -, alors même que la maîtrise par chacun de ses moyens constitue une revendication forte dans les deux réseaux. La Haute-Savoie a mis en place une telle délégation, signe d'une grande maturité de la relation entre sapeurs-pompiers et urgentistes haut-savoyards. Une délégation similaire existe aussi dans l'Aude, grâce au regroupement dans les mêmes locaux de deux services qui s'entendent bien, mais l'outil commun d'aide à la décision est encore en projet (intégration dans le logiciel d'alerte en 2014).

Recommandation n°26 : ouvrir ou réactiver un chantier local d'élaboration ou d'affinement d'une doctrine d'intervention partagée et pérenniser ces doctrines en assurant leur traduction dans les systèmes d'information des deux services.

➤ *Identification des ressources médicales et paramédicales et doctrine d'emploi*

[573] Au-delà des enjeux de transparence entre SIS et SAMU, la connaissance précise des ressources médicales et paramédicales constitue pour les préfets et les directeurs généraux d'ARS un impératif dans une perspective de gestion de crise.

[574] Cette connaissance ne peut reposer sur le libre choix d'un médecin ou infirmier hospitalier de faire connaître à son employeur son engagement de sapeur-pompier volontaire, dès lors que cet engagement mobilise ses compétences professionnelles en dehors de son cadre de travail. Si les besoins sanitaires augmentent brutalement, il ne peut être que sur un front à la fois.

Recommandation n°27 : établir, sous la coordination de l'ARS, les listes de médecins et d'infirmiers sapeurs-pompiers volontaires et communiquer à chaque établissement de santé la partie de la liste concernant les effectifs dont il est l'employeur.

[575] Ces listes doivent comprendre pour chaque médecin ou infirmier volontaire un ordre de mobilisation en cas d'engagements multiples (salarié d'un établissement de santé avec priorité absolue à l'employeur, sapeur-pompier volontaire, réserviste sanitaire, membre d'une association agréée de sécurité civile…). Elles doivent en outre préciser ceux qui acceptent de sortir en intervention et, le cas échéant, les infirmiers habilités à mettre en œuvre des protocoles.

[576] La connaissance de la ressource ouvre la voie à une réflexion conjointe sur les possibilités d'amélioration de la couverture des secteurs géographiques éloignés des SMUR et dépourvus de médecins sapeurs-pompiers prêts à sortir pour de l'aide médicale urgente et de médecins correspondants du SAMU.

[577] La doctrine d'emploi des infirmiers doit également prendre en compte d'autres critères (effectifs infirmiers, répartition géographique, capacité à monter des gardes ou astreintes pour assurer une disponibilité réelle en cas de sollicitation par le SAMU, maturité du SAMU dans la reconnaissance de la ressource infirmière des sapeurs-pompiers, contenu et modalités de mise en œuvre des protocoles infirmiers de soins d'urgence et d'antalgie…).

[578] Il peut en résulter pour les infirmiers sapeurs-pompiers des positionnements différents d'un département à l'autre :

- spécialisation dans les missions internes du SSSM ou orientation aussi vers les interventions ;
- mobilisation ou non en appui pour sécuriser des équipes secouristes peu aguerries ;
- en cas d'intervention externe, envoi surtout sur du soutien opérationnel ou également pour une prise en charge paramédicale de patients ou de victimes ;
- emploi comme maillon de lever de doute (qualité du bilan), ou en avant-coureur du SMUR ou en substitution de celui-ci (compétences soignantes) ;
- utilisation en zone rurale ou, de façon exceptionnelle, en zone urbaine pour un gain de temps démontré, ou encore implantation saisonnière en fonction de la fréquentation touristique ;
- valeur ajoutée principale sur des cas de gravité moyenne pour soulager la douleur ou plutôt sur les urgences vitales pour préparer la prise en charge médicale.

[579] A ces différents types de mission correspondent des modes d'engagement différents : le CTA est seul en capacité d'apprécier la nécessité de mettre en place un dispositif de soutien opérationnel ; il est aussi le seul à connaître finement les équipes secouristes et à pouvoir déterminer s'il faut épauler un équipage par la présence d'un infirmier. En ce qui concerne les interventions de soins, l'engagement d'un infirmier peut être opéré par le CTA sur demande du CRRA mais aussi par le CTA sur des situations de départ réflexe préalablement définies.

[580] Quelle que soit la doctrine d'emploi définie par le SIS, elle doit être formalisée, ce qui est rarement le cas aujourd'hui. Certes, l'exercice est difficile avec un effectif largement composé de volontaires. Mais, précisément, la doctrine d'emploi ne peut rester la même si le niveau du volontariat ou la répartition géographique des infirmiers évoluent notablement. Il importe donc d'être en capacité de détecter ces évolutions et d'adapter la doctrine en conséquence.

Recommandation n°28 : expliciter la doctrine d'emploi des infirmiers sapeurs-pompiers et la faire valider en conseil d'administration du SDIS, après discussion avec le SAMU et avis de l'ARS.

[581] Le conseil d'administration doit pouvoir se prononcer sur les motifs d'engagement en intervention des infirmiers sapeurs-pompiers, sous un angle d'opportunité opérationnelle et sous l'angle financier, une intervention générant des coûts de personnel, de fournitures (médicaments, dispositifs médicaux…), voire d'investissement (acquisition de véhicules légers infirmiers).

[582] Si la doctrine d'emploi prévoit la possibilité d'interventions d'infirmiers sur la base de protocoles de soins d'urgence ou d'antalgie, ceux-ci devront être établis ou révisés en fonction des protocoles nationaux de référence (*cf. supra*). L'approche la plus fructueuse pour la déclinaison locale des protocoles nationaux serait qu'elle soit faite conjointement par le SDIS et le SAMU. Ce serait le meilleur gage d'un recours effectif aux infirmiers sapeurs-pompiers par le SAMU.

[583] Dans les départements où le SAMU est encore trop réticent sur le sujet, il appartiendra au SDIS d'adapter les protocoles nationaux en fonction du contexte départemental et aux autorités locales d'organiser la concertation entre le SDIS et le SAMU pour progresser vers une reconnaissance du potentiel infirmier et son utilisation optimale dans le département.

[584] Les recommandations de la mission concernant l'activité des infirmiers sapeurs-pompiers ne visent pas à brider leur potentiel opérationnel, mais au contraire à le valoriser et à le pérenniser : sa valorisation passe par une vraie reconnaissance par le SAMU, qui ne peut qu'être facilitée par un cadre de doctrine plus clair, plus bordé et plus homogène. Sa pérennisation passe par le soutien des financeurs aux initiatives de mise en place d'une capacité de réponse infirmière. Le contexte budgétaire va de plus en plus pousser conseils généraux, conseils municipaux et préfets à demander la justification des choix de positionnement opérationnel des SDIS.

[585] Aux yeux de la mission, il est temps de passer du stade des initiatives un peu foisonnantes et désordonnées à celui de l'organisation rationnelle, avec une insertion raisonnée dans le dispositif d'aide médicale urgente.

4.2.1.2 Implication de la profession ambulancière

[586] Les conventions SAMU-ambulanciers et les protocoles tripartites prévus par la circulaire du 14 octobre 2009 précitée méritent aujourd'hui une attention particulière, la définition de la place des transporteurs sanitaires privés étant une condition de bon fonctionnement global de l'aide médicale urgente et, dans certains départements, de bonnes relations entre SAMU et SIS.

[587] Sur le terrain, la répartition des missions serait parfois différente si l'offre ambulancière était régulière et fiable. Un tel rééquilibrage serait bénéfique à la fois pour les ambulanciers (chiffre d'affaires accru dans le champ de l'urgence), les SDIS (déchargés de missions de transports qui obèrent leur capacité de secours), les SAMU (qui disposeraient d'une capacité de réponse diversifiée), la relation SIS-SAMU et surtout, les patients pris individuellement et ensemble

➤ *Amélioration de la disponibilité ambulancière en journée*

[588] En majorité, les indisponibilités des transporteurs sanitaires sont enregistrées en journée les jours ouvrés. L'effort d'organisation doit donc porter en priorité sur cette période.

[589] La première piste d'action est la mise en place effective d'un coordonnateur ambulancier, permettant d'entrer dans un cercle vertueux : la fluidification de la recherche conduit à davantage de sollicitations, d'où une amélioration de l'équilibre économique de l'urgence pré-hospitalière pour les transporteurs les incitant à s'y investir, ce qui réduit la part des indisponibilités,…

[590] Dans les départements où ils ont perçu la dynamique positive susceptible de s'enclencher, les ambulanciers assurent eux-mêmes le financement du coordonnateur s'ils le peuvent. Ailleurs, une part de financement public peut constituer une incitation et un appui précieux pour une mise en place prioritaire en journée, à étendre par la suite 24h sur 24 si cela s'avère opportun.

[591] L'appui financier peut se concrétiser par une simple aide au démarrage. Les ambulanciers font le pari qu'au bout de quelques années, l'effet structurant du coordonnateur aura permis d'accroître le nombre de sollicitations du SAMU - donc d'autofinancer le coordonnateur par la suite -. Le SAMU et l'ARS espèrent, eux, que l'amélioration de la disponibilité et de la fiabilité de la réponse ambulancière entraînera une baisse mécanique du volume des carences.

[592] L'accompagnement public peut aussi, à l'instar de ce qui se pratique en Rhône-Alpes, prendre la forme d'un engagement réciproque des parties, le soutien financier étant accordé en contrepartie d'engagements précis de réduction des carences. Un tel dispositif, plus complexe car il doit faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation annuelle, est également plus pilotable.

Recommandation n°29 : accompagner les transporteurs sanitaires dans la mise en place d'un coordonnateur ambulancier avec un niveau de financement défini en fonction des engagements pris par la profession.

[593] Le coordonnateur devant avoir les moyens de son action, la mission recommande un investissement dans la géolocalisation des véhicules et un partage en temps réel avec le SAMU. La mission recommande également que le SIS ait la vision des moyens des transporteurs sanitaires, dans un souci de transparence et d'objectivation des situations.

Recommandation n°30 : développer la géolocalisation des véhicules des transporteurs sanitaires, partagée avec le SAMU et ouverte en consultation au SDIS.

[594] Par ailleurs, deux types de mesures pourraient être mises en œuvre pour dégager de la disponibilité ambulancière et la rendre plus utilisables dans le champ de l'aide médicale urgente. Le premier concerne le fonctionnement hospitalier et le second, celui du SAMU :

- - un lissage de l'activité programmée des ambulanciers, afin de limiter son effet d'éviction sur les interventions non programmées. L'étalement des sorties hospitalières sur la journée, demandée par trois fédérations de transporteurs sanitaires dans un document stratégique conjoint[204], nécessite une analyse d'impact avec les établissements de santé. Dans un premier temps, elle pourrait être expérimentée dans des établissements volontaires, en lien avec l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation des transports programmés ouverte par la LFSS 2014[205] ;
- - une sensibilisation des SAMU à l'importance de la formulation d'une exigence de délai d'intervention prenant en compte de manière précise l'état du patient permettrait parfois de « détendre » le délai imparti pour la prise en charge. Ceci aurait pour effet de réduire mécaniquement le nombre de carences ambulancières, une indisponibilité n'étant pas toujours absolue, mais souvent le constat d'une incapacité à intervenir dans le délai fixé par le SAMU.

Recommandation n°31 : sensibiliser les SAMU à l'importance d'une formulation de l'exigence de délai d'intervention adaptée à l'état du patient.

- *Participation à la garde départementale*

[595] Le dispositif juridique relatif à la garde départementale ne paraît pas respecté partout, comme en témoigne une contribution reçue par la mission, qui fait état d'une persistance locale de la grève de la garde les jours fériés lancée à l'échelle nationale par les transporteurs sanitaires privés en 2012. Compte tenu des enjeux pour les patients et des sommes engagées dans les seuls forfaits, il importe de veiller à l'opérationnalité du dispositif de garde, dans sa forme actuelle ou dans une forme rénovée.

[596] Pour ce faire, les directeurs généraux d'ARS peuvent s'appuyer sur les pistes du rapport Eyssartier (redéfinition des secteurs de garde, modularité en fonction des tranches horaires), tout en optimisant les tarifs dans le cadre ouvert par la LFSS2012. Une telle démarche permettrait de remédier aux critiques formulées à l'encontre de la garde par les autorités locales (poids financier des forfaits pour une activité parfois faible) et les ambulanciers privés (équilibre économique non assuré). Elle permettrait en outre de prendre en compte l'exigence d'une capacité d'intervention en moins de 30 mn en tout point du secteur à partir d'un lieu de garde unique.

---

[204] Plan stratégique 2012-2015. Fédération nationale des artisans ambulanciers, Fédération nationales des ambulanciers privés, Fédération nationale des transporteurs sanitaires.

[205] L'article 31 de la LFSS2014 permet à un établissement de santé d'organiser les transports qu'il prescrit en négociant avec les professionnels des modalités plus économiques de transport (autre véhicule, covoiturage,…) tout en gérant différemment les entrées-sorties de façon à améliorer l'activité et le remplissage des véhicules de transport sanitaire.

[597] Dans les cas où cela ne suffit pas, les préfets disposent d'un pouvoir de réquisition pour compléter le tableau de garde.

[598] Les ARS doivent aussi ne pas hésiter à mettre en œuvre les sanctions prévues en cas de non-respect de ses obligations par une entreprise (refus réitéré de participation à la garde, impossibilité non justifiée de joindre le professionnel pendant sa garde…). Ces sanctions devraient être explicitées dans le cahier des charges départemental de la garde ambulancière. Elles peuvent être financières (non versement du forfait de garde), voire juridico-économiques (retrait temporaire ou définitif de l'agrément de transporteur sanitaire, après avis du CODAMUPS-TS[206]).

Recommandation n°32 : assurer l'opérationnalité de la garde départementale par une adaptation des secteurs et du dimensionnement horaire en fonction des besoins locaux. Si nécessaire, utiliser le pouvoir de réquisition des préfets et le dispositif de sanctions existant.

4.2.1.3 Travail sur l'aval des interventions avec les établissements de santé

[599] Pour de nombreux services d'incendie et de secours, l'allongement des trajets en cas d'évacuation vers un établissement de santé induit des difficultés opérationnelles : mobilisation trop longue des véhicules et des équipages, affaiblissement de la capacité de réponse pendant la période d'absence de l'équipage et du véhicule, risque de démotivation des sapeurs-pompiers volontaires, réticences des employeurs à les laisser partir pour des interventions longues dans lesquelles le transport prend une place prépondérante.

[600] L'allongement des distances n'est pas sans incidence également sur l'organisation et la capacité de réponse des transporteurs sanitaires privés, tout en restant plus acceptable sous réserve d'un bon équilibre entre le forfait de prise en charge et l'indemnité kilométrique.

[601] Ni les deux acteurs, ni le SAMU n'ont de réelles marges d'action pour limiter la tendance à l'allongement des trajets, liée à l'évolution de l'offre de soins, à la politique de filiarisation, au regroupement des plateaux techniques destiné à assurer la qualité des prises en charge en maîtrisant les coûts (spécialisation), parfois aussi à la fermeture de services d'urgences ou des maternités.de proximité.

[602] En revanche, il serait souhaitable que sapeurs-pompiers et transporteurs sanitaires privés soient associés aux réflexions de l'ARS sur les urgences pré-hospitalières et à l'élaboration du volet urgences du SROS. Ils pourraient, dans ce cadre, exposer leurs contraintes propres et bénéficier d'une information précoce sur les évolutions à venir de la carte sanitaire, afin d'en anticiper les conséquences sur leur activité.

[603] Si les sapeurs-pompiers et les ambulanciers privés doivent adapter leurs modes d'intervention en fonction de l'évolution des stratégies sanitaires de prise en charge, inversement, le système de santé peut et doit essayer de simplifier leur action. C'est une marque de respect pour les compétences mises en œuvre par chacun. C'est aussi une condition de préservation de la disponibilité des équipages et des véhicules.

[604] Un point clef doit faire l'objet d'un diagnostic différencié et d'une amélioration là où c'est nécessaire : il s'agit des délais de prise en charge aux urgences. Tant les sapeurs-pompiers que les ambulanciers privés se plaignent du temps d'attente à l'arrivée dans certains services d'urgence. Pour les transporteurs sanitaires, l'immobilisation d'un véhicule et de son équipage pendant parfois un temps supérieur à celui de l'intervention représente un manque à gagner économique non rattrapable. Pour les sapeurs-pompiers, elle obère inutilement la capacité d'intervention, affaiblissant la protection du territoire défendu par le centre de secours qui a engagé les moyens.

[206] Article R. 6312-5 du CSP.

[605] Il ne s'agit pas d'un problème général : dans certains établissements de santé, la passation de suites entre l'équipe qui amène le patient ou la victime et celle qui le prend en charge aux urgences s'effectue dans des conditions tout à fait acceptables. Dans ceux où les délais sont plus longs, les équipes qui transportent font clairement la différence entre les sites où l'impatience les gagne parfois et ceux où les délais sont systématiquement excessifs.

[606] A titre d'exemple, dans le Nord, sur l'ensemble des services d'urgence du département, le SDIS considère qu'il y en a un qui constitue un problème majeur. Dans un autre, les délais étaient très longs jusqu'à ce qu'une réflexion interne conduise à une amélioration spectaculaire par de simples mesures d'organisation – sans modification profonde de la configuration immobilière ni renforts en ressources humaines. Cet exemple montre que les points noirs sont connus et pas forcément très nombreux, et qu'un certain nombre de difficultés peuvent se résoudre assez simplement, pour peu qu'une volonté en ce sens se manifeste.

[607] Un établissement de santé peut avoir du mal à percevoir l'acuité des répercussions négatives sur les sapeurs-pompiers et les transporteurs sanitaires de conditions d'accueil défavorables aux urgences, tant il a de questions de prise en charge à traiter pour l'ensemble de ses services et tant les difficultés internes à certains services d'urgence sont multiples et aiguës.

[608] Il appartient à l'ARS de mener, avec les SIS et les transporteurs sanitaires privés, le travail d'identification des améliorations prioritaires et de les positionner comme telles dans son dialogue de gestion avec les établissements de santé concernés.

Recommandation n°33 : identifier les services d'urgence dans lesquels les délais de prise en charge des patients transportés sont régulièrement trop longs et apporter les améliorations locales pertinentes.

4.2.1.4 Systèmes d'information et de communication

[609] Les grandes orientations ayant été fixées au niveau national (*cf. supra*), il appartient aux acteurs de terrain d'identifier les chantiers techniques à ouvrir et leur ordre de priorité. L'analyse doit être menée sur les trois grandes composantes de ces systèmes.

➢ *Téléphonie*

[610] Dans le domaine de la téléphonie, chaque acteur devrait réaliser un diagnostic technique sous l'angle opérationnel (âge des autocommutateurs, existence ou non d'un équipement commun ou d'une interconnexion permettant de bénéficier de fonctions basiques mais cruciales comme le partage du numéro du primo-appelant…) et sous l'angle du pilotage (possibilités d'extraction automatique de données d'activité - volumétrie d'appels, durées, transferts,…).

[611] Sur la base de ce diagnostic, plusieurs actions seront susceptibles d'être engagées : renouvellement du matériel, avec le cas échéant des achats mutualisés, interconnexion effective, enrichissement ou automatisation des tableaux de bord.

[612] L'étape suivante, avec des outils techniques suffisamment performants et des services familiarisés avec les restitutions, consiste à développer une analyse et une approche prévisionnelle de l'activité en fonction de l'observation pluriannuelle de phénomènes récurrents (pathologies hivernales, grandes fêtes, événements sportifs de grande ampleur…).

[613] Une telle capacité d'anticipation est précieuse, à la fois opérationnellement et en termes d'efficience, car elle permet de définir à l'avance les effectifs à mobiliser pour le traitement des appels au CTA et au CRRA et dimensionner gardes et astreintes pour faire face aux besoins.

Recommandation n°34 : après diagnostic des performances opérationnelles de l'installation téléphonique, utiliser ses fonctionnalités pour piloter l'activité et développer une approche prévisionnelle par une analyse pluriannuelle des volumes et types d'appels.

➢ *Communications radio*

[614] Une fois le déploiement du réseau ANTARES réalisé, sur la base d'une programmation nationale mise en œuvre au niveau zonal, c'est dans l'utilisation du réseau que des améliorations sont possibles, notamment par la définition d'une doctrine d'emploi de la radio et un travail commun sur des sujets concrets comme le renseignement des statuts, la passation des bilans par radio, le développement des bilans simplifiés dans les situations prévues par le référentiel…

Recommandation n°35 : travailler sur des points clefs d'amélioration de l'utilisation opérationnelle de la radio (statuts, bilans complets, bilans simplifiés…).

➢ *Informatique*

[615] L'informatique offre pour les SIS et les SAMU, des opportunités de traduction de doctrines d'intervention et d'emploi des ressources humaines partagées.

[616] Au plan technique, la mission ne peut que rappeler l'importance qui s'attache à l'adoption d'un même système d'information dans les deux services ou, à défaut, à leur interconnexion. Tout a déjà été écrit sur les gains d'efficacité et d'efficience à attendre d'une telle intégration (gains de temps, homogénéité du traitement des appels, traçabilité, qualité de la réponse, réduction des risques de sorties à tort, fiabilité des données…).

[617] Dans les départements où l'interconnexion est déjà réalisée, il convient de veiller à éviter des régressions fonctionnelles en cas de changement de version chez l'un des acteurs. A cette fin, les mises à niveau logicielles, notamment à des fins de compatibilité avec les prescriptions les plus récentes du GT-399, devraient être synchronisées, sous le contrôle des autorités locales dans le cadre d'une programmation pluriannuelle de la modernisation des systèmes d'information.

Recommandation n°36 : synchroniser les changements de version logicielle dans les systèmes de traitement des appels des deux services.

4.2.1.5 Implantations immobilières des centres d'appels

[618] Les questions immobilières peuvent, comme les systèmes d'information et de communication, fournir l'occasion d'un projet commun, permettant de progresser dans la coopération interservices et d'améliorer la qualité globale du dispositif.

[619] Le regroupement des centres d'appels du SIS et du SAMU en un même lieu ne constitue ni une condition nécessaire, ni une condition suffisante pour établir ou maintenir une relation de qualité entre les deux services. La relation peut être bonne avec des plates-formes physiquement séparées ; *a contrario*, elle peut être mauvaise, ou plutôt, se dégrader au fil du temps une fois le regroupement opéré.

[620] Compte tenu des coûts de construction, d'équipement et d'installation de locaux réunissant CTA et CRRA, ainsi que de la situation budgétaire des SIS et des établissements de santé sièges de SAMU, la mission estime que la question d'une implantation commune ne se pose que s'il existe un besoin immobilier des deux côtés (rénovation complète, déménagement, extension…)[207].

[207] La Cour des comptes insiste pour sa part sur l'intérêt d'une approche de la coopération par les locaux (Rapport thématique de novembre 2011 précité), ainsi que le Sénat (Rapport d'information du 21 novembre 2013 pour le Sénat)

[621] Si un service vient d'emménager dans de nouveaux locaux, non susceptibles d'accueillir le centre d'appels de l'autre, ou si les deux sont installés dans des locaux fonctionnels et dans lesquels chaque équipe travaille dans des conditions très correctes, il est peu probable qu'une dynamique positive puisse voir le jour autour d'un projet de regroupement à brève échéance. Dans ce cas, il vaut mieux travailler en priorité sur l'intégration des systèmes d'information, sans doute perfectible et davantage susceptible de fédérer les énergies autour d'un projet commun.

[622] Si, en revanche, un besoin immobilier se fait jour pour les deux services, il convient de se poser sérieusement la question d'une évolution vers des locaux partagés.

Recommandation n°37 : envisager des locaux partagés entre le CTA et le CRRA lorsque SDIS et SAMU ont des besoins immobiliers compatibles en termes de calendrier.

[623] Parmi les facteurs qui expliquent le succès de telles implantations dans plusieurs départements, il convient de mentionner, outre l'existence de besoins immobiliers concomitants :

- une volonté de travailler ensemble, portée par les responsables des deux services ;
- une attention constante pour pérenniser l'élan initial – les échecs sur la durée sont souvent liés à des changements d'hommes - ;
- un travail commun très en amont et tout au long du projet, sur toutes ses facettes (choix du site, conception, dimensionnement et organisation de l'espace, choix des équipements, modalités de maintenance, chiffrage du projet, financement, réalisation, charte de bon usage des locaux et du bien vivre ensemble, harmonisation des doctrines d'intervention et d'engagement, convention financière…) ;
- un dimensionnement prenant en compte les besoins de régulation de la PDSA, l'installation d'un coordonnateur ambulancier (existant ou à venir) aux côtés de l'équipe du SAMU ainsi que des extensions éventuelles, vers le secteur médicosocial notamment ;
- une capacité à mobiliser les ressources nécessaires au financement du projet (investissement puis fonctionnement).

[624] Les points d'attention qui précèdent ne traduisent pas un scepticisme de la part de la mission sur le bien-fondé des regroupements immobiliers. Ils visent à alerter sur la vigilance constante qui doit entourer la conception, la réalisation et le fonctionnement de sites partagés, afin d'éviter les échecs qui masquent les effets très positifs à attendre d'un projet fructueux.

[625] L'expérience montre en effet que, lorsqu'un regroupement réussit, il constitue un puissant facteur d'harmonisation des doctrines, accélère la convergence des pratiques opérationnelles et facilite le partage des cultures et des expériences. Ces perspectives doivent constituer autant de moteurs et d'éléments de motivation pour les services non encore réunis.

4.2.1.6 Développement d'une meilleure compréhension mutuelle

[626] En complément des actions précédentes, les initiatives prises par les acteurs de terrain pour échanger, partager des expériences, mieux se comprendre et développer une culture commune doivent être encouragées.

[627] A cet égard, une grande attention doit être portée aux opportunités de formation conjointe. De telles formations se pratiquent déjà dans certains départements pour les stationnaires du CTA et les assistants de régulation médicale du CRRA (Indre), avec parfois en outre une visite du centre d'appels de l'autre service et une rencontre avec ses opérateurs.

[628] Des formations communes devraient être organisées entre d'autres catégories de personnels participant aux secours et soins urgents : médecins urgentistes, médecins sapeurs-pompiers et médecins correspondants du SAMU ; infirmiers des services d'urgence et des SMUR et infirmiers sapeurs-pompiers. Certes, les types d'intervention et les niveaux d'expertise ne sont pas nécessairement les mêmes entre les trois catégories de médecins ou entre les trois catégories d'infirmiers. Néanmoins, des rencontres régulières, autour de sujets de formation intéressant tous les participants, sont une occasion non seulement d'une montée en compétence générale mais aussi d'un échange entre professionnels, avec ses répercussions bénéfiques sur la gestion des situations opérationnelles.

[629] Afin de permettre aux initiatives locales de s'adosser à des pratiques d'échanges et de concertation au niveau national, la mission suggère d'ouvrir la commission nationale de formation aux soins d'urgence à des médecins sapeurs-pompiers et de veiller au bon fonctionnement des instances de définition des programmes de formation secouristes et infirmiers de la sécurité civile auxquelles sont associés des médecins urgentistes.

Recommandation n°38 : prévoir une représentation réciproque dans les instances de définition des programmes de formation soins d'urgence et secourisme.

[630] Outre ce volet relatif à la formation, les actions communes revêtent une grande diversité de formes qu'il convient de préserver :

- participation de médecins sapeurs-pompiers à la régulation médicale ou au fonctionnement d'un SMUR (Cher, Val d'Oise) ou en prise de gardes (plusieurs départements);
- engagement de médecins urgentistes, d'infirmiers de SMUR ou d'ARM en qualité de sapeurs-pompiers volontaires (Haut-Rhin) ;
- cumul de responsabilité entre chef du SAMU et médecin chef ou médecin chef adjoint du SDIS (Bas-Rhin, Aube, Saône-et-Loire pendant longtemps) ;
- séminaire régional annuel des acteurs des secours et soins urgents (Franche-Comté) ;
- invitation des médecins et infirmiers sapeurs-pompiers à l'hôpital pour suivre des interventions chirurgicales (Saône-et-Loire) ;
- visite du centre de simulation des sapeurs-pompiers par des personnels de SMUR ou association ponctuelle aux manœuvres de désincarcération et aux entraînements du GRIMP, afin de leur permettre de se familiariser avec les contraintes des sapeurs-pompiers sur des interventions revêtant une technicité qui leur est propre (Nièvre).

[631] Ces actions sont nées d'un besoin ressenti localement, ce qui est le meilleur gage de la motivation des acteurs à les faire fructifier. Elles ajoutent aux échanges institutionnels, aux réflexions sur les doctrines, aux projets techniques et immobiliers le ciment des relations de proximité entre personnels de tout grade.

Recommandation n°39 : faire connaître et développer les actions facilitant le travail en commun (formations conjointes) et favorisant la compréhension interservices (visites, engagements croisés, ouverture sur les activités propres de l'autre service, séminaires annuels…)

4.2.2 Construire des plans d'action à trois ans par la concertation entre les acteurs opérationnels sous l'égide de l'Etat

4.2.2.1 Une priorisation à opérer dans des plans d'action locaux

[632] Toutes les pistes d'action décrites précédemment ont leur utilité, mais pas forcément dans le même ordre ou au même moment. Il appartient aux autorités locales d'analyser les forces et faiblesses du dispositif local de secours et soins d'urgence, puis de passer les pistes d'action en revue avec les acteurs opérationnels afin de déterminer celles qui sont susceptibles d'apporter les gains d'efficacité les plus sensibles tout en favorisant la maîtrise des coûts et d'identifier les points de blocage éventuels.

[633] Dans certains départements, les aspects sur lesquels les marges de progrès sont les plus importantes seront trop difficiles à travailler d'emblée compte tenu de tensions locales. Il vaudra mieux, alors, commencer par des actions utiles et non conflictuelles, permettant de recréer ou de conforter l'envie des acteurs de travailler ensemble.

[634] Sur la base de cette analyse, un plan d'action départemental à trois ans devrait être élaboré, définissant les actions à conduire sur la période, leur ordre de priorité, leur calendrier de mise en œuvre et les objectifs à atteindre.

[635] La maille du système de santé étant désormais régionale, les plans d'action départementaux devraient faire l'objet d'une consolidation régionale, afin de vérifier la cohérence d'ensemble du dispositif, compte tenu des spécificités et des points communs des départements de la région.

Recommandation n°40 : élaborer un plan d'action départemental à trois ans sur la base de l'analyse des forces et faiblesses du dispositif local de secours et soins d'urgence et consolider les plans départementaux au niveau régional.

4.2.2.2 Tirer parti du duo territorial préfet – directeur général d'ARS

[636] La ligne interministérielle définie au niveau national doit être portée dans les mêmes termes dans les deux réseaux (SIS et SAMU). Elle doit aussi être enrichie par l'apport des responsables de terrain. Pour ce faire, la mission recommande de réunir conjointement les préfets et les directeurs généraux d'ARS pour un séminaire de travail sur le secours à personne et l'aide médicale urgente, afin d'amorcer le travail en commun dans toutes les régions, puis de faire un point tous les ans.

Recommandation n°41 : organiser un séminaire de travail sur le secours à personne et l'aide médicale urgente, réunissant conjointement les préfets et les directeurs généraux d'ARS pour piloter la mise en œuvre des plans d'action.

[637] La création des ARS, succédant aux ARH, est parfois considérée comme source de complication pour l'action de l'Etat, en raison du décalage de niveau territorial qu'elle induit et d'un risque de paroles discordantes de la part de deux institutions s'exprimant toutes deux au nom de l'Etat mais sur des champs et dans des rôles différents.

[638] Au contraire, sur le sujet du secours à personne et de l'aide médicale urgente, l'existence du duo territorial constitué par le préfet et le directeur général d'ARS peut constituer un atout car leurs visions sont complémentaires :

- le préfet, représentant de l'Etat, par sa connaissance fine du département, sa responsabilité en matière de sécurité des personnes et des biens, ainsi que dans la préparation et la gestion des crises, l'autorité dont il dispose sur les forces de l'ordre et sa position de lien naturel avec le conseil général ;

- le directeur général d'ARS, par son approche globale des enjeux d'organisation du système de santé, qui se conçoit nécessairement au moins au niveau régional (spécialisation des plateaux techniques…), par son rôle dans la déclinaison territoriale de cette organisation et la construction de parcours de soins locaux et par sa position de lien naturel entre l'Etat et l'assurance maladie (financement des carences ambulancières, MIG des SAMU et SMUR).

[639] Le secours à personne et l'aide médicale urgente constituent l'exemple de sujet nécessitant un travail conjoint, tant en bilatéral (entre chaque préfet et le directeur général d'ARS) qu'à la maille régionale (entre les préfets de la région et le directeur général de l'ARS), afin que l'Etat développe une vision territoriale et s'exprime sur le terrain d'une seule voix.

[640] L'une des manifestations symboliques de cette volonté d'unité devrait être que chaque sollicitation de l'un ou l'autre appelant une prise de position sur un point de doctrine fasse l'objet d'une réponse co-signée par le préfet et le directeur général de l'ARS.

[641] Leur travail conjoint devra se fonder sur une analyse partagée des situations locales, conduire à une prise de conscience des contraintes de chaque partie prenante et déboucher sur les plans d'action départementaux et leur consolidation à l'échelle de la région.

[642] Pour faire progresser les acteurs dans l'harmonisation de leurs pratiques et la construction d'une vision partagée des modes d'intervention, préfets et directeurs généraux d'ARS peuvent utiliser l'élaboration et le suivi des outils de programmation (SROS et SDACR), ainsi que des conventions locales bi ou tri-partites.

[643] Ces dernières ne sont pas une fin en soi mais doivent marquer un accord sur une organisation et des pratiques. Pour la mission, il n'y a pas lieu d'imposer ou de critiquer un schéma comprenant deux conventions bipartites et un protocole tripartite : si les négociations bilatérales sont plus simples, les conventions bipartites sont à privilégier dans un premier temps ; si un travail à trois avec les transporteurs sanitaires privés paraît possible, cette formule peut être envisagée, notamment pour gagner du temps. L'essentiel est que chaque acteur trouve sa place dans un dispositif local cohérent et efficient.

[644] Parmi les conventions prévues par le référentiel, celles relatives à l'appui logistique régulier des SDIS aux SMUR revêtent une importance particulière dans la mesure où leur signature conditionne la rémunération des SDIS en contrepartie de la mise à disposition exclusive des moyens correspondants au SMUR. La mission rappelle l'obligation posée par les textes, qui imposent au SAMU, dès lors qu'il ne possède pas de moyens propres, de donner une base contractuelle à ces prestations, dans le respect du droit communautaire (cf. § 212).

[645] Ainsi, après les quelques ajustements de textes nécessaires, la feuille de route commune aux préfets et aux directeurs généraux d'ARS pourrait être formalisée par une circulaire interministérielle rappelant les grands principes, énonçant les arbitrages rendus, leur demandant de compléter le dispositif conventionnel local et de veiller à la qualité du travail interservices dans l'élaboration des documents de programmation et leur donnant instruction de mettre en œuvre les deux référentiels en utilisant pleinement – plus qu'aujourd'hui - les marges d'interprétation qu'ils permettent.

Recommandation n°42 : formaliser la feuille de route des préfets et directeurs généraux d'ARS afin de mettre en œuvre les deux référentiels en utilisant pleinement les marges d'interprétation qu'ils permettent.

[646] Pour les situations trop tendues, les deux ministres, saisis conjointement par le préfet et le directeur général de l'ARS, pourraient missionner l'IGAS et l'IGA pour un appui aux autorités locales dans la recherche d'une voie de déblocage et de progrès.

4.2.2.3 Redynamiser les instances de concertation

[647] Le référentiel de 2008 prévoyait la mise en place d'un comité de suivi départemental, qui devait prendre connaissance des tableaux de bord, analyser les événements indésirables et proposer les mesures de correction.

[648] Certains services ont mis en place ce comité ; d'autres ont créé des instances *ad hoc* pour élaborer les conventions bi ou tri-partites ou pour analyser conjointement les dossiers de carences ambulancières. D'autres sujets peuvent aussi mériter une approche en mode projet (harmonisation des systèmes d'information, rapprochement immobilier…) : il appartient aux autorités locales de déterminer les sujets qui méritent des réunions régulières, soit pour débloquer une situation tendue, soit pour faire avancer un projet porteur.

[649] Aux yeux de la mission, deux éléments de structuration du travail commun sont indispensables.

[650] Le premier est un CODAMUPS-TS actif sur le sujet du secours à personne et de l'aide médicale urgente. Instance bien établie réunissant tous les acteurs concernés, y compris les élus locaux en leur qualité de financeurs des SIS, co-présidé par le préfet et le directeur général de l'ARS, ce qui doit permettre une expression cohérente de l'Etat, le CODAMUPS-TS a notamment vocation à être le lieu de suivi annuel du plan d'action départemental et de révision de ce plan.

[651] Au-delà du suivi du plan d'action, les sujets communs sont nombreux entre SIS et SAMU : les SIS ont besoin de connaître l'évolution des autorisations d'activité hospitalière, la carte des services d'urgence, les nouvelles orientations en matière de filiarisation. Les SAMU et les ARS sont intéressés par l'évolution du maillage territorial du SDIS, l'implantation des infirmiers sapeurs-pompiers et des véhicules légers infirmiers qui leur sont associés, ainsi que le potentiel médical du SDIS susceptible d'être mobilisé sur des interventions.

[652] D'autres sujets, présentant des enjeux de court ou de long terme, méritent également une réflexion commune à froid, comme la faible présence soignante en EHPAD qui entraîne un surcroît de sollicitations des sapeurs-pompiers ou les analyses des conséquences sanitaires d'exposition de la population aux divers risques (industriels ou agricoles).

Recommandation n°43 : redonner au CODAMUPS-TS sa place d'instance de concertation active sur les sujets de secours à personne et d'aide médicale urgente. En faire le lieu de suivi annuel du plan d'action départemental, d'échanges sur les évolutions de l'offre sanitaire et des ressources des SIS et des SAMU et de réflexion prospective sur les enjeux partagés.

[653] Deuxième élément clef, nécessaire dans tous les départements, il importe de mettre en place ou, lorsqu'il existe, d'utiliser pleinement le groupe technique prévu par le référentiel pour « *analyse[r] les événements indésirables et propose[r] les mesures de corrections* ». L'état d'esprit d'un tel groupe, qui pourrait être appelé « groupe RETEX », est la recherche de progrès conjoints au bénéfice des patients et des victimes.

[654] Si l'habitude de cette forme de travail n'existe pas, les premières réunions peuvent être délicates mais elles doivent permettre d'aplanir les petits litiges récurrents (régulation médicale prévenue tardivement, mobilisation tardive des sapeurs-pompiers sur un appel arrivé au 18 et transféré au 15, refus d'intervention des sapeurs-pompiers…) par des conclusions précises après analyse des cas. Si nécessaire, le groupe peut être animé par l'Etat dans les premiers temps.

[655] Ce groupe pourrait notamment être le lieu d'examen de questions d'organisation (pertinence d'un départ réflexe, respect de la doctrine d'intervention des deux services et de la doctrine d'emploi des médecins et infirmiers sapeurs-pompiers, réalité de la recherche d'un transporteur sanitaire privé avant sollicitation du SIS pour une intervention sur carence,…). Il serait également le lieu d'analyse rétrospective de prises en charge ayant connu des complications pour le patient.

[656] L'important est d'entrer dans une démarche commune d'amélioration continue de la qualité, déjà largement pratiquée dans les établissements de santé.

Recommandation n°44 : mettre en place et utiliser pleinement un « groupe RETEX » pour animer une démarche d'amélioration continue et partagée de la qualité sur la base de retours d'expérience sur les dysfonctionnements constatés en intervention.

[657] Enfin, les interventions de secours à personne et d'aide médicale urgente mettent souvent en lumière des problèmes sociaux, mineurs ou importants, ponctuels ou récurrents. Cependant, le lien avec les services sociaux est trop rarement assuré. Pour remédier à cette situation, la mission recommande la mise en place d'une instance ou d'une procédure de partage des informations recueillies lors de prises en charge à forte composante sociale (isolement, accessibilité de l'habitat, détresses psycho-sociales…). Cette instance ou cette procédure doivent bien entendu impliquer au premier chef le conseil général, compétent dans le champ social.

Recommandation n°45 : mettre en place une instance ou une procédure de partage des informations recueillies lors de prises en charge à caractère social, impliquant notamment le conseil général.

CONCLUSION

[658] Six ans après l'adoption du référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, cinq ans après sa publication et celle du référentiel d'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière par voie d'arrêté et plus de quatre ans après l'échéance fixée pour que les acteurs mettent leur organisation et leurs pratiques en conformité avec ces deux cadres d'action, il reste beaucoup à faire pour y parvenir de manière homogène sur le territoire.

[659] Les avancées sont parfois masquées par la montée de quelques sujets de tension (positionnement des infirmiers dans l'aide médicale urgente, place et organisation des transporteurs sanitaires privés, décompte et indemnisation des interventions sur indisponibilité ambulancière).

[660] Elles sont aussi rendues plus difficiles par des évolutions de contexte qui échappent aux acteurs tout en leur imposant de nouvelles charges et de nouvelles contraintes (substitution de la régulation médicale du SAMU aux défaillances de la permanence des soins ambulatoires, augmentation des besoins de prise en charge sociale sans solution clairement définie, transformation de la société et de ses attentes, restrictions de ressources…).

[661] Néanmoins, dans la grande majorité des départements, des progrès ont eu lieu, que ce soit dans la qualité globale des relations ou la double reconnaissance de la régulation médicale et de la pertinence des départs réflexes dans les situations les plus urgentes. Chaque acteur est investi dans son métier ou son engagement citoyen et un respect mutuel prévaut presque partout en contexte opérationnel.

[662] Construire prend du temps, comme le montre l'exemple des départements dans lesquels le travail en commun et les rapprochements opérationnels sont les plus aboutis. Formuler des préconisations générales est d'autant plus délicat que les forces et faiblesses du dispositif de secours et de soins d'urgence sont variables d'un département à l'autre.

[663] A cet égard, la mission a observé à plusieurs reprises que les critiques émises sur un sujet à un endroit donné étaient parfois utilisées ailleurs, dans un contexte local pourtant profondément différent, avec le risque de susciter sans raison un climat de méfiance. L'exemple des protocoles infirmiers de soins d'urgence et d'antalgie est éclairant sur ce point.

[664] La mission a la conviction que si, au lieu de prêter l'oreille à des présentations partielles voire déformées de ce qui se passe dans d'autres départements, les acteurs locaux se concentraient sur le renforcement de ce qui fonctionne bien et l'amélioration des aspects moins performants sur leur territoire, une grande partie des difficultés se dégonflerait sensiblement.

[665] Pour cette raison, la recommandation principale de la mission est d'inciter les acteurs opérationnels (services d'incendie et de secours, SAMU-SMUR, transporteurs sanitaires privés), les autorités locales de l'Etat (préfets et directeurs généraux d'ARS) et des collectivités territoriales à utiliser les marges d'interprétation qu'autorisent les deux codes et les deux référentiels pour trouver l'organisation, la répartition des missions et les pratiques opérationnelles les plus adaptées à leur territoire.

[666] Pour savoir si le niveau national aura bien travaillé, c'est-à-dire s'il aura su désamorcer les sujets de tensions identifiés tout en laissant au niveau local sa liberté d'action, et pour savoir si le niveau local aura, lui aussi, bien travaillé, c'est-à-dire s'il aura su capitaliser sur l'amélioration des relations depuis 2008 signalée par de nombreux acteurs pour faire sortir de terre des projets concrets, il faut fixer une nouvelle échéance et un nouveau rendez-vous d'évaluation.

[667] Cette échéance, la mission propose de la fixer à trois ans, le temps pour les autorités locales et les acteurs opérationnels de s'accorder sur des plans d'action et de les mettre en œuvre. Ce délai pourrait courir à compter du 1er janvier 2015, les deux ministères disposant auparavant d'un semestre pour définir les suites à donner au rapport et lancer les travaux. Le temps imparti pour le lancement, l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action étant assez court, un suivi régulier des actions est nécessaire. Il ne s'agit pas de vouloir tout faire en trois ans, mais de définir les chantiers prioritaires, de se fixer des objectifs pour chacun d'eux et de vérifier qu'ils sont atteints.

Jean-François Bénévise	Sophie Delaporte	Maximilien Becq-Giraudon
Inspecteur général des affaires sociales	Inspectrice générale de l'administration	Inspecteur de l'administration

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

Thème	Sous-thème	N°	Recommandation	Niveau	Support nécessaire	Autorité responsable	Echéance
DOCTRINE	**Doctrine d'emploi des médecins et infirmiers**	1	Mettre en place une reconnaissance mutuelle des ressources médicales attachées au SIS et au SAMU pour éviter une concurrence entre les viviers.	National + Local	Circulaire interministérielle + conventions locales	DGOS-DGSCGC + SDIS-SAMU sous l'autorité du préfet et du DG d'ARS	Automne 2014
		2	Préciser que durant l'intervention, l'infirmier sapeur-pompier est placé sous l'autorité fonctionnelle du médecin régulateur du SAMU, médecin responsable de la prise en charge médicale du patient ou de la victime.	National	Arrêté interministériel	DGOS-DGSCGC	Automne 2014
		3	Organiser un travail collégial entre représentants des SSSM pour l'élaboration de protocoles nationaux de référence en matière de soins d'urgence et d'antalgie et les décliner localement.	National	Lettre ministérielle	DGSCGC	Année 2015
		27	Etablir, à l'initiative de l'ARS, les listes de médecins et d'infirmiers sapeurs-pompiers volontaires et communiquer à chaque établissement de santé la partie de la liste concernant les effectifs dont il est l'employeur.	Territorial	Circulaire interministérielle	ARS avec le concours du SDIS et du SAMU	Sept. 2014
		28	Expliciter la doctrine d'emploi des infirmiers sapeurs-pompiers et la faire valider en conseil d'administration des SDIS, après discussion avec le SAMU et avis de l'ARS.	Territorial	Circulaire interministérielle	SDIS	Année 2015

Thème	Sous-thème	N°	Recommandation	Niveau	Support nécessaire	Autorité responsable	Echéance
DOCTRINE	**Doctrine d'intervention**	4	Inviter les services locaux à affiner la liste des situations de départ réflexe et à définir une répartition des prises en charge des urgences vitales en fonction du contexte départemental.	National	Arrêté interministériel Circulaire interministérielle puis arrêté Préfet-DGARS	DGSCGC-DGOS	Automne 2014
		5	Autoriser la non intervention systématique des SDIS pour la traumatologie bénigne sur la voie et dans les lieux publics.	National	Circulaire interministérielle	DGSCGC-DGOS	Automne 2014
		6	Rappeler l'existence de ressources mobilisables pour les premiers secours dans certains lieux protégés et inviter les autorités locales, les SIS et les SAMU à travailler avec ces équipes pour définir la répartition des tâches et ajuster les modalités d'intervention	National	Circulaire interministérielle	DGSCGC-DGOS	Automne 2014 et 2015
		7	Inciter les conseils généraux à mettre en place pour les aides au relevage le mode de prise en charge le plus efficient (service ad hoc, interventions des sapeurs-pompiers avec traçabilité dans les comptes du SDIS et du conseil général, marché public avec des transporteurs sanitaires).	National	Circulaire interministérielle	DGSCGC-DGOS	2015
		8	Elargir les destinations possibles d'évacuation en incluant les cabinets médicaux de ville et les structures ambulatoires (maisons médicales de garde…) pour des cas de faible gravité, sur décision de la régulation.	National	Circulaire interministérielle	DGSCGC-DGOS	Automne 2014
		9	Encourager les SIS à utiliser pleinement la possibilité d'équipages à deux (chef d'agrès et équipier) pour les évacuations et les transports sur carence. Etendre cette possibilité aux relevages simples et autres interventions médico-sociales ou sociales	National	Circulaire ministérielle	DGSCGC	Automne 2014
		26	Ouvrir ou réactiver un chantier local d'élaboration ou d'affinement d'une doctrine d'intervention partagée et pérenniser ces doctrines en assurant leur traduction dans les systèmes d'information des deux services.	Territorial	Circulaire interministérielle	SDIS et SAMU, sous l'impulsion du préfet et du DG ARS si besoin	1er semestre 2015

Thème	Sous-thème	N°	Recommandation	Niveau	Support nécessaire	Autorité responsable	Echéance
ORGANISATION DE LA PROFESSION AMBULANCIERE		29	Accompagner les transporteurs sanitaires dans la mise en place d'un coordonnateur ambulancier avec un niveau de financement défini en fonction des engagements pris par la profession.	Territorial	Circulaire ministérielle	Transporteurs sanitaires et ARS	A partir de 2015
		30	Développer la géolocalisation des véhicules des transporteurs sanitaires, partagée avec le SAMU et ouverte en consultation au SDIS.	Territorial	Circulaire ministérielle	Transporteurs sanitaires et ARS	A partir de 2015
		31	Sensibiliser les SAMU à l'importance d'une formulation de l'exigence de délai d'intervention adaptée à l'état du patient.	Territorial	Circulaire ministérielle	ARS avec SAMU	2014
		32	Assurer l'opérationnalité de la garde départementale par adaptation des secteurs et du dimensionnement horaire. Si nécessaire, utiliser le pouvoir de réquisition des préfets et le dispositif de sanctions existant.	Territorial	Circulaire ministérielle	ARS et préfet	Début 2015
FINANCEMENT		10	Fixer à trois le nombre minimal de transporteurs sanitaires à solliciter avant de faire intervenir le SIS en carence.	National	Arrêté interministériel	DGOS- DGSCGC	Début 2015
		11	Ouvrir la possibilité d'un réexamen *a posteriori* et par sondage des situations de carence déclenchées à la demande du SAMU	National	Circulaire interministérielle	DGOS-DGSCGC	Eté 2014
		12	Mettre en œuvre les expérimentations de l'article 66 de la LFSS2012.	Territorial	Circulaire ministérielle	ARS et transporteurs sanitaires	Eté 2014
		13	Rémunérer les appuis logistiques ponctuels au tarif des carences ambulancières.	National	Arrêté interministériel	DGOS-DGSCGC	Début 2015
IMMOBILIER		37	Envisager des locaux partagés entre le CTA et le CRRA lorsque SDIS et SAMU ont des besoins immobiliers compatibles en termes de calendrier	Territorial	Lettre conjointe Préfet-DGARS	Préfet, conseil général, ARS, établissement de santé, SDIS et SAMU	selon opportunités
FORMATION		38	Prévoir une représentation réciproque dans les instances de définition des programmes de formation soins d'urgence et secourisme.	National	Arrêté ministériel et circulaire interministérielle	DGOS-DGSCGC	Fin 2014
		39	Faire connaître et développer les actions facilitant le travail en commun (formations conjointes) et favorisant la compréhension inter-services (visites, engagements croisés, ouverture sur les activités propres de l'autre service, séminaires annuels…).	National et territorial	Circulaire interministérielle et lettre conjointe Préfet-DGARS	SDIS et SAMU	2014 et au-delà

Thème	Sous-thème	N°	Recommandation	Niveau	Support nécessaire	Autorité responsable	échéance
SYSTEMES D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION	**Téléphonie**	34	Après diagnostic des performances opérationnelles de l'installation téléphonique, utiliser ses fonctionnalités pour piloter l'activité et développer une approche prévisionnelle par une analyse pluriannuelle des volumes et types d'appels	Territorial	Lettre conjointe Préfet-DGARS	SDIS et SAMU	2015-2016
	Radio-communications	14	Poursuivre le déploiement du réseau ANTARES en en resserrant le calendrier, en recherchant une bascule conjointe des deux services et en traitant les difficultés signalées d'utilisation du réseau.	National	Lettre ministérielle	Direction technique du MI en charge du dossier -DGSCGC-DGOS	2014-2015
		35	Travailler localement sur des points clefs d'amélioration de l'utilisation opérationnelle de la radio (statuts, bilans complets, bilans simplifiés…).	Territorial	Lettre conjointe Préfet DGARS	SDIS et SAMU	2014
		15	Préparer le cap stratégique du changement de réseau radio à horizon 2025-2030, avec une gouvernance interministérielle assurant la pleine prise en compte des besoins des services de secours et de soins d'urgence.	National	Décision	Direction technique du MI en charge du dossier -DGSCGC-DGOS-DGPN-DGGN	A partir de 2014
	Informatique	16	Renforcer l'interopérabilité des systèmes d'information et la maîtrise de leurs coûts en circonscrivant les exigences normatives incluses dans les appels d'offres aux seuls besoins d'échanges entre les services et en étendant ces prescriptions aux systèmes d'information des transporteurs sanitaires.	National	arrêté interministériel	DGSCGC-DGOS avec GT-399	2014
		17	Promouvoir la géolocalisation des moyens dans les appels d'offre locaux	National	Circulaire interministérielle	DGSCGC-DGOS	2015
		36	Synchroniser les changements de version logicielle dans les systèmes de traitement des appels des deux services.	Territorial	Lettre conjointe Préfet-DGARS	SDIS et SAMU, avec contrôle par préfet et DG ARS	Eté 2014
		18	Conduire une étude d'opportunité sur un système d'information national des SIS, solliciter l'avis de la DGSCGC sur les fonctionnalités de dialogue opérationnel avec les SIS prévues dans le système national des SAMU et confronter ces résultats dans une analyse interministérielle des enjeux, envisageant parmi les orientations stratégiques possibles un système commun SIS-SAMU.	National		DGSCGC-DSIC	2015
Aval des prises en charge		33	Identifier les services d'urgence dans lesquels les délais de prise en charge des patients transportés sont régulièrement trop longs et apporter les améliorations locales pertinentes.	Territorial	Circulaire ministérielle	ARS, SDIS, transporteurs sanitaires et établissements de santé concernés	1er semestre 2015

Thème	Sous-thème	N°	Recommandation	Niveau	Support nécessaire	Autorité responsable	Echéance
PILOTAGE	**National**	22	Redynamiser le comité de suivi du référentiel et élargir sa composition aux représentants des transporteurs sanitaires Mettre en place une instance de concertation spécifique réunissant « financeurs » (élus locaux, caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, ministères chargés de la santé et de l'intérieur).	National		DGSCGC-DGOS	Juin 2014
		23	Mobiliser les processus d'arbitrage interministériel en cas de divergence persistante entre les ministères chargés de la santé et de l'intérieur.	National		Ministères chargés de l'intérieur et de la santé	Juil. 2014 et au-delà
		42	Formaliser la feuille de route des préfets et directeurs généraux d'ARS afin de mettre en œuvre les deux référentiels en utilisant pleinement les marges d'interprétation qu'ils permettent.	National	Circulaire interministérielle	DGSCGC-DGOS	Sept. 2014
		41	Organiser un séminaire de travail annuel des préfets et directeurs généraux d'ARS pour piloter la mise en œuvre des plans d'action et réunir régulièrement leurs collaborateurs pour un partage d'expériences au sein de chaque réseau.	National	Décision	Ministères chargés de l'intérieur et de la santé	Sept.2014 et annuel pour préfets et DG d'ARS Semestriel pour leurs collaborateurs
	Bases statistiques	19	Fiabiliser les bases INFOSDIS et SAE en simplifiant les grilles d'enquête, en automatisant davantage la collecte de données, en renforçant les contrôles de cohérence, en intéressant les services à la qualité des données qu'ils saisissent	National	Instructions de chaque direction	DGSCGC-DGOS	Début 2015 avec amélioration à chaque campagne annuelle
	Recherche	20	Promouvoir les projets de recherche permettant d'objectiver les avantages et inconvénients de différents modes de prise en charge et d'analyser la pertinence des actes de soins et des interventions.	National	Circulaire ministérielle	DGOS	Années 2015 et suivantes
	SDACR et SROS	21	Ajouter au SDACR une dimension prospective et prévoir l'avis préalable de l'ARS avant sa validation par le préfet. Prévoir l'avis préalable des préfets de département avant la validation du SROS-PRS par le directeur général de l'ARS.	National	Modification législative L. 1424-7 du CGCT et L. 1434-3 et R. 1434-1 du CSP	DGSCGC	En fonction des vecteurs législatifs

Thème	Sous-thème	N°	Recommandation	Niveau	Support nécessaire	Autorités responsables	Echéance
PILOTAGE	**Local**	40	Elaborer un plan d'action départemental à trois ans sur la base de l'analyse des forces et faiblesses du dispositif local de secours et soins d'urgence et consolider les plans départementaux au niveau régional.	Territorial	Circulaire interministérielle et plan d'action local	Préfet et DG ARS, avec concours SDIS, SAMU et transporteurs sanitaires	Fin 2014
		43	Redonner au CODAMUPS-TS sa place d'instance de concertation active sur les sujets de secours à personne et d'aide médicale urgente. En faire le lieu de suivi annuel du plan d'action départemental, d'échanges sur les évolutions de l'offre sanitaire et des ressources des SIS et des SAMU et de réflexion prospective sur les enjeux partagés.	Territorial	Circulaire interministérielle et plan d'action local	Préfet et DG ARS	2014 et au-delà
		44	Mettre en place et utiliser pleinement un « groupe RETEX » pour animer une démarche d'amélioration continue et partagée de la qualité sur la base de retours d'expérience sur les dysfonctionnements constatés en intervention.	Territorial	Circulaire interministérielle et plan d'action local	SDIS et SAMU, sous impulsion préfet et DG ARS si besoin	Sept. 2014
		45	Mettre en place une instance ou une procédure de partage des informations recueillies lors de prises en charge à caractère social, impliquant notamment le conseil général.	Territorial	Circulaire interministérielle, lettre à l'ADF et plan d'action local	Préfet, ARS et conseil général	Automne 2014
ACTIONS GRAND PUBLIC		24	Réaliser une campagne nationale d'information et de sensibilisation sur l'utilisation des numéros d'urgence.	National		DGSCGC-DGOS avec l'appui des services de communication des deux ministères	2015
		25	Relancer les formations au secourisme, dans le cadre de la formation continue pour les adultes et des activités périscolaires	National		DGSCGC en lien avec les ministères chargés de l'éducation nationale et du travail	2015

LETTRE DE MISSION

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

Les Ministres

Paris, le 28 OCT. 2013

Inspection Générale des Affaires Sociales
31 OCT. 2013
N° 469

La ministre des affaires sociales et de la santé

Le ministre de l'intérieur

à

Monsieur le chef du service de l'inspection générale des affaires sociales

Monsieur le chef du service de l'inspection générale de l'administration

Objet : mission d'évaluation de l'application du référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente

Les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et les établissements de santé autorisés à exercer l'activité de médecine d'urgence, à travers les services d'aide médicale urgente (SAMU) et les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), participent tous deux à la prise en charge des urgences extra-hospitalières. Le champ de compétences de chacun des acteurs est défini par la loi :

- les SDIS sont chargés des « secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation » ;
- les SAMU sont chargés de « faire assurer aux malades, blessés ou parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état. »

En pratique, les deux services sont amenés à intervenir au bénéfice des mêmes personnes, qui sont à la fois victimes et patients. La coordination de leurs interventions, la complémentarité de leurs moyens et, plus généralement, la coopération des services constituent donc un impératif, dicté par l'exigence forte de nos concitoyens. Cet impératif repose sur un objectif de qualité de la prestation mais recouvre également une exigence d'efficience globale du dispositif.

La publication, le 24 avril 2009, de l'arrêté relatif à la mise en œuvre du référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente du 25 juin 2008 a permis de clarifier la répartition des champs de compétence entre les acteurs et l'organisation de leur coopération.

Si le référentiel demeure un outil apprécié par les acteurs, son application fait apparaître, après quatre années, des difficultés d'interprétation entre les SAMU et les SDIS tant organisationnelles que financières.

C'est pourquoi nous avons décidé de vous confier une mission visant à évaluer la mise en œuvre du référentiel à partir de l'expérience de ces quatre années d'application du référentiel commun.

Il s'agit d'identifier les blocages à l'application du référentiel, qu'il s'agisse de difficultés de mise en œuvre ou d'inadaptations du texte. L'évaluation portera sur :

-l'effectivité de la mise en œuvre du référentiel et, notamment, le rôle des conventions passées ;
-l'efficacité du dispositif, dans des conditions optimales quant à l'engagement des moyens publics, dans le respect de l'intégrité des deux missions (secours à personne et aide médicale urgente) et de leurs obligations respectives en particulier concernant l'accès aux soins urgents en moins de trente minutes.

Votre rapport établira d'abord si le référentiel est effectivement mis en œuvre, en établissant en particulier les endroits où aucune concertation n'a pu être entamée. Vous identifierez les freins à la mise en œuvre concrète du référentiel commun et proposerez les évolutions éventuelles à y apporter.

Votre analyse portera sur l'efficience du dispositif au regard de l'intérêt de l'usager et du contribuable. Les modalités de coopération et d'intervention des acteurs ainsi que l'équilibre économique seront examinés. Vous proposerez des améliorations à apporter dans les relations entre les différents acteurs.

Vous vous interrogerez également sur l'utilisation des moyens des différents acteurs et leur adéquation selon la nature du secours qu'ils apportent. L'optimisation de ces ressources rares (médecins, infirmiers, etc…) fera l'objet d'un examen spécifique. L'engagement des moyens des SDIS, dans le cadre du départ réflexe ou à la suite des indisponibilités des entreprises privées de transport sanitaire, ou encore pour des missions de simple assistance, fera également l'objet d'une analyse particulière.

Votre réflexion pourra amener à réinterroger les dispositions du référentiel précité, si celles-ci vous apparaissent de nature à rendre difficile l'articulation locale des acteurs ou à amoindrir l'efficience globale du système. Dans ce cadre, vous pourrez prendre en compte l'activité et le rôle d'acteurs non parties prenantes au référentiel, telles les entreprises de transport sanitaire.

Les réflexions attendues sont à la fois d'ordre organisationnel et financier.

Pour mener à bien cette mission, vous pourrez vous rapprocher des directions d'administration centrale concernée, des agences régionales de santé, des établissements de santé sièges de SAMU ou SMUR, des services départementaux d'incendie et de secours, des conseils généraux et de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Votre mission doit s'inscrire dans la démarche d'évaluation de la politique territoriale d'incendie et de secours, décidée par le comité interministériel de modernisation de l'action publique de décembre 2012. Cette évaluation est en cours et doit produire ses préconisations pour le début du mois de décembre 2013. Vous veillerez donc à articuler vos travaux avec le calendrier de cette évaluation de politique publique.

Vos conclusions nous seront remises sous trois mois.

Marisol TOURAINE

Manuel VALLS

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

1 ENTRETIENS NATIONAUX

1.1 Ministère des affaires sociales et de la santé

1.1.1 Cabinet

- Vincent Beaugrand, conseiller chargé des soins de premiers recours et des professionnels de santé libéraux
- Fabrice Masi, conseiller chargé des soins de premiers recours et des professionnels de santé libéraux *(depuis décembre 2013)*
- François Crémieux, conseiller chargé de l'organisation territoriale des soins, coordonnateur du pôle

1.1.2 Secrétariat général des ministères sociaux

- Natacha Lemaire, chargée de mission
- Marie-Claude Hittinger, médecin, chargée de mission
- Rencontre avec les directeurs généraux des Agences régionales de santé

1.1.3 Direction générale de l'offre de soins

- Jean Debeaupuis, directeur général

1.1.3.1 Sous-direction de la régulation de l'offre de soins

- Samuel Pratmarty, sous-directeur par intérim
- Christine Bronnec, adjointe au sous-directeur
- **Bureau du premier recours (R2)**
- Perrine Ramé-Mathieu, chef du bureau (R2)
- Nathalie Crégut, adjointe à la chef de bureau
- Céline Schnebelen, chargée de mission modernisation des SAMU
- Amandine Aurore, chargée de mission transports sanitaires
- Laurent Gadot, économiste
- Véronique Lallement, chargée de mission aide médicale d'urgence, SMUR

1.1.3.2 Sous-direction des ressources humaines du système de santé

- Marie-Andrée Lautru, conseillère technique auprès du sous-directeur, en charge des protocoles de coopération entre professionnels de santé

1.1.3.3 Bureau de l'exercice, de la déontologie et du développement professionnel continu (RH2)

- Guy Boudet, chef du bureau (RH2)
- Carole Merle, adjointe au chef de bureau
- Laetitia Faveraux, chargée de dossiers
- Pascal Pfitser, chargé de dossiers

1.1.4 Direction générale de la santé

- Philippe Bourrier, médecin, chef du département des urgences sanitaires
- Thierry Paux, chef du bureau de l'organisation et de la préparation

1.1.5 Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques

- Gwaenaelle Brilhaut, chef du bureau des établissements de santé
- Bénédicte Boisguérin, chargée d'études
- Hélène Valdelièvre, chargée d'études

1.2 **Ministère de l'intérieur**

1.2.1 Cabinet

- Renaud Vedel, directeur adjoint du cabinet
- Etienne Stoskopf, conseiller sécurité civile et cultes
- Grégory Allionne, colonel, conseiller technique sécurité civile

1.2.2 Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises

- Michel Papaud, Préfet, directeur général

1.2.2.1 Cabinet du directeur général

- Hervé Doutez, directeur de cabinet
- Stéphane Donnadieu, médecin, conseiller médical auprès du directeur général

1.2.2.2 Sous-direction des services d'incendie et des acteurs du secours

- Eric Tison, sous-directeur
- Christophe Raynaud, adjoint au sous-directeur, chef du bureau de l'administration, des finances et du pilotage de la performance
- Pascal Farron, lieutenant-colonel, chef du bureau de l'organisation
- Patrick Roussel, bureau de l'administration, des finances et du pilotage de la performance

1.2.3 Direction des systèmes d'information et de communication

- Alain Triolle, directeur
- Alain Fernandez-Gautier, directeur adjoint

1.2.3.1 Sous-direction de l'administration générale et de l'achat

- Philippe Deschamps, sous-directeur

1.2.3.2 Service de la gouvernance des systèmes d'information et de communication

- Pierre-Philippe Lidureau, directeur du programme INPT (infrastructure nationale partageable des transmissions)

1.3 Autres organismes publics de niveau national

1.3.1 Haute Autorité de Santé (HAS)

- Rémy Bataillon, médecin, adjoint du directeur de la qualité et de la sécurité des soins ; chef de service de l'évaluation et de l'amélioration des pratiques
- Michel Laurence, médecin, chef du service des bonnes pratiques professionnelles

1.3.2 Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

- Dorothée Hannotin, chef de cabinet direction générale
- Hedda Weissmann, responsable du département des professions de santé
- Claire Martay, chargée des transports

1.3.3 Agence des systèmes d'information partagés en santé (ASIP)

- Michel Gagneux, président et directeur général
- Jeanne Bossi, secrétaire générale
- Sébastien Bachem, directeur de projets
- Bruno Grossin, directeur d'études
- Frédéric Berthier, chargé du projet SI SAMU, ancien responsable du SAMU de Loire-Atlantique
- Stéphane Gaston, chef de projet
- Claudine Cattina, direction des services numériques à l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille

1.3.4 Représentants des élus locaux rencontrés au niveau national

- Yves Rome, sénateur, président du conseil général de l'Oise, président de la conférence nationale des services d'incendie et de secours
- Elisabeth Maraval-Jarrier, directrice de l'institut pour la formation des élus territoriaux, chef du service juridique de l'Association des départements de France

1.4 Organismes privés de niveau national

1.4.1 Fédération hospitalière de France (FHF)

- Gérard Vincent, délégué général,
- Florence Martel, responsable des questions sanitaires
- Maxime Cauterman, conseiller médical
- René Caillet, responsable du pôle offre de soins
- Philippe Olivier, ancien chef du service SAMU-SMUR du Vaucluse
- Robert Reicher, ancien directeur général du CHU de Saint-Etienne et ancien délégué inter-régional Rhône-Alpes-Auvergne de la FHF

1.4.2 Ordre national des infirmiers

- Roger Borniche, président
- Paul Ribelles, conseiller national, SDIS du Gard

1.5 Acteurs économiques

1.5.1 Editeurs de logiciels

- Valérie Ladhui, directrice générale de la société SIS France
- Marc Pellas, président directeur général de la société Systel
- Gregory Marchal, président directeur général de la société Appligos

1.5.2 Cabinet conseil

- Mathieu Lamotte, consultant Cabinet Lamotte Partenaires

1.6 Représentants des services d'urgence et des SAMU-SMUR

1.6.1 Conseil national de l'urgence hospitalière

- Pierre Carli, professeur, président du conseil national de l'urgence hospitalière, chef du service d'anesthésie-réanimation de l'hôpital Necker et du SAMU de Paris

1.6.2 SAMU Urgences de France

- Marc Giroud, médecin, président de SAMU-Urgences de France, directeur du SAMU du Val-d'Oise
- François Braun, médecin, président de SAMU-Urgences de France, chef du SAMU de la Moselle

1.6.3 Association des médecins urgentistes de Frances

- Patrick Pelloux, médecin, président de l'association des médecins urgentistes de France, urgentiste au SAMU de Paris

1.6.4 Société française de médecine d'urgence

- Jeannot Schmidt, président de la société française de médecine d'urgence, professeur au CHU de Clermont-Ferrand

1.6.5 Union nationale des assistants de régulation médicale

- Patrice Beauvillain, secrétaire général, SAMU des Bouches-du-Rhône
- Patrick Moreau, membre du bureau, SAMU de Paris Necker

1.7 **Représentants des sapeurs-pompiers**

1.7.1 Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France (FNSPF)

- Eric Faure, colonel, président de la FNSPF, directeur départemental des services d'incendie et de secours de Seine-et-Marne
- Patrick Hertgen, médecin lieutenant-colonel, vice-président chargé du secours à personnes et du SSSM, médecin-chef du SDIS du Nord
- Guillaume Bellanger, directeur de cabinet de la FNSPF
- Patrick Heyraud, colonel, secrétaire général de la FNSPF

1.7.2 Organisations syndicales des sapeurs-pompiers professionnels

- Stéphane Bouvier, CDFT Interco, chargé de mission, SDIS de l'Ain
- Thierry Fortier, CFDT Interco, chargé de mission, SDIS du Cher
- Sébastien Belavoux, CGT, animateur du collectif fédéral des SDIS, SDIS de Maine-et-Loire
- Ludovic Pirastu, CGT, collectif fédéral, SDIS de Gironde
- Christophe Prudhomme, médecin, CGT santé action sociale, SDIS de Seine-Saint-Denis
- Yaël Lecras, FO, vice-président du syndical national SNSPP-PATS, SDIS du Nord
- Eric Millot, médecin-chef adjoint au SDIS de Seine-et-Marne
- Ludovic Ruaux, FASP, secrétaire général, SDIS de l'Oise
- Julien Lefevre, FASP, trésorier, SDIS de l'Aisne
- Emilie Labeyrie, FASP, secrétaire générale adjointe; SDIS des Landes

1.7.3 Association nationale des directeurs et directeurs adjoints des services d'incendie et de secours (ANDSIS)

- Hervé Enard, colonel, président de l'ANDSIS, directeur du SDIS de l'Isère

1.7.4 Association nationale des médecins des services d'incendie et de secours (ANAMNESIS)

- Michel Blanche, colonel, président de l'ANAMNESIS, médecin-chef du SDIS de Loire-Atlantique

1.7.5 Association nationale des infirmiers sapeurs-pompiers (ANISP)

- Cédric Harvard, président de l'ANISP, cadre de santé, sapeur-pompier professionnel au SDIS de l'Allier
- Franck Pilorget, vice-président de l'ANISP, cadre de santé, sapeur-pompier volontaire au SDIS de Seine-Maritime

1.8 Représentants des transporteurs sanitaires

- Thierry Schifano, président de la fédération nationale des transporteurs sanitaires
- Bernard Pelletier, président de la fédération nationale des ambulanciers privés
- Stéphanie Gauvin, secrétaire générale de la fédération nationale des ambulanciers privés
- Serge Beaujean, secrétaire général adjoint de la fédération nationale des artisans ambulanciers
- Luc de Laforcade, président délégué de la chambre nationale des services d'ambulanciers
- François Bonnet, secrétaire élu de la chambre nationale des services d'ambulanciers

1.9 Personnalités qualifiées

- Henri Masse, préfet, délégué ministériel à la mise en œuvre territoriale de la réforme de l'Etat auprès du ministre de la défense, ancien directeur de la défense et de la sécurité civiles
- Annie Podeur, secrétaire générale du conseil économique, social et environnemental, ancienne directrice générale de l'offre de soins
- Richard Vignon, préfet délégué pour la défense et la sécurité de la zone Est, ancien président de la fédération nationale des sapeurs-pompiers de France
- Arnaud Mandement, directeur général des services au Conseil général des Pyrénées-Atlantiques
- Hugues Deregnaucourt, colonel, directeur du SDIS des Vosges
- François Dissait, médecin, directeur du SAMU du Puy-de-Dôme au centre hospitalier universitaire régional de Clermont-Ferrand
- Bruno Mangola, médecin, conseiller médical à l'ARS de Lorraine, urgentiste, ancien président de la CME du centre hospitalier de Macon
- Sylvie Mansion, directrice générale de l'Agence régionale de santé de Franche-Comté
- Cédric Duboudin, responsable de la direction observation, pilotage, statistiques et évaluation de l'ARS de Franche-Comté

2 VISITES DE SITES

2.1 Site de Paris

2.1.1 Préfecture de police

- Jean-Paul Kihl, préfet, secrétaire général de la zone de défense et de sécurité de Paris
- Frédéric Sepot, colonel, chef d'état-major de la zone de défense et de sécurité de Paris
- **Brigade des sapeurs-pompiers de Paris**
- Gaëtan Poncelin de Raucourt, général commandant la brigade

- Laurent Domanski général, médecin-chef de la BSPP
- Michel Beaubié, colonel, chargé de mission au cabinet de la BSPP
- Gilles Malié, colonel, chef d'état-major de la BSPP
- Olivier Morin, colonel, sous-chef emploi de la BSPP
- Stéphane Raclot, colonel, chef de la section centre opérationnel

2.1.2 Agence régionale de santé Ile-de-France

- Laurent Kossorotov, conseiller technique gestion des risques
- Romain Hellmann, médecin, référent thématique urgences
- Naudge Balandamio, chargé du dossier du financement des MIG

2.1.3 Assistance publique-hôpitaux de Paris-Necker

- Vincent-Nicolas Delpech, directeur
- Séverine Delalande, responsable des finances
- **SAMU de Paris**
- Pierre Carli, professeur, responsable du SAMU de Paris *(déjà mentionné plus haut au titre de ses fonctions nationales)*

2.2 Site de Haute-Savoie - Annecy

2.2.1 Préfecture de Haute-Savoie

- Georges-François Leclerc, préfet de Haute-Savoie
- Anne Coste de Champeron, directrice du cabinet
- Olivier Labourey, chef du SIDPC
- Laurent Benoît, chargé de dossiers au SIDPC

2.2.2 Agence régionale de santé Rhône-Alpes

- Christophe Jacquinet, directeur général de l'ARS Rhône-Alpes
- Philippe Ferrari, délégué territorial en Haute-Savoie

2.2.3 Conseil général de Haute-Savoie

- Jean-Louis Galland, conseiller général, président du conseil d'administration du SDIS

2.2.4 Centre hospitalier de la région d'Annecy

- Serge Bernard, directeur général du centre hospitalier de la région d'Annecy
- Joël Prigent, directeur adjoint
- **Service d'aide médicale urgente**
- Dominique Savary, médecin, directeur du SAMU
- Thierry Roupioz, médecin, directeur adjoint du SAMU
- Jean-Pierre Perfus, médecin, ancien directeur du SAMU de Haute-Savoie

2.2.5 Service départemental d'incendie et de secours de Haute-Savoie

- Jean-Marc Chaboud, colonel, directeur du SDIS
- Michel Anthoine, colonel, chef d'état-major
- Bernard Digonnet, lieutenant-colonel, chef du pôle opération, planification, prévention
- Olivier Baptiste, colonel, médecin-chef
- Eric Penne, commandant, chef du CTRA/CODIS

2.2.6 Association des transports sanitaires urgents de Haute-Savoie

- Lionel Pech, président
- Côme Berthiaume, conseiller technique

2.2.7 Fédération nationale des médecins correspondants du SAMU

- Manuela Barthes, médecin, présidente de la fédération nationale

2.3 **Site de Loire-Atlantique - Nantes**

2.3.1 Préfecture de Loire-Atlantique

- Christian Galliard de Lavernée, préfet de la région Pays-de-la-Loire, préfet de Loire-Atlantique
- Patrick Lapouze, directeur du cabinet

2.3.2 Agence régional de santé Pays-de-la-Loire

- Marie-Sophie Desaulle, directrice générale de l'ARS Pays-de-la-Loire
- Florent Pouget, responsable accès aux soins de premier recours

2.3.3 SAMU de Loire-Atlantique

- Joël Janvrin, médecin, directeur du SAMU de Loire-Atlantique

2.3.4 Service départemental d'incendie et de secours de Loire-Atlantique

- Philippe Berthelot, colonel, directeur départemental du SDIS de Loire-Atlantique
- Michel Blanche, colonel, médecin-chef du SDIS de Loire-Atlantique (*déjà mentionné plus haut au titre de ses fonctions nationales)*
- Serge Delaunay, colonel, chef d'état-major, directeur des moyens opérationnels
- François Gros, colonel, directeur des ressources humaines
- Franck Blanchet, commandant, chef du service prévisions
- Freddy Jaulin, capitaine, chef du service opérations

2.3.5 Représentants des transporteurs sanitaires

- Bernard Sansoucy, président de l'association Centrale Secours Ambulancière de Loire-Atlantique (CSA 44 - ATSU)
- Mickael Loiseau, membre de l'association CSA 44, gérant de la société Ambulance Services Urgences
- Patrick Youx, membre de l'association CSA 44 - société Assistance Ambulance

2.4 Site du Nord - Lille

2.4.1 Préfecture de la région Nord-Pas-de-Calais, préfecture du Nord

- Dominique Bur, préfet de la zone de défense Nord, préfet de la région Nord-Pas-de-Calais, préfet du Nord
- Yvan Cordier, directeur du cabinet
- Benoît Sylvestre, chef du SIRACEDPC
- Stéphane Dhée, adjoint au chef du SIRACEDPC, responsable du pôle planification

2.4.2 Agence régionale de santé Nord-Pas-de-Calais

- Jean-Yves Grall, médecin, directeur général de l'ARS Nord-Pas-de-Calais
- Jean-Pierre Robelet, directeur général délégué, directeur de l'offre de soins
- Sandrine Ségovia-Kueny directrice générale adjointe, chargée de la santé publique et environnementale
- Nathalie de Pourville, département premier recours de la direction de l'offre de soins

2.4.3 Conseil général du Nord

- Daniel Rondalaere, conseiller général, maire de la commune de Loos, président du conseil d'administration du SDIS du Nord
- Christine Staviec, conseillère générale, adjointe au maire de Lille, 1ère vice-présidente du conseil d'administration du SDIS du Nord

2.4.4 Centre hospitalo-universitaire régional de Lille

- Yvonnick Morice, directeur général
- Anne Girard, directrice référente du pôle de l'urgence
- Dominique Picault directrice de la stratégie et des projets
- **Pôle urgences**
- Patrick Goldstein, médecin responsable du pôle urgences, chef du SAMU du Nord
- Eric Wiel, professeur, responsable de l'unité commune de recherche du pôle urgences
- Nordine Benameur, médecin, urgentiste au SAMU du Nord
- Alain Facon, médecin, responsable du CESU du Nord

2.4.5 Service départemental d'incendie et de secours du Nord

- Philippe Vanberselaert, colonel, directeur du SDIS du Nord
- Patrick Hertgen, médecin-colonel, chef du service de santé et de secours médical du Nord *(déjà mentionné plus haut au titre de ses fonctions nationales)*
- Bruno Moulart, colonel, directeur général du soutien opérationnel

2.4.6 Représentant des transporteurs sanitaires

- Didier Cachera, président de l'association des transports sanitaires urgents du Nord
- Martial Duru, président du syndicat des ambulanciers du Nord

2.5 **Site de l'Aube - Troyes**

2.5.1 Préfecture de l'Aube

- Christophe Bay, préfet de l'Aube
- Alexandre Sanz, directeur du cabinet
- Emmanuelle Roux, chef du SIDPC

2.5.2 Agence régionale de santé Champagne-Ardenne

- Jean-Christophe Paille, directeur général de l'ARS Champagne-Ardenne
- Nicolas Villenet, médecin, conseiller médical
- Irène Delforge, déléguée territoriale de l'Aube

2.5.3 Conseil général de l'Aube

- Jacques Rigaud, vice-président du conseil général de l'Aube, maire de Rosières, président du conseil d'administration du SDIS de l'Aube

2.5.4 Service départemental d'incendie et de secours de l'Aube

- Jean-Luc Perry, lieutenant-colonel, directeur adjoint du SDIS
- Jacques Leveau, médecin, chef du service de santé et de secours médical
- Michel Van Rechem, médecin-commandant au service de santé et de secours médical, adjoint responsable des sapeurs-pompiers volontaires
- Larry Ouvrard, commandant, chef du groupement prévention, prévision, opérations
- Guillaume Bouquet, lieutenant, responsable du CTA-CODIS

2.5.5 Centre hospitalier de Troyes

- Philippe Blua, directeur du centre hospitalier
- Sébastien Grosjean, cadre administratif du pôle ressources cliniques
- Mickaël Deblocq, directeur du système d'information et de la communication
- **Service d'aide médicale urgente**

- Alain Hugerot, médecin, chef du service des urgences et du SAMU
- Franck Cardot, assistant de régulation médicale de référence

2.5.6 Représentants des transporteurs sanitaires

- Aurore Jubilot, Ambulances MATA, représentante de la fédération nationale des ambulanciers privés de l'Aube
- Philippe Grevillot, ambulances DRYATES, représentant de l'association de transports de secours et d'urgence de l'Aube
- Fabrice Brindani, ambulances GARNIER, représentant de la chambre syndicale des ambulanciers de l'Aube

2.6 **Site de la Creuse, Guéret**

2.6.1 Préfecture de la Creuse

- Christian Choquet, préfet de la Creuse
- Hélène Girardot, directrice de cabinet
- Delphine Sénéchal, responsable du SIDPC
- Aurore Dubonnet, sous-préfète, sous-préfecture d'Aubusson

2.6.2 Agence régionale de santé Limousin

- Philippe Calmette, directeur général de l'ARS du Limousin
- Jacky Herbuel-Lepage, directeur offre de soins
- Monique Janicot, chargée de mission auprès du directeur général sur les médecins correspondants de SAMU
- Danielle Clermont-Paris, chargée de mission sur les transporteurs sanitaires et la permanence de soins ambulatoire
- Patrice Dubreil, délégué territorial de la Creuse

2.6.3 Conseil général de la Creuse

- Eric Jeansannetas, premier vice-président du conseil général
- Philippe Bayol, vice-président du conseil général, président du conseil d'administration du SDIS de la Creuse
- Laurent-Xavier Blelly, directeur général des services

2.6.4 Centre hospitalier de Guéret

- Norbert Vidal, directeur du centre hospitalier
- Maryse Lemaire, directrice adjointe
- Pierette Garaud, cadre supérieur de santé
- **Service d'aide médicale urgente**
- Thierry Dumas, directeur SAMU-SMUR, chef du service
- Bruno Verguet, responsable du SAMU-SMUR
- Pierre Bernatas, praticien hospitalier, chef de pôle

- Eric Roy, praticien hospitalier, responsable SAU et UHCD
- Eric Bazin, cadre de santé

2.6.5 Service départemental d'incendie et de secours de la Creuse

- Patrick Smith, directeur adjoint, directeur par intérim
- Michel Gillet, médecin, chef du service de santé et de secours médical

2.6.6 Représentants des transporteurs sanitaires

- Jean-Luc Pierre, association des Secours Urgents de la Creuse et Chambre nationale des services d'ambulances
- Michel Roussange, union départementale des entreprises de transport sanitaires de la Creuse
- Nicolas Chalumeau, fédération nationale des artisans ambulanciers

2.6.7 Service départemental d'incendie et de secours de l'Essonne

- La mission n'a pas fait un déplacement complet dans ce département. Elle est venue y visiter la plate-forme commune SDIS-SAMU

2.6.7.1 Service départemental d'incendie et de secours de l'Essonne

- Alain Caroli, colonel, directeur du SDIS de l'Essonne
- Alain Lévèque, médecin, chef du service de santé et de secours médical de l'Essonne par intérim
- Francis Fernandez, lieutenant-colonel, directeur opérationnel (formation, prévention et prévision)
- Jean-Paul Lemoine, lieutenant-colonel, chef du groupement pilotage et évaluation
- Denis Dussueil, lieutenant-colonel, chef de groupement
- Marie-Cécile Bodnard, directrice administrative et financière
- Jérôme Lesueur, commandant, chef de service
- Daniel Audureau, capitaine, chef plateau

2.6.7.2 SAMU de l'Essonne

- Georges-Antoine Capitani, médecin, directeur du SAMU de l'Essonne

LISTE DES ANNEXES

Annexe n°	Sujet
1	Synthèse des réponses des préfets
2	Synthèse des réponses des directeurs régionaux d'agence régionale de santé
3	Synthèse des réponses des présidents de conseil général
4	Synthèse des réponses des services d'incendie et de secours
5	Synthèse des réponses des services d'aide médicale urgente
6	Synthèse des réponses des services d'incendie et de secours et des services d'aide médicale urgente à la grille d'évaluation de la mission
7	Secours à personne et aide médicale urgente : éléments de cadrage historiques et juridiques
8	L'activité des urgences hospitalières et pré-hospitalières
9	Evolution comparée de la population, des passages aux urgences générales, de l'activité de secours à personne des sapeurs-pompiers et de l'activité des SAMU-SMUR
10	L'évolution des professions de santé
11	Approches évaluatives des modes de prise en charge et des pratiques médicales
12	L'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes
13	Point sur la mise en place des coordonnateurs ambulanciers
14	Comparaison du nombre de carences pour 1 000 habitants selon les départements
15	Comparaison de protocoles infirmiers de soins d'urgence et d'antalgie
16	Sources statistiques disponibles
17	Des coûts de fonctionnement aux mécanismes de financement
18	SDACR et SROS : une mise en cohérence lente et difficile

ANNEXE 1
SYNTHESE DES REPONSES DES PREFETS

Méthodologie

[668] Le référentiel d'organisation du secours à personne (SAP) et de l'aide médicale urgente (AMU) ayant une portée nationale, la mission a procédé par voie de questionnaires pour recueillir des informations sur sa mise en œuvre sur l'ensemble du territoire. Cinq réseaux ont été consultés : les préfets, les directeurs généraux d'agence régionale de santé (ARS), les présidents de conseil général, les responsables de services d'incendie et de secours (SIS) et les responsables de services d'aide médicale urgente (SAMU) par l'intermédiaire des directeurs de leurs établissements de santé de rattachement.

[669] Les réponses à la partie littérale des questionnaires font l'objet d'une synthèse par réseau, restituées dans les annexes n° 1 à 5 du rapport.

[670] Les questionnaires adressés aux SIS et aux SAMU comprenaient en outre une grille reprenant les principales prescriptions du référentiel : pour chacune, il était demandé aux services d'indiquer si elle était appliquée ou pas. Les réponses reçues font l'objet de l'annexe n° 6.

[671] La présente annexe constitue la synthèse des réponses reçues des préfets. Elle suit le plan du questionnaire, composé de douze questions.

[672] 66 préfets ont répondu à la sollicitation de la mission : Allier, Alpes-de-Haute-Provence, Alpes-Maritimes, Ardèche, Ardennes, Ariège, Aube, Aude, Aveyron, Calvados, Cantal, Charente, Charente-Maritime, Cher, Corse-du-Sud, Côtes-d'Armor, Creuse, Dordogne, Doubs, Drôme, Eure, Eure-et-Loir, Haute-Garonne, Hérault, Indre, Jura, Loir-et-Cher, Haute-Loire, Loire-Atlantique, Loiret, Lot, Lot-et-Garonne, Lozère, Manche, Haute-Marne, Mayenne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Nièvre, Nord, Oise, Orne, Puy-de-Dôme, Pyrénées-Atlantiques, Haut-Rhin, Rhône, Haute-Saône, Sarthe, Savoie, Haute-Savoie, Paris, Seine-et-Marne, Yvelines, Deux-Sèvres, Somme, Tarn, Vendée, Haute-Vienne, Yonne, Essonne, Val-de-Marne, Val-d'Oise, Guadeloupe, Guyane, Réunion, Mayotte.

[673] **<u>Question n° 1</u> : en tant que représentant de l'Etat dans le département, comment avez-vous organisé la déclinaison locale du référentiel du 25 juin 2008 d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente ?**

[674] Onze réponses (17%) indiquent que la déclinaison locale du référentiel s'est opérée dans le cadre d'un travail réunissant des représentants de la préfecture, de l'ARS, du SDIS et du ou des SAMU (Ariège, Calvados, Indre, Lozère, Nord, Yvelines, Tarn, Haute-Vienne, Yonne, Val-de-Marne et Val-d'Oise).

[675] 29 réponses (44%) mentionnent simplement la conduite d'un travail entre le SDIS et le SAMU : 17 sans implication de la préfecture, semble-t-il, avant l'aboutissement des discussions, 10 d'emblée sous l'égide de la préfecture (parfois représentée par la DDASS) et 2 avec intervention de la préfecture pour lever des blocages (Charente et Pyrénées-Atlantiques).

[676] En Midi-Pyrénées et en Picardie, les travaux départementaux ont été précédés par l'élaboration d'une convention-type régionale.

[677] L'association des transporteurs sanitaires privés à la déclinaison du référentiel national est mentionnée dans dix réponses (Ardennes, Calvados, Cher, Drôme, Loire-Atlantique, Lot-et-Garonne, Orne, Haute-Saône, Haute-Vienne, Val-de-Marne).

[678] Dans douze des départements pour lesquels une réponse a été reçue, soit 18%, le référentiel national apparaît comme un prolongement d'une tradition de travail en commun déjà bien établie (Ardennes, Aube, Aude, Cher, Eure, Hérault, Savoie, Haute-Savoie, Yvelines, Vendée, Essonne, Guadeloupe).

[679] A l'inverse, cinq préfets font état de difficultés de relations entre SDIS et SAMU. La cause de ces difficultés varie d'un département à l'autre : secours à personne en général, notion de départ réflexe, rôle des infirmiers sapeurs-pompiers, carences ambulancières. Dans trois départements sur les cinq, l'intervention de l'Etat a permis d'aboutir à la signature de la convention SAMU-SDIS et dans un quatrième, cette signature paraît imminente. En revanche, il reste un département dans lequel la signature de la convention est aujourd'hui bloquée par la question des infirmiers sapeurs-pompiers.

[680] **<u>Question n° 2</u> : le SDACR et le SROS ont-ils été mis en cohérence ? Si oui, selon quelles modalités ? Si non, existe-t-il un calendrier prévisionnel de travail conjoint sur ces deux documents ?**

[681] La mise en cohérence des schémas départementaux de couverture des risques (SDACR) et des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) prévue par la circulaire interministérielle DHOS/O1/DDSC/BSIS n° 2007-457 du 31 décembre 2007 paraît globalement peu avancée.

[682] Sur les 66 préfets ayant répondu au questionnaire de la mission, 23 (35%) indiquent que cette mise en cohérence n'est pas engagée (Allier, Aude, Dordogne, Eure-et-Loir, Jura, Loir-et-Cher, Loire-Atlantique, Lot, Manche, Meuse, Oise, Paris, Seine-et-Marne, Tarn, Vendée, Haute-Vienne, Yonne, Essonne, Guyane), vient tout juste de l'être (Charente-Maritime) ou va l'être très prochainement (Haute-Loire, Loiret, Réunion). Les principales difficultés rencontrées sont :

- la différence de niveau territorial (SDACR départemental et SROS régional avec une approche par territoire de santé) ;
- la spécificité d'un département par rapport au reste de la région ;
- les différences de calendrier d'élaboration ou de révision des deux schémas ;
- les réticences de l'un des acteurs (SDIS ou SAMU) à adhérer à la démarche.

[683] Six préfets (9% des réponses reçues) estiment que, même en l'absence de travail conjoint sur les deux schémas, ceux-ci ne présentent pas d'incohérence (Ardèche, Aveyron, Doubs, Rhône, Yvelines, Guadeloupe).

[684] Dans 18 départements (27%), la mise en cohérence est lancée mais inaboutie. Elle prend des formes diverses :

- effort particulier à l'occasion de la révision du SDACR : association de l'ARS ou du SAMU (Lot-et-Garonne, Puy-de-Dôme, Haute-Marne, Somme), prise en compte des orientations du SROS (Ariège, Haute-Marne, Yvelines) ou des moyens sanitaires existants (Calvados, Orne, Sarthe) ;
- association du SDIS à l'élaboration du SROS ou de son volet urgences (Cher, Indre, Puy-de-Dôme). Parfois, il peut s'agir d'un représentant régional des SDIS de la région (Nièvre, pour la région Bourgogne) ;
- travail de cartographies (Aube, Mayenne, Deux-Sèvres) ;

- réflexion en CODAMUPS-TS (Pyrénées-Atlantiques) [208] .

[685] Dans quatre départements (6%), la démarche est considérée comme menée à son terme, conformément aux recommandations de la circulaire précitée : établissement d'un document de mise en cohérence (Ardennes, Drôme), étude qualitative et quantitative des moyens médicaux mis en œuvre et établissement des courbes isochrones des délais d'intervention des SMUR et des sapeurs-pompiers (Hérault). examen et validation par le CODAMUPS-TS (Charente, Drôme). Le Cantal en est presque au même point, mais dans le cadre d'une expérimentation qui doit encore faire l'objet d'une évaluation.

[686] Quatre autres départements (6%) indiquent avoir travaillé sur la cohérence des deux schémas à la faveur de la révision soit du SDACR seul (dans l'Eure, vérification que les délais de couverture sont inférieurs à 30 mn sur l'ensemble du territoire départemental ; en Meurthe-et-Moselle, définition de la réponse dans les zones blanches du SROS), soit du SDACR et du SROS (Lozère), soit de l'élaboration des conventions bipartites (Alpes-de-Haute-Provence).

[687] Les préfets des Alpes-Maritimes et du Val-d'Oise précisent que la mise en cohérence avait été réalisée mais qu'elle est à reprendre, chaque service ayant depuis lors opéré ses découpages opérationnels sans tenir compte de ceux de l'autre.

[688] Peu de départements annoncent un calendrier cible de mise en cohérence (Doubs, Loiret, Haute-Saône en 2014, Haute-Vienne en 2016).

[689] Dans un certain nombre de départements, la situation pourrait évoluer favorablement à relativement brève échéance, du fait de l'opportunité que constitue la révision en 2014 du SDACR (Aube, Cher, Creuse, Doubs, Eure-et-Loir, Haute-Loire, Loiret, Mayenne, Haute-Savoie, Mayotte) ou du SROS (Aude, Doubs, Nord).

[690] A noter, enfin, la méthode vers laquelle s'orientent les régions Franche-Comté et PACA, consistant en une tentative d'harmonisation régionale. En Franche-Comté, le travail de mise en cohérence associe les préfets des quatre départements, les SDIS et l'ARS, sous l'égide du préfet de région. A l'issue de cette première phase, l'éventuelle adaptation du SROS pourra être réalisée. En PACA, c'est l'ARS qui a pris l'initiative de lancer un travail conjoint avec les SDIS de la région.

[691] **<u>Question n° 3</u> : la convention prévue entre le SIS et le SAMU est-elle signée ? Quelles ont été ses modalités d'élaboration ? Son exécution vous donne-t-elle satisfaction ?**

[692] Dans plus des trois quarts des départements qui ont répondu, la convention SDIS-SAMU est désormais signée. Le travail réalisé peut être une simple actualisation de conventions antérieures (Hérault, Haute-Savoie). Ailleurs, les signatures se sont échelonnées depuis 2009 (Ardennes, Drôme, Savoie, Vendée), avec un pic en 2010 (Alpes-de-Haute-Provence, Cantal, Cher, Haute-Loire, Lozère, Haute-Marne, Nièvre, Orne, Pyrénées-Atlantiques, Seine-et-Marne, Somme, Haute-Vienne, Yonne, Val-d'Oise) mais aussi des aboutissements plus récents (Aude, Charente-Maritime, Eure, Eure-et-Loir, Indre, Loir-et-Cher, Loire-Atlantique, Deux-Sèvres en 2011, Allier, Ardèche, Aveyron, Charente, Dordogne, Loiret, Lot-et-Garonne, Mayenne en 2012, Ariège, Creuse, Doubs, Haute-Garonne, Lot, Oise, Tarn en 2013)[209].

[693] Cinq départements font état du maintien du dispositif conventionnel antérieur (Alpes-Maritimes, Corse-du-Sud, Jura, Yvelines, Guadeloupe), deux d'entre eux précisant qu'une révision de ce dispositif n'a pas été jugée nécessaire (Alpes-Maritimes, Yvelines).

[208] Deux autres départements ont engagé la démarche mais sans préciser comment : la Haute-Garonne et la Haute-Saône.

[209] S'y ajoutent six départements pour lesquels les réponses reçues ne précisent pas l'année de signature de la convention (Aube, Manche, Puy-de-Dôme, Haut-Rhin, Guyane, Réunion).

[694] Enfin, neuf départements (14%) indiquent que la convention n'est pas signée (Calvados, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Nord, Rhône, Haute-Saône, Sarthe, Essonne, Val-de-Marne). Sur le périmètre d'intervention de la BSPP, il n'existe pas de convention entre celle-ci et le SAMU de Paris ; le préfet de police évoque des actions de concertation avec les SAMU de petite couronne.

[695] Dans les départements où aucune convention n'a été signée depuis l'adoption du référentiel national, cette situation ne reflète pas nécessairement une mauvaise entente entre le SDIS et le SAMU :

- - il peut avoir jugé préférable de conserver le dispositif antérieur au référentiel (Yvelines, Jura avec le regroupement du SAMU à Besançon depuis 2005, Val-de-Marne avec la compétence de la BSPP) ;
- - la signature peut avoir été retardée par des changements à la tête du CHU ou du SDIS (Meurthe-et-Moselle, Meuse) ;
- - les relations peuvent simplement ne pas être encore formalisées par une convention (Calvados, Haute-Saône, Sarthe, Essonne).

[696] Parmi les départements où la convention est signée, 27 indiquent que son exécution donne satisfaction (Ardennes, Aude, Charente-Maritime, Dordogne, Drôme, Eure, Eure-et-Loir, Hérault, Loiret, Lot, Lozère, Manche, Haute-Marne, Nièvre, Orne, Puy-de-Dôme, Haut-Rhin, Haute-Savoie, Seine-et-Marne, Yvelines, Deux-Sèvres, Somme, Yonne) ou le laissent entendre (Aveyron, Charente, Lot-et-Garonne, Haute-Vienne).

[697] Cette satisfaction n'exclut pas l'identification de marges de progrès, portant notamment sur la tenue effective des réunions de suivi prévues (Loiret), sur la production des indicateurs attendus (Manche) ou sur le rapprochement des cultures et des pratiques opérationnelles (Ardennes, Haute-Vienne).

[698] Par ordre décroissant du nombre de mentions dans l'ensemble des réponses, les principales difficultés identifiées portent sur :

- le périmètre des départs réflexes, en général (Alpes-Maritimes, Ariège, Charente, Tarn) ou sur des points particuliers comme la notion de « lieu public » (Ariège, Doubs, Tarn), avec un risque de sous-utilisation des transporteurs sanitaires privés (dans les EHPAD par exemple), certains départs pour des urgences vitales (Loir-et-Cher) ou les douleurs thoraciques, hors champ de l'annexe I du référentiel (Doubs) ;
- les carences ambulancières : problèmes d'organisation des ambulanciers privés (Tarn), difficultés de la profession à répondre aux sollicitations du centre 15 (Orne), qualification des carences (Puy-de-Dôme, Vendée, Guadeloupe), concentration dans des tranches horaires chargées par ailleurs (Puy-de-Dôme) ;
- le suivi de l'exécution de la convention : périodicité des réunions de suivi (Val-d'Oise), manque d'indicateurs communs (Drôme) ou pertinents (Vendée), manque de données (Ariège, Haute-Garonne) ;
- le rôle et les modalités d'intervention des infirmiers sapeurs-pompiers (Alpes-Maritimes, Loire-Atlantique, Nord), ainsi que le positionnement et l'utilisation des véhicules légers infirmiers (Alpes-Maritimes) ;
- l'indemnisation des missions non obligatoires assurées par les SDIS (Allier), avec un impact sur les budgets hospitaliers (Ariège, Tarn) ;
- l'augmentation de la demande de secours (Haute-Garonne, Haute-Loire), pouvant aller jusqu'à fragiliser les capacités opérationnelles du SDIS et du SAMU dans un contexte délicat pour le volontariat chez les sapeurs-pompiers et de carence des ambulanciers privés (Haute-Garonne) ;

- la qualification des missions, le SAMU souhaitant qu'elle s'effectue *ex ante* sur la base des informations recueillies par téléphone avec l'appelant tandis que le SDIS estime qu'elle doit être faite *ex post* et sur site (Corse-du-Sud) ;
- le caractère non systématique de l'information mutuelle sur les moyens engagés (Vendée) ;
- les délais d'intervention du SMUR (Alpes-Maritimes) ;
- la définition du relevage de personnes (Vendée) ;
- les modalités de l'astreinte départementale du directeur des secours médicaux (Val-d'Oise) ;
- des sujets techniques : absence de centralisation de l'alerte et d'outils de gestion, de réseau radio à couverture départementale et de moyens d'interconnexion entre le CTA et le CRRA (Réunion), non convergence sur une annexe relative à la continuité des transmissions opérationnelles (Allier), nécessité d'améliorer l'autocommutateur (Yonne).

[699] Globalement, l'impression qui se dégage est le plus souvent celle d'une bonne entente locale ou de frottements assez naturels entre des acteurs devant trouver la bonne articulation entre leurs missions ou les modes de financement adéquats.

[700] Les réponses reçues permettent toutefois d'identifier des tensions problématiques dans les Alpes-Maritimes (périmètre du prompt secours et intervention des infirmiers sapeurs-pompiers), en Corse-du-Sud (qualification des missions), dans le Nord (question des infirmiers sapeurs-pompiers), dans le Rhône (définition et financement des missions d'appui logistique aux SMUR) et en Guadeloupe (facteur 1 à 10 dans le décompte des carences ambulancières).

[701] **Question n° 4 : quelles sont les forces et faiblesses de l'organisation retenue dans votre département en matière de réception et de traitement des appels d'urgence (plate-forme commune 15-18 ou non, modalités d'interconnexion, respect du principe d'information mutuelle SIS/SAMU) ? Le cas échéant, quelles sont les perspectives d'évolution?**

[702] Plus de trois quarts des réponses indiquent qu'il n'existe pas de plate-forme commune 15-18.

[703] Huit plates-formes physiques sont mentionnées (Ardèche, Ariège, Aude, Cher, Lot-et-Garonne, Puy-de-Dôme, Haute-Savoie, Essonne), le préfet du Cher soulignant qu'elle est installée dans l'enceinte de l'hôpital. Une neuvième plate-forme devrait prochainement ouvrir, dans l'Hérault. Par ailleurs, les préfets de la Creuse, de la Dordogne, du Lot, de l'Orne, de Seine-et-Marne et des Yvelines indiquent l'existence d'une plate-forme virtuelle dans leur département.

[704] Parmi les départements non dotés d'une plate-forme commune, certains précisent les difficultés rencontrées :

- complexité institutionnelle : présence de deux SAMU (Pyrénées-Atlantiques), compétence pluri-départementale de la BSPP (Val-de-Marne) ;
- interférences de démarches pilotées par les ARS : projet de l'ARS PACA de mutualiser les SAMU des Alpes-de-Haute-Provence et des Hautes-Alpes, régionalisation du SAMU en Franche-Comté et projet en ce sens en Pays-de-la-Loire ;
- rigidification des positions par le poids des investissements consentis par l'une ou l'autre structure ou les deux (Alpes-Maritimes, Haute-Loire) ;
- distance géographique entre les services (Meuse avec le SDIS à Bar-le-Duc et le SAMU à Verdun) ;

- refus de l'un des deux acteurs concernés (Hospices civils de Lyon dans le Rhône, SAMU à Paris, SDIS à la Réunion).

[705] Plusieurs préfets expriment le souhait de voir s'opérer un rapprochement physique du CTA et du CRRA de leur département (Dordogne, Lozère, Manche, Haut-Rhin, Rhône, Haute-Vienne). En Haute-Marne, la démarche devrait aboutir dans le courant de l'année ; en Corse-du-Sud, l'existence de projets immobiliers des deux côtés à horizon 2017 pourrait constituer une opportunité.

[706] Moins ambitieux que la création d'une plate-forme commune, l'interfaçage des systèmes de traitement des appels des deux services est nécessaire pour éviter la répétition des informations par téléphone, soit par l'appelant, soit par l'opérateur du premier service répondant.

[707] Deux départements ont poussé la démarche jusqu'à l'adoption d'un même logiciel par le SDIS et le SAMU (Aude, Haute-Savoie). Vingt autres indiquent que les logiciels du SDIS et du SAMU sont interfacés (Ardèche, Calvados, Cher, Creuse, Dordogne, Haute-Loire, Lot, Lot-et-Garonne, Lozère, Manche, Haute-Marne, Oise, Orne, Haut-Rhin, Rhône, Savoie, Seine-et-Marne, Yvelines, Deux-Sèvres, Vendée).

[708] En revanche, 31 réponses indiquent qu'un tel interfaçage n'existe pas. L'absence d'avancée dans ce chantier est, le plus souvent, imputable aux deux services (Allier, Alpes-de-Haute-Provence, Aveyron, Charente, Charente-Maritime, Corse-du-Sud, Doubs, Eure, Eure-et-Loir, Haute-Garonne, Indre, Jura, Loir-et-Cher, Mayenne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Nord, Haut-Rhin, Sarthe, Somme, Haute-Vienne, Yonne, Val-de-Marne, Val-d'Oise, Guadeloupe, Réunion, Mayotte). Le déblocage peut aussi dépendre plutôt du SAMU (Ardennes, Drôme, Nord) ou du SDIS (Aube). Des projets sont parfois bien engagés (Aube, Eure, Indre, Mayenne).

[709] Quelques préfets insistent sur l'existence et l'utilité d'un système de géolocalisation, soit partagé (Charente, Cher), soit dans l'un des services (Alpes-Maritimes côté SDIS, Indre côté SAMU), soit permettant à l'un de suivre les engagements de moyens de l'autre (suivi des moyens du SDIS par le SAMU dans le Haut-Rhin).

[710] Le réseau ANTARES est évoqué par quelques contributions seulement, et dans des sens différents : expression d'une attente, le déploiement n'étant pas encore intervenu (Eure, Corse-du-Sud et Val-d'Oise pour le SAMU), appréciation positive (Oise, Haute-Vienne, Val-d'Oise pour le SDIS), insatisfaction opérationnelle liée à des trous de couverture (Creuse), regret sur les limitations introduites par la doctrine d'emploi du SAMU qui refuse la transmission des bilans par le réseau radio (Calvados).

[711] Toutes les contributions reçues ne répondent pas explicitement à la question du respect du principe d'information mutuelle entre SDIS et SAMU. Celles qui s'expriment sur ce point affirment le plus souvent le respect de ce principe (Savoie, Seine-et-Marne, Yvelines, Somme, Haute-Vienne, Val-de-Marne, Guadeloupe). Toutefois, la Haute-Garonne, l'Indre et la Manche regrettent un défaut d'information soit mutuel, soit de la part de l'un des deux services.

[712] Enfin, plusieurs préfets signalent des bonnes pratiques qui facilitent les relations entre acteurs du secours à personne et de l'aide médicale urgente, comme des formations communes des opérateurs des deux centres d'appels avec visites croisées (Meuse, Tarn). Ces formations permettent de lutter contre les « barrières culturelles » et les « corporatismes » dénoncés par certains préfets. Parmi les autres exemples de bonne pratique, on peut citer l'adoption d'une grille commune de questionnement des appelants (Sarthe) ou encore la présence sur une plate-forme d'un coordonnateur ambulancier (Ardèche).

[713] **<u>Question n° 5</u> : la régulation médicale est-elle mobilisée dans les conditions prévues par le référentiel ? Les conditions de cette mobilisation vous paraissent-elles satisfaisantes ?**

[714] Plus de 70% des préfets qui ont répondu estiment que la régulation médicale est mobilisée dans les conditions prévues par le référentiel et/ou que les conditions de cette mobilisation sont satisfaisantes (Allier, Alpes-de-Haute-Provence, Alpes-Maritimes, Ardèche, Ardennes, Ariège, Aube, Aude, Aveyron, Calvados, Cantal, Cher, Corse-du-Sud, Creuse, Doubs, Drôme, Eure, Eure-et-Loir, Indre, Jura, Haute-Loire, Lot, Lot-et-Garonne, Lozère, Haute-Marne, Manche, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Nord, Oise, Orne, Puy-de-Dôme, Pyrénées-Atlantiques, Haut-Rhin, Haute-Saône, Savoie, Haute-Savoie, Seine-et-Marne, Yvelines, Deux-Sèvres, Somme, Vendée, Haute-Vienne, Essonne, Val-de-Marne , Val-d'Oise, Guadeloupe).

[715] Le préfet de police signale une organisation particulière sur le secteur de compétence de la BSPP, celle-ci ayant mis en place, compte tenu du volume d'activité à traiter, une coordination médicale chargée de recevoir les bilans secouristes et de déterminer les suites à donner, en étroite liaison avec le SAMU dès qu'un cas médical est détecté.

[716] Plusieurs départements indiquent avoir éprouvé le besoin de retravailler la notion de départ réflexe sur voie publique, soit dans le sens d'une régulation préalable, allant au-delà du référentiel national (Calvados), soit dans le sens d'une absence de mise en relation systématique de l'appelant avec un médecin régulateur, la faible gravité de nombreux cas ne justifiant pas un tel contact (Yvelines). De son côté, la Charente a mis en place une régulation préalable pour certaines situations dans des lieux privés considérées par le référentiel comme des cas de départ réflexe mais ne relevant pas d'urgences vitales.

[717] La satisfaction globale exprimée n'exclut pas l'existence de marges de progrès : interconnexions informatiques, éducation de la population pour éviter les descriptions exagérées (Aube), mise en place de procédures partagées (Seine-et-Marne), amélioration de la disponibilité des médecins régulateurs pour le CTA et les chefs d'agrès (Hérault aux heures de pointe, Meurthe-et-Moselle), harmonisation des réponses des médecins régulateurs au sein d'un même SAMU (Haute-Vienne), aplanissement de la question du déclenchement des carences ambulancières (Meuse), renforcement de la régulation libérale ou en nuit profonde (Aude), amélioration des échanges d'informations entre la régulation et les hôpitaux concernant l'arrivée de VSAV non médicalisés (Oise), amélioration des interconnexions avant et après les départs pour malaises ou accidents sur voie publique (Haute-Vienne), aplanissement de la question de la régulation des 1 800 opérations de relevage à domicile (Haute-Vienne), choix du vecteur héliporté (Alpes-Maritimes), révision du dispositif de régulation médicale appliqué pour les secours héliportés dans le secteur du Mont-Blanc (Haute-Savoie).

[718] Au-delà de ces pistes d'amélioration dans des départements où la régulation fonctionne plutôt bien, il existe aussi plusieurs départements dans lesquels les conditions de recours à la régulation médicale ne satisfont pas les préfets :

- désaccord entre les acteurs (Loiret) ;
- non respect du principe de régulation systématique par le SAMU : existence de cas de déclenchement d'une intervention sans régulation préalable en fonction de l'appréciation de l'urgence par l'opérateur du CTA, régulation par chaque acteur de ses propres équipes, transmission non systématique des appels par les sapeurs-pompiers au SAMU ;
- souhait du SAMU de pouvoir s'affranchir du référentiel pour mobiliser l'équipe la plus proche de la victime – sapeurs-pompiers ou transporteur sanitaire privé - dans les situations de départ réflexe ;
- manque de reconnaissance des sapeurs-pompiers de la part du SAMU : manque d'accès au médecin régulateur pour les chefs d'agrès, mis en relation avec un infirmier, reconnaissance difficile des moyens du SSSM, impression que le SAMU

majore la gravité des situations pour solliciter plus facilement le SDIS, les carences ambulancières croissant en parallèle faute de recherche réelle d'un transporteur sanitaire privé pouvant intervenir ;

- manque de lisibilité des engagements du SAMU et de la disponibilité des transporteurs sanitaires privés.
- manque d'effectifs, entraînant soit des difficultés d'utilisation des outils, soit des délais de réponse trop longs en été, faute d'un nombre suffisant de médecins régulateurs.

[719] **<u>Question n° 6</u> : la typologie des réponses (du secourisme à la réponse médicale) fonctionne-t-elle d'après vous de manière efficace ? Comment voyez-vous la place des infirmiers dans le dispositif ?**

[720] Une trentaine de préfets indiquent explicitement que, pour eux, la typologie des réponses fonctionne (Alpes-de-Haute-Provence, Alpes-Maritimes, Aube, Cher, Corse-du-Sud, Côtes-d'Armor, Dordogne, Eure, Hérault, Loir-et-Cher, Loiret, Lot-et-Garonne, Lozère, Meuse, Nord, Oise, Haut-Rhin, Rhône, Haute-Saône, Sarthe, Haute-Savoie, Seine-et-Marne, Yvelines, Deux-Sèvres, Somme, Haute-Vienne, Yonne, Essonne, Guyane, Réunion).

[721] L'existence d'une arborescence partagée des questions et des interventions entre le SDIS et le SAMU est un plus important pour optimiser la réponse et l'emploi des ressources (Lot-et-Garonne).

[722] L'intérêt des départs réflexes pour assurer l'efficacité de la réponse (Eure) est parfois contrebalancé par leur utilisation excessive, allant à l'encontre du principe de régulation (Ardennes, Vendée).

[723] Les difficultés mentionnées dans la mise en œuvre des réponses sont diverses, chacune étant citée par un ou deux préfets au maximum :

- existence d'une zone grise entre secours à personne et aide médicale urgente (Puy-de-Dôme) ;
- divergence d'approche entre le SDIS, qui raisonne en termes de réponse graduée et le SAMU qui privilégie une réponse adaptée (Drôme) ;
- risque de mauvais dimensionnement de la réponse : sous-dimensionnement observé parfois, possibilité de doublons car chacun gère ses propres moyens, réponse parfois sur-calibrée au regard de la gravité des situations ;
- sur-sollicitation des sapeurs-pompiers pour des carences ambulancières, avec pour conséquence une fragilisation de la capacité de réponse pour de vraies urgences (Haute-Marne) ; à l'inverse, le Loir-et-Cher réfléchit à un système de jonction entre VSAV et transporteurs sanitaires privés ;
- limite de la notion de réponse graduée dans les situations de relevage de personne : utilité d'une équipe de quatre sapeurs-pompiers ? possibilité d'envoyer un transporteur sanitaire privé ? (Charente, Haute-Garonne) ;
- difficultés en cas de sous-dimensionnement des SMUR (Savoie) ou dans les zones « blanches », éloignées des SMUR, pauvres en médecins (Mayenne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Orne) et en transporteurs sanitaires privés (Orne). Les réponses sapeurs-pompiers (médecins ou infirmiers) sont alors particulièrement précieuses (cf. infra) ;
- absence ou manque de médecins correspondants du SAMU (Oise, Guadeloupe) et de médecins sapeurs-pompiers (Guadeloupe), rendant difficile l'attente d'un SMUR ;
- faible sollicitation des médecins sapeurs-pompiers et infirmiers sapeurs-pompiers dans le cadre de l'aide médicale urgente ;

[724] A noter l'exemple de la Lozère, où le faible dimensionnement de chaque acteur conduit tous les intervenants à rechercher le plus juste emploi de leurs ressources, dans un esprit de complémentarité entre des sapeurs-pompiers volontaires à 99%, des infirmiers sapeurs-pompiers sous protocoles, des médecins correspondants du SAMU et une ligne de SMUR unique.

[725] Plusieurs préfets estiment que les infirmiers sapeurs-pompiers (ISP) agissant sous protocoles peuvent avoir une valeur ajoutée dans une optique de réponse graduée. Un préfet cite l'exemple d'une douleur thoracique, sur laquelle l'infirmier peut effectuer un électrocardiogramme, le transmettre au SAMU qui décide alors de la suite à donner et guide l'infirmier dans la mise en place d'un premier traitement si nécessaire (l'électrocardiogramme et le démarrage d'un traitement ne pouvant être réalisés par un sapeur-pompier secouriste). L'utilité des ISP est perçue :

- soit dans l'attente d'un SMUR (Manche, Meurthe-et-Moselle à partir de 2014, Oise) ;
- soit dans les zones éloignées des SMUR et pauvres en ressources médicales (Charente-Maritime sur l'île d'Oléron, Dordogne, Nièvre, Haute-Saône, Haute-Vienne). Sur ce point, Mayotte est un cas particulier du fait du manque de médecin sur l'île, qui ne compte même plus de médecin sapeur-pompier. Dans certains endroits, les ISP sont appelés à prendre une place croissante compte tenu de la raréfaction de la ressource médicale (Orne, Haute-Saône).

[726] Certains préfets estiment que les infirmiers sapeurs-pompiers ont vocation à être mobilisés pour la prise en charge d'urgences vitales ou le traitement de la douleur.

[727] La mise en place d'une capacité de réponse infirmière est mentionnée comme effective dans les départements suivants : Ardèche, Aude, Aveyron, Cher, Dordogne, Eure, Haute-Loire, Lot-et-Garonne, Lozère, Rhône, Yvelines, Deux-Sèvres, Vendée, Haute-Vienne, Guyane. Les préfets de l'Aude, du Cher, de la Haute-Loire, de la Seine-et-Marne et de la Haute-Vienne indiquent que le dispositif bénéficie d'une bonne reconnaissance par les SAMU.

[728] Dans le cas de la BSPP, les infirmiers sont mobilisés dans les ambulances de réanimation de la Brigade qui participent au service d'urgence, et non dans les VSAV.

[729] Ailleurs, le choix a été fait pour l'instant de ne pas mobiliser les infirmiers sapeurs-pompiers sur des interventions d'aide médicale urgente (Loir-et-Cher), soit parce que la para-médicalisation n'apparaît pas nécessaire (Val-de-Marne), soit parce que les ISP centrent leur action sur le soutien opérationnel (Ardennes), soit parce que le SDIS n'est pas doté d'une pharmacie à usage interne (Aube), soit parce qu'une tentative centrée sur la période d'affluence estivale a été jugée trop coûteuse par rapport à l'activité (Calvados).

[730] Dans d'autres départements, la ressource des infirmiers sapeurs-pompiers est contestée, voire non reconnue par le SAMU. Elle peut également être insuffisamment mobilisée.

[731] Les réticences ou conditions exprimées par les SAMU portent sur :

- le manque règles d'engagement claires et le caractère aléatoire des interventions (Puy-de-Dôme, Yvelines) ;
- la place de la régulation médicale (Nord, Guyane) ;
- un élargissement non concerté de l'aire géographique de mobilisation par rapport au projet initial de couverture des zones blanches (Savoie) ;
- le risque de retard induit par l'intervention d'un ISP dans la transmission du bilan secouriste, donc dans l'engagement du SMUR (Vendée) ;
- le risque de désorganisation des services hospitaliers, principaux employeurs des ISP (Savoie, Guadeloupe).

[732] Les préfets citent plusieurs facteurs facilitant le bon fonctionnement du dispositif, outre les préalables de formation à l'urgence (Haute-Marne) et de principe d'intervention sous protocoles (Jura) :

- la nécessité de concevoir l'intervention des infirmiers sapeurs-pompiers non dans un esprit de concurrence par rapport au SMUR, mais dans un esprit de coopération constructive (Drôme), avec les contre-exemples de la Réunion et de la Corse-du-Sud, tant pour le choix de localisation des ISP que pour les modes d'engagement ;
- l'élaboration conjointe des protocoles (Ariège, Aveyron, Lot-et-Garonne, Tarn) ou, à tout le moins, leur validation par le SAMU (Alpes-de-Haute-Provence, Meuse, Haute-Saône, Savoie) ;
- la définition des conditions d'intervention des ISP sous protocoles par rapport aux médecins du SMUR (Yvelines) ;
- la pratique de décisions conjointes d'engagement (Hérault).

[733] **<u>Question n° 7</u> : la répartition des prises en charge entre sapeurs-pompiers, SAMU, transporteurs sanitaires et associations agréées vous paraît-elle optimale ? Si non, comment l'améliorer ?**

[734] Seulement un peu plus du quart des préfets répondants (17 sur 66) indiquent que la répartition des prises en charge leur paraît bonne (Aube, Cher, Drôme, Indre, Loir-et-Cher, Haute-Loire, Loiret, Lozère, Nord, Pyrénées-Atlantiques, Haute-Saône, Haute-Savoie, Deux-Sèvres, Somme, Essonne, Val-de-Marne, Réunion).

[735] Ils insistent sur deux facteurs facilitant l'organisation des prises en charge dans de bonnes conditions : signature d'une convention avec les transporteurs sanitaires privés et cohérence avec la convention SDIS-SAMU (Aube, Cher, Indre, Loir-et-Cher), existence d'un coordonnateur ambulancier, présent sur la plate-forme de régulation (Drôme, Haute-Savoie).

[736] Dans les autres départements, les difficultés se concentrent principalement sur les carences, sous plusieurs aspects : nombre et évolution, définition, prise en charge financière, conséquences.

[737] Plusieurs préfets fournissent des éléments chiffrés sur les interventions des sapeurs-pompiers sur carences dans leur département en un an et estiment ce volume trop important : 200 en Vendée, 657 dans les Ardennes (en 2013), 700 dans le Puy-de-Dôme, 2 300 dans la Meuse, 7 000 à 9 000 dans l'Oise, 10% des interventions du SDIS dans la Haute-Marne et 15% dans le Jura, 10% des sorties de secours à personne en Dordogne.

[738] Inversement, d'autres préfets indiquent que le nombre de carences est limité (Indre, Haute-Loire pour une centaine par an, Lozère, Val-de-Marne pour moins de 0,5% des cas).

[739] L'approche par le nombre de carences doit être complétée par une prise en compte de leur dynamique d'évolution : en hausse en Charente-Maritime et dans la Meuse, en baisse régulière (-5%) ces dernières années dans la Drôme et en diminution d'un tiers en 2013 dans le Lot grâce à la signature de la convention et à la clarification des missions de chacun qu'elle a permise.

[740] Le paradoxe de tous ces chiffres est qu'ils sont fondés sur une définition souvent considérée comme floue de la notion de carence, pour plusieurs raisons :

- d'abord, parce qu'elle comprend à la fois les indisponibilités ambulancières et les indisponibilités de médecins libéraux dans le cadre de la PDSA (Hérault, Rhône) ;
- ensuite parce que certains critères de départ réflexe comme l'altération de la conscience ou les difficultés respiratoires peuvent être interprétés plus ou moins largement, donc éventuellement utilisés par un SAMU pour engager les moyens du SDIS sur une « fausse urgence », sans recherche préalable d'un médecin ou d'un transporteur sanitaire privé, le tout sans indemnisation du SDIS ;

- enfin, parce qu'il existe un débat sur la qualification des carences (*ex ante* ou *ex post*) et la requalification éventuelle de certaines missions en carences en fonction de la réalité de la situation du patient ou de la victime.

[741] Troisième aspect des carences, la dimension financière pose trois questions pour les préfets : une question de montant unitaire de l'indemnisation des SDIS (un préfet indique un coût réel évalué à 370 € par sortie d'un véhicule de secours du SDIS), une question de nombre de carences prises en compte et une question de liberté de choix de leur type d'activité par les transporteurs sanitaires, qui peut les conduire à se spécialiser sur les créneaux les plus rentables et à laisser aux sapeurs-pompiers les interventions les plus longues et coûteuses – surtout dans les départements où les distances se comptent plus en temps qu'en kilomètres –.

[742] Dernier point, plusieurs préfets estiment que le nombre trop important de carences a un impact direct ou indirect sur le volontariat (Corse-du-Sud, Dordogne), à la fois auprès des volontaires eux-mêmes et surtout, de leurs employeurs.

[743] Pour surmonter ces difficultés, les préfets ouvrent plusieurs pistes :

- révision de la garde ambulancière (Aveyron, Calvados qui subit des grèves pour la revalorisation du forfait, Creuse, Orne qui souhaite une garde 24h sur 24h). Un préfet estime pour sa part que la suppression de la garde départementale permettrait de faire des économies. Le préfet de l'Aude suggère de s'appuyer sur les dispositions de la LFSS 2012 pour tester de nouveaux dispositifs en mutualisant les enveloppes financières consacrées aux transports sanitaires urgents pré-hospitaliers (dont l'enveloppe de la garde) et à l'indemnisation des SDIS pour leurs interventions sur carences ;
- structuration de la profession des transporteurs sanitaires privés (Puy-de-Dôme, Savoie, Seine-et-Marne) : travail sur leur maillage territorial (Charente-Maritime, Meuse, Oise, Orne, Essonne, Guyane) ; création d'un coordonnateur ambulancier (Nièvre, Savoie, Val-d'Oise) ; contractualisation sur les délais d'intervention (Haute-Marne) et amélioration de l'offre pendant les créneaux horaires où elle est insuffisante (Charente-Maritime, Oise, Essonne, Guyane) ;
- révision du quota d'agréments de sociétés d'ambulances sur le département en fonction de l'évolution démographique (Eure) et en tenant compte de l'allongement des temps de transport par l'éloignement des plateaux techniques (Meuse) ;
- mise en place d'outils permettant un meilleur dialogue entre le CRRA et les transporteurs sanitaires privés et un meilleur suivi de la disponibilité de ces derniers : interfaçage informatique (Lot-et-Garonne), géolocalisation des moyens des transporteurs (Calvados, Nièvre, Val-d'Oise), outils communs d'évaluation (Haute-Garonne) ;
- information du public sur les rôles respectifs des trois acteurs et le caractère obligatoire de l'appel au 15 pour toute demande médicale lorsque les cabinets médicaux sont fermés (Ardèche) ;
- signature de la convention bipartite SAMU-ATSU prévue (Nièvre) et reprise d'une approche tripartite en complément (Ardennes, Val-d'Oise). Ces conventions doivent permettre de réfléchir aux missions de chaque acteur dans le contexte du département. Dans le Loiret par exemple, il a été prévu, d'un commun accord entre SDIS, SAMU et transporteurs sanitaires privés, la possibilité d'engager ces derniers pour une intervention dans une école, pourtant lieu public au sens du référentiel national. Ceci a permis à la fois de préserver les ressources du SDIS et d'assurer une activité suffisante aux transporteurs sanitaires privés.

[744] Au-delà des travaux d'élaboration des conventions, on observe l'existence d'approches assez différentes des missions des transporteurs sanitaires privés en fonction des départements : pour le préfet du Loir-et-Cher, il importe de privilégier, en cas d'urgence vitale, l'équipe (sapeurs-pompiers ou transporteur sanitaire privé) la plus proche du patient ou de la victime, dès lors qu'elle a la formation adéquate ; pour le préfet des Alpes-de-Haute-Provence au contraire, il doit y avoir une séparation stricte entre le transport sanitaire allongé sous surveillance, relevant des transporteurs sanitaires privés, et le transport d'urgence de malades lourds, instables, nécessitant des gestes de secourisme et d'immobilisation, de la compétence des sapeurs-pompiers. Ces positions reflètent sans doute des équilibres propres à chaque département.

[745] Enfin, les associations agréées de sécurité civile sont en général peu impliquées dans le secours à personne et l'aide médicale urgente, à l'exception notable de l'aire de compétence de la BSPP. Dans la capitale et en petite couronne, alors que les transporteurs sanitaires privés n'interviennent pas dans les transports primaires, les associations agréées de sécurité civile participent au service de la BSPP le week-end en détachant un certain nombre de vecteurs directement dans ses centres de secours. Ce dispositif donne satisfaction.

[746] Ailleurs, les associations agréées de sécurité civile jouent un rôle important dans la mise en place des dispositifs prévisionnels de secours (Alpes-Maritimes, Charente, Doubs, Indre, Lot-et-Garonne, Mayenne, Meurthe-et-Moselle). Le fait qu'elles ne disposent pas d'autorisations de transport sanitaire oblige toutefois les sapeurs-pompiers à prévoir leur propre dispositif et à intervenir en appui (Alpes-Maritimes, Mayenne, Meurthe-et-Moselle).

[747] **<u>Question n° 8</u> : l'engagement d'accès aux soins urgents en moins de 30 mn a-t-il conduit à modifier les pratiques ou les projets d'organisation de la réponse, par service et entre les services effecteurs ?**

[748] Parmi les départements répondants, une vingtaine indiquent que l'engagement était déjà couvert avant son annonce (Ardennes, Calvados, Charente-Maritime, Eure, Eure-et-Loir, Loir-et-Cher, Loiret, Lot-et-Garonne sauf pour certaines pathologies, Lozère, Nièvre, Nord, Orne, Haute-Saône, Seine-et-Marne, Yvelines, Deux-Sèvres, Essonne, Val-de-Marne, Guadeloupe avec hélicoptère si besoin). Deux autres précisent que leur SDACR est déjà construit sur des délais au moins aussi exigeants (Alpes-Maritimes, Aude).

[749] D'autres répondent uniquement que les pratiques n'ont pas été modifiées (Allier, Corse-du-Sud, Drôme, Manche, Haute-Marne, Puy-de-Dôme, Haut-Rhin, Sarthe, Somme, Yonne. En Haute-Marne, le préfet précise que certaines zones ne sont pas couvertes en moins de 30 minutes aujourd'hui.

[750] Un préfet indique que l'engagement est impossible à respecter dans son département, compte tenu de la configuration du territoire (Guyane).

[751] Sur la plaque parisienne, les difficultés principales tiennent au positionnement des services d'urgence et aux conditions de circulation (impact de la fermeture du service des urgences de l'Hôtel-Dieu sur les distances et, surtout, les durées de transport pour la BSPP). S'y ajoutent, une fois les VSAV arrivés aux urgences, des délais parfois très longs de prise en charge au sein des établissements de santé.

[752] Quelques préfets signalent que les sapeurs-pompiers ne sont pas conviés aux travaux engagés par les agences régionales de santé sur l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes. A l'inverse, dans d'autres départements, tous les acteurs sont associés (Mayenne). Parfois, la problématique est traitée dans le cadre des comités de suivi SDIS-SAMU (Charente) ou dans des groupes réunissant l'ARS et les SDIS (Dordogne, Rhône avec la mise en place par l'ARS d'une commission régionale des soins urgents et des soins non programmés).

[753] Les réflexions ou évolutions en cours tournent autour de cinq grands axes.

[754] Le premier est la reconfiguration de certaines lignes de SMUR (Doubs, Jura). A Mayotte, une deuxième ligne de SMUR devrait être ouverte en 2014. En Haute-Savoie, un renforcement de la collaboration avec les SMUR des départements voisins est en cours.

[755] Le second axe est la recherche d'une meilleure utilisation des ressources en établissements pour répondre aux demandes de soins non programmés : conventionnement interdépartemental (comme par exemple entre les centres hospitaliers de Châteauroux et de Guéret), apports de petits plateaux techniques et de centres de premiers recours (Ardèche), intégration dans les projets de santé des maisons et pôles de santé pluridisciplinaires de modes de prise en compte des petites urgences traumatologiques par l'hôpital local (Ariège, Tarn), coopération transfrontalière lorsque le contexte le permet (Haute-Savoie avec les cantons de Genève et du Valais).

[756] Le troisième axe de travail est le renforcement de la capacité d'action médicale hors SMUR. Dans l'esprit des ARS, le principal vecteur de ce renforcement est le dispositif des médecins correspondants du SAMU (Ardèche, Ariège, Cher, Creuse, Indre, Haute-Loire, Lozère, Puy-de-Dôme, Haute-Saône, Savoie, Haute-Savoie, Tarn, Vendée, Haute-Vienne). Parfois, le projet n'est encore qu'à l'état de réflexion (Creuse, Haute-Loire). Ailleurs, il ne s'agit que de formaliser l'existant (Puy-de-Dôme, Haute-Savoie). Dans le Cher, un financement a été obtenu pour les MCS à l'initiative du SAMU du CH de Bourges. La mise en place d'un réseau de correspondants du SAMU se heurte toutefois à trois difficultés :

- la relance du dispositif MCS peut avoir pour conséquence de tendre les relations entre SDIS et SAMU, ou entre SDIS et ARS lorsque les SDIS ont l'impression que l'ARS et le SAMU ne prennent pas en compte l'existence de médecins sapeurs-pompiers. Un préfet évoque le ressenti du SDIS comme celui d'un « déni des sapeurs-pompiers et du SSSM » ;
- il peut arriver qu'un SAMU mobilise très peu ses médecins correspondants, même lorsqu'il y en a ;
- dans certains départements, les médecins sapeurs-pompiers refusent de devenir MCS ; dans d'autres, aucun médecin ne souhaite intégrer le réseau des MCS (Haute-Saône).
- Face à ces difficultés, plusieurs solutions pragmatiques se développent :
- dans les Alpes-de-Haute-Provence, face à la faiblesse des moyens SMUR et des médecins sapeurs-pompiers, SDIS et SAMU unissent leurs forces pour essayer de motiver les médecins libéraux afin qu'ils entrent dans au moins dans l'un des deux réseaux ;
- dans le Lot, la régulation médicale mobilise les médecins sapeurs-pompiers, faute de MCS ;
- l'Hérault a créé il y a un an une nouvelle garde associant la réponse à l'aide médicale urgente et à la permanence de soin ambulatoire. Elle est organisée par une convention signée conjointement par l'ARS, le CHU de Montpellier, le SDIS de l'Hérault, les communautés de communes, les EHPAD et l'hôpital local de Clermont l'Hérault. Cette garde assure une couverture sur un secteur situé à plus de 30 minutes d'un SMUR ; les médecins ont conjointement le statut de médecin sapeur-pompier et médecin correspondant du SAMU.
- le SAMU de la Nièvre s'appuie sur l'AMILUV (association de médecins urgentistes intervenant dans l'attente de l'arrivée du SMUR) ;
- l'Aveyron s'apprête à tester un dispositif expérimental de « médecin sapeur-pompier intervenant à la demande du SAMU » : la régulation médicale fera appel à des équipes composées d'un médecin sapeur-pompier volontaire formé à l'urgence, d'un infirmier sapeur-pompier et de sapeurs-pompiers volontaires ;
- dans l'Indre, le dispositif de réseau SAMU a été étendu à des infirmiers.

[757] Le quatrième axe de réponse à l'engagement d'accès à des soins urgents en 30 minutes est la reconnaissance d'une réponse graduée et de la pertinence du recours, dans les zones blanches, à des infirmiers sapeurs-pompiers agissant sous protocoles. Cet axe ne fait pas consensus. Dans l'Ariège et le Tarn par exemple, les SAMU ne reconnaissent pas les infirmiers sapeurs-pompiers (ISP). En revanche, des ISP travaillant sous protocoles sont mobilisés en Lozère sans difficultés et dans la Meuse avec une question de prise en charge financière de leurs interventions. En Meurthe-et-Moselle, l'ARS finance une garde d'infirmiers travaillant sous protocoles sur les zones blanches pour attendre l'arrivée d'un SMUR.

[758] Le cinquième axe est l'extension des capacités de transports aéroportés. Différents projets de mise en place d'hélicoptères « Santé » sont en cours : hélicoptère régional pour la Franche-Comté (Doubs, Jura, Haute-Saône), hélicoptère interdépartemental pour le Gers, le Lot, le Lot-et-Garonne et le Tarn-et-Garonne (Lot-et-Garonne), mise à disposition d'un hélicoptère pendant l'été en Vendée.

[759] Plusieurs préfets s'inquiètent de cette approche d'utilisation exclusive : pour un préfet, le besoin n'est pas avéré et l'acquisition d'un hélicoptère Santé risque de compromettre la pérennisation de l'hélicoptère de la sécurité civile pourtant actif et plus polyvalent. Le préfet de la Réunion, lui, indique qu'il est favorable à une flotte d'aéronefs d'Etat.

[760] Pour le préfet de la Savoie, il importe de retravailler la question des moyens aéroportés en interdépartemental.

[761] Enfin, dans certains départements, les sapeurs-pompiers prennent des initiatives propres pour contribuer à l'objectif de prise en charge en moins de 30 minutes : redéploiement de VSAV entre centres de secours dans les Côtes-d'Armor, investissements matériels et recherche de nouvelles implantations (Haute-Garonne).

[762] **<u>Question n° 9</u> : les sapeurs-pompiers ou le SAMU vous paraissent-ils engagés dans des tâches indues au regard des missions que leur attribue la loi ? Si oui, merci d'illustrer par des exemples**

[763] Une quinzaine de réponses, soit un peu moins du quart des contribution reçues, n'identifient pas de tâches indues – ou alors, dans des proportions marginales - dans les interventions assurées par le SDIS et le SAMU (Aveyron, Cantal, Côtes-d'Armor, Indre, Loir-et-Cher, Haute-Loire, Loire-Atlantique, Lot, Nord, Pyrénées-Atlantiques, Haut-Rhin, Haute-Saône, Sarthe, Deux-Sèvres, Yonne, Guyane) ou pour le SAMU seul (Charente).

[764] Pour les autres, les tâches indues relèvent de trois groupes principaux. Elles concernent parfois plutôt les SDIS, parfois plutôt les SAMU, parfois les deux.

[765] Le premier groupe a trait aux interventions de transport :

- le sujet des carences ambulancière est le plus cité (Allier, Alpes-Maritimes, Charente, Charente-Maritime, Corse-du-Sud, Doubs, Hérault, Jura, Loiret, Haute-Marne, Mayenne, Oise, Savoie, Somme, Vendée, Yonne, Val-d'Oise, Paris et petite couronne), la question n'étant pas le principe d'une intervention des sapeurs-pompiers en dernier recours, mais le nombre, la qualification, la prise en charge financière des indisponibilités des transporteurs sanitaires privés ainsi que leur impact sur le volontariat ; le sujet des renforts de brancardage est également évoqué (Calvados, Doubs) ;
- de même, la possibilité d'appuis logistiques des sapeurs-pompiers aux SMUR et de transport de malades comme vecteur du SAMU n'est pas considérée comme une tâche indue mais ces missions apparaissent éloignées du cœur du secours à personne (Aude, Calvados, Cher, Drôme). En outre, le service rendu est rarement reconnu au plan financier (Allier, Hérault). Parmi les types de prestations, il arrive

que des sapeurs-pompiers conduisent des véhicules SMUR, situation à laquelle la préfecture concernée veut mettre un terme ;

- l'allongement des transports par éloignement des plateaux techniques ne constitue pas non plus une tâche indue, mais il est signalé pour ses conséquences sur la disponibilité opérationnelle des véhicules et des équipes (Creuse, Meurthe-et-Moselle, Val-d'Oise) ;
- les tâches de transport les plus contestées sont la prise en compte de transports secondaires (Hérault, Meuse), les transports médicaux non urgents (Charente-Maritime, Corse-du-Sud, Dordogne) et le transport de patients à domicile (Ardennes, Guadeloupe occasionnellement). Sur ce dernier point, à noter une exception liée au contexte montagnard : en Haute-Savoie, les sapeurs-pompiers assurent le retour à domicile des blessés en montagne des membres inférieurs lorsque les cabinets médicaux des stations sont engorgés.

[766] Le second groupe de tâches considérées comme indues concerne les interventions de nature sociale ou médico-sociale (Lozère, Manche, Orne, Rhône, Yvelines) :

[767] - maintien à domicile de personnes âgées (Eure, Mayenne, Puy-de-Dôme, Val-d'Oise) ou malades, avec la progression rapide du nombre de relevages (Ardennes, Aude, Calvados, Charente, Creuse, Drôme, Haute-Garonne, Jura, Meuse, Rhône, Yvelines, Haute-Vienne) mais aussi la gestion des téléalarmes (Calvados, Lot-et-Garonne, Haute-Savoie) et les interventions lorsque les personnes ne répondent pas aux appels (Haute-Garonne). La question du relevage de personnes se pose également dans les maisons de retraite (Haute-Garonne, Essonne). Le département des Ardennes a mis en place une doctrine d'intervention mobilisant en priorité les transporteurs sanitaires privés pour les interventions de relevage à domicile, en accord entre tous les acteurs ;

- prise en charge des personnes agitées ou en situation d'ivresse sur la voie publique (Alpes-Maritimes, Ardennes, Aude, Charente-Maritime, Meurthe-et-Moselle, Oise) ;
- prise en charge de personnes en situation de précarité ou de détresse sociale (Drôme, Hérault, Meurthe-et-Moselle, Rhône, Yvelines) : sans domicile fixe (Eure, Eure-et-Loir), personnes en situation irrégulière (Rhône, Mayotte).

[768] A la frontière entre le médical, le social et l'ordre public, la prise en charge des patients supposés atteints de pathologies psychiatriques et devant faire l'objet de soins sans consentement mobilise souvent longuement les sapeurs-pompiers ou le SMUR, ainsi que les forces de l'ordre, dans des conditions non satisfaisantes (Charente-Maritime, Eure, Oise, Rhône).

[769] Troisième groupe de tâches indues, l'établissement des certificats de décès en l'absence d'un médecin ambulatoire pour le faire pèse surtout sur les SAMU (Ardèche, Charente-Maritime, Drôme, Haute-Garonne, Oise, Guadeloupe, Réunion, Mayotte pour les naufrages en mer). Le préfet de la Manche indique qu'une solution à ce problème semble trouvée dans le cadre du nouveau cahier des charges régional de la permanence des soins.

[770] Enfin, quelques autres tâches indues sont mentionnées, mais elles sont soit spécifiques à un petit nombre de départements (organisation et remboursement du secours en montagne en Savoie et Haute-Savoie, carences de bas de piste en Savoie), soit non centrales aujourd'hui pour l'équilibre de l'activité des services : décrochage de nids de guêpes (Puy-de-Dôme), recherches à vocation judiciaire (Puy-de-Dôme), interventions sur violences légères (Ardennes).

[771] Les causes de développement des tâches indues sont mêlées :

- vieillissement de la population, maintien à domicile, dilution du lien social, isolement, dépendance (Val-d'Oise) ;

- exagération des situations décrites par certains appelants, ayant pour conséquence que la qualification exacte de la demande et du besoin n'est possible qu'a posteriori (Aube, Hérault, Yvelines) ;
- organisation insuffisante de la profession de transporteurs sanitaires privés, pouvant conduire à une sollicitation préférentielle du SDIS par le SAMU, en raison de sa disponibilité et de sa réactivité (Tarn), y compris pour des interventions à domicile (Haute-Vienne) ; les sapeurs-pompiers sont aussi parfois appelés pour des missions non urgentes (Essonne), dont des hospitalisations programmées (Calvados) ;
- faiblesse ou carence de la permanence des soins ambulatoires (Alpes-Maritimes, Lozère, Oise, Puy-de-Dôme, Rhône, Yvelines). Dans l'Oise par exemple, il n'y a pas de régulation libérale en journée et le dispositif des maisons médicales de garde ne paraît pas optimal, ce qui a des conséquences à la fois sur le SAMU (surcroît d'activité de régulation), le SDIS (surcroît d'interventions) et le service des urgences (surcroît de passages). Les défaillances de la permanence des soins entraînent la mise en place d'interventions de levée de doute par les sapeurs-pompiers, avec ou sans transport (Eure, Hérault, Meurthe-et-Moselle).

[772] Si ces tâches indues pèsent sur les budgets des services – notamment des SDIS – et sur la motivation des équipes, les préfets sont prudents sur les éventuelles évolutions à envisager pour les interventions à caractère social ou médico-social. Les sapeurs-pompiers sont souvent le dernier recours ou le dernier service public de proximité (Alpes-de-Haute-Provence).

[773] Pour le préfet de Seine-et-Marne, il faut pouvoir apporter une réponse à la sollicitation de la population et que la réponse soit adaptable. Cette réflexion le conduit notamment à préconiser une révision du le critère de voie publique pour les départs réflexes (cas d'une légère entorse de cheville sur un terrain de sport), rejoint en cela par exemple par le préfet de l'Ariège (interventions en EHPAD…) et le préfet de police. Le préfet de la Haute-Marne s'interroge sur la part de départs réflexes, sachant qu'il n'y a jamais rappel d'un VSAV parti même lorsque caractère indu de la mission est découvert.

[774] **<u>Question n° 10</u> : quel bilan tirez-vous de cinq années de mise en œuvre du référentiel (points positifs, difficultés) ? Quelles pistes d'amélioration suggérez-vous ?**

[775] Si quelques préfets invoquent le caractère trop récent de la finalisation de la déclinaison locale du référentiel pour se prononcer (Aveyron, Cantal, Doubs, Haute-Garonne, Loiret, Oise), d'autres, en assez grand nombre, évoquent un bilan positif ou satisfaisant (Ardèche, Aube, Drôme, Eure, Lot, Lozère, Nièvre, Pyrénées-Atlantiques, Savoie, Paris, Somme, Guadeloupe, Guyane). Le préfet du Nord estime que le référentiel est un « progrès ».

[776] La première vertu du référentiel a été de permettre une relance des échanges et un meilleur dialogue entre le SDIS et le SAMU, favorisant un rapprochement entre les deux services (Calvados, Lozère, Manche, Meuse, Haut-Rhin, Haute-Saône, Yvelines, Essonne, Réunion). Les résultats vont d'un apaisement des relations là où c'était nécessaire (Meuse) au développement d'une culture commune (Haute-Saône). Dans certains départements, les échanges ont été conduits à trois avec les transporteurs sanitaires privés (Orne).

[777] Le référentiel a également opéré une clarification des rôles (Alpes-Maritimes, Eure-et-Loir, Indre, Lozère, Haute-Marne, Nièvre, Puy-de-Dôme, Haut-Rhin, Rhône, Haute-Savoie, Val-d'Oise) et a le mérite d'être un « document opposable » « s'imposant à tous » (Meuse, Puy-de-Dôme, Vendée).

[778] La notion de départ réflexe est citée comme un apport positif par les préfets de l'Allier, de Lot-et-Garonne et de l'Hérault, ce dernier mentionnant également les bilans simplifiés et le partage d'informations.

[779] La démarche de déclinaison locale a conduit à une formalisation des pratiques (Cher, Yvelines, Haute-Vienne). Elle a également favorisé une harmonisation des réponses entre le CTA et le CRRA (Eure-et-Loir), pouvant se traduire par exemple par un recentrage des services sur leurs missions (Aube) ou une baisse de la part des engagements avant régulation (Calvados). Certains préfets relèvent une amélioration de la qualité de la réponse opérationnelle (Ardennes, Eure-et-Loir, Nord), un meilleur emploi des moyens (Val-d'Oise), voire une homogénéisation des pratiques d'un département à l'autre (Cher).

[780] Au-delà de ces appréciations générales, les contributions reçues mettent l'accent sur les plates-formes communes (Aude, Lot-et-Garonne), sur l'interconnexion téléphonique, radiophonique (apport d'ANTARES) et informatique (Creuse, Dordogne, Lot-et-Garonne), sur l'amélioration subséquente de la qualité et de la fiabilité des échanges de données (Eure-et-Loir) , sur la présence d'un coordonnateur ambulancier au CRRA (Drôme) et sur les réunions interservices régulières permettant de suivre l'exécution des conventions ou d'examiner à froid les éventuels dysfonctionnements constatés pendant des interventions (Alpes-de-Haute-Provence, Drôme, Seine-et-Marne, Yvelines).

[781] Pour autant, les préfets recensent un certain nombre de difficultés dans la mise en œuvre du référentiel :

- la poursuite de l'augmentation de l'activité de secours à personne (Ardennes, Eure, Puy-de-Dôme, Paris), dans un contexte marqué par les difficultés socio-économiques et la dégradation de la démographie médicale (Eure), ainsi que par une contrainte budgétaire plus prégnante (Ardennes). Les questions de financement deviennent plus aiguës, notamment pour les missions effectuées par les SDIS en dehors du prompt secours (Val-d'Oise). Il en va de même des questions d'efficience (comparaison des coûts d'intervention des sapeurs-pompiers et des transporteurs sanitaires privés (Ardèche) ;
- l'absence de gouvernance Intérieur – Santé au niveau national, qui se traduit par des contradictions entre les deux référentiels nationaux (SAP-AMU et AMU-transporteurs sanitaires) et, aujourd'hui, par la relance du dispositif des médecins correspondants du SAMU concomitamment avec la montée en puissance des SSSM des SDIS, sans articulation des deux démarches ;
- la pratique du départ réflexe : quelques divergences d'interprétation du référentiel sont signalées (Charente, Tarn) ; parfois, le CRRA a du mal à s'approprier la notion et à la mettre en œuvre pour les appels qu'il reçoit en premier (Val-d'Oise) ; plus fondamentalement, des questions sont posées sur le caractère systématique des départs réflexes pour les interventions sur la voie publique (Paris) et sur l'étendue de la notion de lieu public (Ariège et Tarn au sujet des EHPAD, Charente sur les établissements recevant du public relevant du droit du travail, Haute-Savoie au sujet des cabinets médicaux) ;
- le transport sanitaire privé, qui apparaît comme un point faible du dispositif dans plusieurs départements : tantôt, ce sont les transporteurs privés qui expriment un sentiment d'exclusion (Ardennes), tantôt c'est l'absence de garde ambulancière qui est mise en avant (Val-d'Oise) ou le nombre de carences (Cher, Côtes-d'Armor), le sujet étant en outre pollué par des divergences de décompte (Côtes-d'Armor, Loiret). La mise en place d'un coordonnateur ambulancier n'est pas toujours considérée comme suffisante pour remédier à ces difficultés (Ariège) ;
- le manque d'outils et d'indicateurs de suivi, à la fois pour le pilotage global (Val-d'Oise), le recueil et le traitement à froid des dysfonctionnements opérationnels (Ariège, Tarn) ou encore pour le suivi et l'évaluation de la régulation médicale (Ariège) ;
- l'appropriation du référentiel et des conventions locales, lente dans certains SAMU (Mayenne), parfois sous l'effet d'un turnover trop important (Guyane) ;

- quelques rares situations de tensions ou de blocage (refus d'une plate-forme commune, conflit sur les véhicules légers infirmiers et les hélicoptères, délais de signature de la convention locale par l'ARS, conflits de personnes).

[782] Les propositions formulées par les préfets découlent des difficultés qu'ils observent et vont au-delà :

- éducation de la population (Aube, Savoie, Paris), notamment en rendant obligatoire le PSC1 à l'école (Aube) ;
- mise en place d'un pilotage national interministériel de l'aide médicale urgente (Rhône) et mise en cohérence des deux référentiels nationaux (Loir-et-Cher), voire fusion en un unique référentiel tripartite (Meuse) ;
- renforcement du pilotage local : développement d'une capacité de pilotage conjoint préfet-ARS (Nord), mobilisation accrue de l'ARS (Mayenne, Savoie), sortie du nouveau SDACR (Guadeloupe) ;
- mise en place d'un comité de suivi régulier (Dordogne, Guyane), de la démarche qualité (Alpes-Maritimes, Haute-Loire, Pyrénées-Atlantiques) et du suivi d'indicateurs financiers (Haute-Loire) ;
- développement de plates-formes communes (Calvados, Drôme, Rhône, Somme, Tarn) ;
- amélioration des systèmes d'information et de communication : interconnexion informatique entre SAMU et SDIS (Drôme, Eure-et-Loir, Deux-Sèvres, Haute-Vienne) ou entre SAMU d'une même région (Tarn pour les huit SAMU de la région Midi-Pyrénées via l'ORUMIP) ; déploiement du réseau ANTARES (Yvelines) ;
- amélioration de la coordination des moyens médicaux engagés et des échanges d'information sur le déploiement de moyens SMUR (Aube, Dordogne) ;
- révision de la notion de départ réflexe, en précisant les situations d'urgence vitale et la nature des lieux d'intervention (Ariège, Charente, Haute-Savoie, Tarn), ainsi que les situations de relevage de personne, les « personnes restant à terre suite à une chute » justifiant d'après les référentiel un départ réflexe des sapeurs-pompiers (Drôme) ;
- structuration de la profession de transporteur sanitaire privé : signature d'une charte de déontologie (Drôme), définition de leurs missions et obligations, notamment en termes de disponibilité (Alpes-de-Haute-Provence, Lot-et-Garonne, Meurthe-et-Moselle, Orne) et sur les missions à domicile (Meurthe-et-Moselle) et contractualisation sur un délai d'intervention de 45 minutes (Haute-Marne), signature de la convention prévue entre SAMU et transporteurs sanitaires privés (Lot) ; mise en place d'un coordonnateur ambulancier (Haute-Garonne, Tarn), voire d'une plate-forme départementale incluant également la régulation des transports programmés (Tarn) ; mise en place d'un outil de régulation du tour de garde et d'un outil de gestion de leur activité (Calvados) ; instauration d'une garde 24h/24 (Haute-Garonne) ; géolocalisation des moyens des transporteurs sanitaires privés (Haute-Garonne) ;
- requalification des interventions *a posteriori* (Haute-Garonne) ;
- prise en compte des évolutions territoriales et sociétales structurelles : traitement de la question de la permanence des soins et de l'insuffisance du nombre de médecins dans certaines zones (Aube, Haute-Garonne, Lozère), vieillissement de la population (Cher), utilisation d'une réponse graduée incluant les infirmiers sapeurs-pompiers (Lot-et-Garonne), encadrement de l'activité des sociétés de télésurveillance (Lot-et-Garonne) ;

- amélioration de l'efficience, par exemple en choisissant un seul mode de couverture (sapeurs-pompiers ou transporteurs sanitaires privés) dans les zones à faible activité (Drôme),
- mise en adéquation des sources de financement par rapport aux interventions effectuées (Alpes-Maritimes, Creuse) ;
- organisation des modes de transport spécifiques (transports héliportés pour le Lot-et-Garonne et la Lozère, transports bariatriques pour la Charente) ;
- développement d'une culture commune entre les services par la formation (Drôme, Haute-Loire).

[783] **<u>Question n° 11</u> : face aux éventuelles difficultés rencontrées, faut-il selon vous privilégier une solution nationale (révision du cadre législatif et réglementaire, affinement du référentiel…) ou des réponses locales définies dans le cadre d'un travail commun entre les acteurs ?**

[784] Autant tous les préfets s'accordent sur l'importance d'un travail local entre les acteurs de terrain, autant ils sont partagés sur les évolutions souhaitables au niveau national.

[785] L'importance d'un cadre national commun est reconnue, explicitement ou implicitement, par tous les préfets (notamment Drôme, Haut-Rhin).

[786] Pour certains, le cadre législatif et réglementaire n'a pas à être modifié aujourd'hui (Alpes-de-Haute-Provence, Aude, Haute-Marne, Yvelines). Il en va de même pour le référentiel national (Nièvre, Haute-Savoie, Yvelines, Réunion). Certains ne s'expriment pas explicitement sur ces deux points mais, leurs réponses mettant l'accent exclusivement sur le travail local, on peut en conclure qu'ils préconisent une stabilité du cadre juridique (Dordogne, Lot, Mayenne). Le préfet de la Réunion insiste particulièrement sur le fait qu'il faut du temps pour assurer la mise en œuvre des textes et que changer trop vite le cadre serait contre-productif.

[787] D'autres préfets, au contraire, sont favorables à une évolution du cadre juridique du secours à personne et de l'aide médicale urgente. Certains évoquent le cadre législatif et réglementaire, d'autres, plus spécifiquement, le référentiel SAP-AMU (Allier, Alpes-Maritimes, Haute-Loire, Meuse, Pyrénées-Atlantiques, Haute-Saône, Seine-et-Marne). Les principales attentes portent sur :

- la clarification et la réaffirmation du cadre général et des missions (Aveyron, Haute-Garonne, Loire-Atlantique, Manche, Puy-de-Dôme, Haute-Vienne, Yonne) ;
- l'aplanissement des questions financières (Ariège, Corse-du-Sud, Creuse, Hérault, Oise, Tarn), relatives notamment aux carences et aux appuis logistiques des SDIS aux SMUR avec définition d'un tarif national ;
- la redéfinition des missions des transporteurs sanitaires privés et de leurs conditions de rémunération (Cantal, Charente-Maritime, Eure-et-Loir), ainsi que de la garde ambulancière (Tarn) ;
- l'élaboration d'un référentiel national tripartite (Ardennes) dans le cadre d'un dialogue national réunissant les ministères chargés de l'intérieur et de la santé, l'Assemblée des départements de France, l'Association des maires de France et les représentants nationaux des transporteurs sanitaires privés (Meurthe-et-Moselle) ;
- la suppression des contradictions entre les deux référentiels (Doubs) ;
- l'affinement des situations d'urgence vitale (Charente) ;
- le règlement de la question de la régulation médicale des véhicules légers infirmiers (Nord) ;
- une plus grande précision dans l'article sur le relevage de personne (Lot-et-Garonne) ;
- la légitimation législative de la force de l'ARS (Guyane).

[788] Un préfet souligne qu'en cas de modification du cadre juridique en vigueur, il conviendra de tenir compte de l'existant et de veiller à ne pas déstabiliser les organisations locales qui fonctionnent (Jura).

[789] Plusieurs préfets souhaitent que des actions soient conduites au niveau national, mais qui n'appellent pas nécessairement une modification du cadre juridique :

- édiction de recommandations nationales en faveur des conventions tripartites (Ardèche) et de la mutualisation des moyens et des compétences (Dordogne) ;
- consignes sur l'application du référentiel dans le domaine des départs réflexes (Val-d'Oise) et sur la possibilité pour le SAMU de choisir son effecteur entre sapeurs-pompiers et transporteurs sanitaires privés en fonction de leur distance par rapport à la victime en cas d'urgence vitale (Loir-et-Cher) ;
- mise en place d'instances de concertation paritaires de recours (Allier) ;
- promotion d'outils communs (Seine-et-Marne) ou interopérables (Eure) ;
- réflexion sur les flottes d'hélicoptères (Savoie) ;
- réflexion sur les coûts du secours à personne pour les conseils généraux et sur les possibilités de participation de l'Etat (Haute-Loire) ;
- action du ministère chargé de la santé sur deux sujets financiers (carences et appuis logistiques aux SMUR) (Val-d'Oise).

[790] Enfin, plusieurs préfets font une mise en perspective plus large des enjeux, appelant de leurs vœux une réflexion intégrant les questions relatives à l'offre de soins primaires et de démographie médicale (Savoie), à la permanence des soins (Orne, Rhône) et au volet social des interventions (Orne).

[791] Les préfets qui souhaitent que des actions soient conduites au niveau national sont tout aussi soucieux de disposer de marges de manœuvre pour faire émerger localement les réponses opérationnelles de proximité les plus adaptées (Alpes-de-Haute-Provence, Ardennes, Aveyron, Charente, Eure, Haute-Garonne, Indre, Manche, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Orne, Puy-de-Dôme, Haut-Rhin, Savoie, Haute-Savoie, Haute-Vienne, Yonne, Essonne).

[792] Les préfets qui plaident pour une stabilité du cadre national mettent encore plus en avant les spécificités départementales pour privilégier des solutions locales (Aube, Aude, Calvados, Cher, Dordogne, Drôme, Lot, Lozère, Oise, Paris, Sarthe, Yvelines, Deux-Sèvres, Somme, Vendée, Guadeloupe, Guyane, Réunion).

[793] Toutefois, dans les départements où existent de fortes tensions, le travail local peut atteindre ses limites.

[794] **<u>Question n° 12</u> : le pilotage territorial actuel du dispositif de secours à personne et d'aide médicale urgente devrait-il, selon vous, être amélioré ? Si oui, que proposez-vous pour y parvenir ?**

[795] En réponse à cette question, un certain nombre de propositions portant sur les relations entre les acteurs du secours à personne et de l'aide médicale urgente, ainsi que sur leurs outils, sont formulées :

- compléter le dispositif conventionnel bipartite ou tripartite (Cantal, Charente, Doubs, Haute-Loire) et développer les instances locales de concertation et de communication (Jura) ;
- mieux articuler les travaux des SDIS et ceux des ARS ou des SAMU, par des associations croisées (Aube, Côtes-d'Armor, Val-d'Oise), par une meilleure prise en compte des priorités du SDACR dans le SROS (Aude), voire par une procédure d'avis conforme (Sarthe). Il est aussi proposé d'affecter un officier de sapeurs-pompiers à l'ARS (Sarthe) ;

- améliorer la couverture territoriale (Nièvre), par exemple par une structuration renforcée de l'offre de transport sanitaire privée (Creuse) ou encore par la prise en compte des délais d'intervention et de la proximité géographique des équipes, tous acteurs confondus, en cas d'urgence vitale (Loir-et-Cher) ;
- développer des outils communs ou au moins parfaitement interconnectés et interopérables : plates-formes physiques (Dordogne, Hérault), outils informatiques et de radiocommunications (Alpes-Maritimes, Côtes-d'Armor, Mayotte), formations (Dordogne), systèmes de suivi permettant un pilotage local (Ariège, Tarn), une vraie démarche qualité (Eure-et-Loir) ou des comparaisons interdépartementales (Ardennes, Loiret). L'Essonne souhaite par exemple pouvoir suivre les transports médicalisés d'urgence effectués par les sapeurs-pompiers à la place du SAMU ;
- renforcer les moyens matériels des services (Mayotte).

[796] Au-delà de ces propositions, souvent déjà développées dans les réponses aux questions précédentes, de quelques demandes de clarification des textes (Nièvre, Haute-Vienne) et d'une proposition d'investissement dans l'éducation de la population (Orne), de nombreuses réponses s'efforcent d'analyser les forces et faiblesses des relations institutionnelles entre les deux grands réseaux de l'Etat impliqués dans le pilotage du secours à personne et de l'aide médicale urgente : les préfets et les directeurs généraux des agences régionales de santé.

[797] Une dizaine de préfets estiment que le pilotage actuel est satisfaisant (Lot-et-Garonne, Lozère, Pyrénées-Atlantiques, Haut-Rhin, Haute-Savoie, Yvelines, Deux-Sèvres, Val-de-Marne, Val-d'Oise, Guadeloupe), parfois avec une mention spéciale pour le rôle du CODAMUPS-TS (Haute-Savoie, Val-de-Marne, Guadeloupe).

[798] A l'inverse, un préfet estime qu'il existe un dispositif d'aide médicale urgente piloté par l'ARS et un dispositif de secours à personne largement autogéré par le SDIS, et non un réel dispositif de secours à personne et d'aide médicale urgente.

[799] Un préfet rappelle que c'est d'abord le développement d'une vision commune entre les ministères chargés de la santé et de l'intérieur qui est nécessaire (Tarn).

[800] Un autre insiste sur l'importance des questions d'hommes : le pilotage fonctionne lorsque les responsables ont la volonté de travailler ensemble (Paris).

[801] Au niveau territorial, plusieurs conceptions se dégagent au sujet de l'articulation entre préfets et directeurs généraux d'ARS :

- certains préfets mettent l'accent sur le rôle de pilote des préfets (Allier, Alpes-de-Haute-Provence, Charente, Charente-Maritime, Loire-Atlantique, Lot, Lozère, Meurthe-et-Moselle, Nord, Puy-de-Dôme, Rhône, Haute-Saône, Savoie, Haute-Savoie, Yvelines). Ils insistent sur deux points : le préfet est le seul à avoir une vision transversale, donc la capacité à piloter finement et de manière ciblée (Yvelines) ; il est responsable de la sécurité des personnes et des biens (Lot), ainsi que de la protection des populations (Rhône). Une réponse (Loire-Atlantique) souligne néanmoins la complexité du rôle du préfet, pilote mais sans autorité réglementaire sur certains acteurs (SAMU, ARS pour ce type de missions) et pouvant être suspecté de parti pris compte tenu de sa fonction d'autorité de commandement du SDIS (qui attend son soutien). Quelques propositions sont formulées pour renforcer le rôle du préfet : instauration d'une obligation réglementaire de mise en cohérence du SDACR et du SROS par un document départemental réalisé sous l'autorité du préfet, reconnaissance d'un pouvoir de coordination par le préfet du secours à personne et de l'aide médicale urgente, voire positionnement des SAMU sous l'autorité opérationnelle des préfets ;

- trois réponses pointent la nécessité d'une collaboration renforcée avec l'ARS (Eure, Meurthe-et-Moselle, Rhône) ;
- d'autres expriment le souhait d'une adaptation des modes d'intervention des ARS : mobilisation plus importante (Somme, Yonne, Guyane), travail plus étroit avec la préfecture (Alpes-Maritimes), prise en compte des contraintes pesant sur les SDIS (Seine-et-Marne) et des caractéristiques départementales (Lot), avec octroi de marges de manœuvre aux délégués territoriaux (Charente-Maritime), meilleure prise en compte des implications opérationnelles des choix en matière de régulation (Haute-Saône), désignation d'un référent régional à l'ARS comme correspondant des préfets (Haute-Marne) ;
- quatre préfets appellent de leurs vœux un renforcement du rôle de l'ARS (Ardèche, Haute-Loire, Mayenne, Meuse) : groupe de travail SAMU/SDIS/ARS sur la mise en place des médecins correspondants du SAMU (Ardèche), pilotage par l'ARS d'une réflexion sur l'aide médicale urgente associant SAMU, médecins libéraux, SDIS (Haute-Loire), pilotage territorial du dossier SAP-AMU par l'ARS avec participation du préfet (Meuse) ;
- d'autres préfets estiment que la bonne formule est celle d'un pilotage territorial assuré conjointement par le préfet et le directeur général de l'ARS (Drôme, Haute-Garonne, Vendée) ;
- enfin, une réponse se prononce en faveur d'un pilote par une autorité unique, sans préciser laquelle (Calvados).

[802] A noter que deux contributions recommandent une réflexion inter-régionale, zonale (Drôme) voire interzonale (Oise) sur certains sujets (moyens, interactions en termes d'offre et de demande de santé…). Le préfet de l'Oise ouvre également la question de l'offre ambulatoire, qui n'est pas sans lien avec la croissance de l'activité de régulation des SAMU et des interventions de secours à personne des sapeurs-pompiers.

[803] Au final, beaucoup de préfets se reconnaîtraient sans doute dans la conclusion proposée par plusieurs d'entre eux, consistant à considérer comme indispensable la mobilisation de tous les acteurs (préfets, ARS, élus, SDIS, SAMU, transporteurs sanitaires privés, professionnels de santé libéraux), dans un contexte rendu d'autant plus difficile que les ressources budgétaires deviennent plus contraintes (Ardennes, Aveyron, Guyane, Réunion).

ANNEXE 2
SYNTHESE DES REPONSES DES DIRECTEURS GENERAUX D'AGENCE REGIONALE DE SANTE

[804] **Méthodologie** : le référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente ayant une portée nationale, la mission a procédé par voie de questionnaires pour recueillir des informations sur sa mise en œuvre sur l'ensemble du territoire. Cinq réseaux ont été consultés : les préfets, les directeurs généraux d'agence régionale de santé (ARS), les présidents de conseil général, les responsables de services d'incendie et de secours (SIS) et les responsables de services d'aide médicale urgente (SAMU) par l'intermédiaire des directeurs de leurs établissements de santé de rattachement.

[805] Les réponses à la partie littérale des questionnaires font l'objet d'une synthèse par réseau. Les questionnaires adressés aux SIS et aux SAMU comprenaient en outre une grille reprenant les principales prescriptions du référentiel : pour chacune, il était demandé aux services d'indiquer si elle était appliquée ou pas. Les réponses reçues font l'objet de l'annexe n° 6.

[806] La présente annexe constitue la synthèse des vingt-six réponses littérales reçues des agences régionales de santé. Elle suit le plan du questionnaire, composé de treize questions dont douze communes avec le questionnaire adressé aux préfets (la question n° 1, qui porte sur l'évolution de l'aide médicale urgente au cours des dernières années, est spécifique aux ARS).

[807] **<u>Question n° 1</u> : Quelle est l'évolution de l'aide médicale urgente au cours des cinq dernières années dans votre région ? Comment s'explique-t-elle ? Quelle est votre vision des prochaines années ?**

- Au cours des cinq années, la structure de l'offre est globalement restée stable, conforme aux orientations des SROS3, sous réserve d'un certain nombre de renforts de moyens :
- en Alsace, un hélicoptère sanitaire stationné à Mulhouse et installé en complément de celui de la protection civile à Strasbourg ;
- en Bourgogne, l'implantation d'un hélismur à Chalon-sur-Saône ;
- en région Centre, une ouverture de deux services d'urgence privés auxquels s'ajouteront deux antennes SMUR en 2014 ;
- en Franche-Comté, la création d'une antenne SMUR dans le Haut-Doubs, et le renfort d'une ligne sur une autre zone ;
- en Limousin, une antenne SMUR supplémentaire avec la collaboration du SDIS pour le transport des malades ;
- en Lorraine, un service d'accueil des urgences ouvert en complément d'un SMUR dans les Vosges et le transfert d'une antenne de SMUR en Moselle ;
- en Martinique, l'ouverture d'un SMUR de jour à la Trinité ;
- dans l'Océan indien, un SAMU en cours d'autorisation à Mayotte.

[808] **L'activité SAMU-SMUR évolue de manière contrastée :**

[809] - l'Alsace note une évolution de la demande pour tous les acteurs de l'AMU au niveau des appels, des interventions des SMUR et des SDIS, de la sollicitation des ambulanciers ;

- en Bretagne, le nombre de sorties primaires des SMUR baisse de 3,3% sur cinq ans contrairement aux sorties secondaires qui croissent de 18,4% (dont 30% pour le

Finistère) ; de même, on note une progression régulière des appels SAMU décrochés et des dossiers de régulation médicale de 3, 2 % et 2, 3% en 2011 et 2012 ;

- la région Champagne-Ardenne connaît une faible progression du nombre annuel moyen de sorties SMUR primaires et secondaires de + 2,5% en cinq ans, à respectivement 13 420 (37/j) et 2810 (8/j). au niveau du SAMU, en revanche, l'activité de régulation médicale diminue sur la même période, de 15,3% pour le nombre annuel appels décrochés et de 34,6% pour les dossiers de régulation médicale traités.
- en Franche-Comté, l'évolution du nombre d'interventions SMUR entre 2007 et 2012 est de +33% pour le primaire et de +16% pour le secondaire ;
- en Guadeloupe, les appels pour l'AMU augmentent malgré la présence d'une régulation libérale, probablement du fait des campagnes d'information sur l'utilisation du centre 15 ;
- n Ile-de-France, l'activité du centre 15 définie par le nombre de dossiers de régulation médicale augmente de 3% entre 2011 et 2012, pour passer à 1,4 millions d'appels ; le nombre de sorties primaires des SMUR passe de 86 310 en 2008 à 88 276 en 2012, chiffres à rapprocher des sorties de la BSPP en ambulances de réanimation qui se stabilise à 11 000 interventions ;
- la Martinique signale une augmentation de l'activité du centre 15 de 7 à 10% par an ;
- la région Midi-Pyrénées indique une hausse de l'activité des SMUR sur l'ensemble de la région, soit + 10,1% pour les sorties de SMUR primaires (passage de 22 451 interventions en 2008 à 24 738 en 2012) et +17,5 % pour les sorties de SMUR secondaires (7 247 interventions en 2008 à 8 518 en 2012) ;
- en région Nord-Pas-de-Calais, les services d'urgence ont dû faire face à une hausse de 21,5% de leur activité depuis 2007, voisine de celle des sorties secondaires des SMUR (+20,4%) alors que les sorties primaires se stabilisent à -0,5% ;
- à Mayotte, le nombre de dossiers de régulation médicale a augmenté de 54% en trois ans, ce qui s'explique par la faible densité de médecins généralistes libéraux sur l'île (17 pour 212 000 habitants) et une meilleure connaissance, progressive, du numéro d'appel 15 par la population ;
- en Pays-de-la-Loire, entre 2009 et 2012, le nombre d'affaires médicales traitées par le centre 15 relatif à l'aide médicale urgente a augmenté de 16%, alors que le nombre global d'affaires médicales est resté stable ; pendant la même période, le nombre d'ambulances engagées par les centres 15 a progressé dans la même proportion (environ + 15%). Parallèlement, le nombre d'indisponibilités ambulancières a augmenté de 31 %, passant de 3 661 à 4804. Le nombre de sorties de SMUR primaires a légèrement diminué entre 2008 et 2012 (– 1,5%) passant de 19 032 à 18 745.

[810] D'une façon générale les directeurs généraux d'ARS expliquent ces variations par l'évolution de la population dans leur région, une meilleure maîtrise des cas de sorties en pré-hospitalier, la spécialisation croissante des plateaux hospitaliers. Ils signalent dans la plupart des régions des tensions croissantes sur la ressource médicale libérale, de plus en plus fragile, avec un transfert de la réponse en nuit profonde sur les SAMU (cf. Aquitaine). Dans ce contexte, les médecins correspondants des SAMU sont utiles mais pas toujours facile à mobiliser ; pour les ARS, toutes les ressources sont susceptibles d'être mobilisées, depuis l'infirmière protocolisée correspondante du SAMU jusqu'à l'hélicoptère.

[811] Le travail sur les organisations est de plus en plus fin et intersectoriel, que ce soit à l'hôpital avec la création de postes d'assistants en temps partagé pour soutenir des services d'urgence plus fragiles ou en libéral avec le renforcement de la régulation au centre 15 avec des médecins installés afin d'articuler plus efficacement la permanence des soins ambulatoires (PDSA) avec l'AMU et le SAP.

[812] Ils attendent des projets d'interconnexion des logiciels, de régionalisation de la régulation et de mutualisations des services une sécurité de fonctionnement et une efficience renforcée passant notamment par la gestion d'une enveloppe globale avec les ambulanciers, l'automatisation des remontées d'informations des centres 15 et l'amélioration du décroché en moins de 1mn).

[813] **<u>Question n° 2</u> : quelles conséquences ont été tirées localement de l'adoption du référentiel : discussions entre acteurs du secours à personne et de l'aide médicale urgente, déclinaison concrète, nouvelles pratiques ?**

[814] **L'adoption du référentiel a permis de formaliser les cadres d'action antérieurs.**

[815] En Alsace, le référentiel et l'adoption des conventions ont permis de formaliser des protocoles d'action utilisés en régulation : « protocole commun de traitement de l'alerte et de la régulation » et algorithme de décisions.

[816] En définissant les situations justifiant un départ réflexe des moyens du SDIS, la convention permet aux assistants de régulation médicale de déclencher les moyens du SDIS, en transmettant l'appel au médecin régulateur dans un second temps.

[817] Les conventions ont permis de renforcer les dialogues au quotidien, de définir le cadre d'action de chaque acteur, dont les missions du SDIS intervenant pour le SAMU hors de ses missions propres.

[818] Elles ont également permis de formaliser le rôle des infirmiers sapeurs-pompiers et leur cadre d'action.

[819] En région Aquitaine, là où il existait déjà des conventions sur certains territoires, l'adoption du référentiel a conduit à leur actualisation. En revanche, lorsqu'il n'existait pas de support, les discussions entreprises n'ont pas permis de modifier de façon significative les comportements préexistants.

[820] La Bretagne note que les conventions signées dans trois départements sur quatre ont permis de s'accorder sur les définitions, de clarifier le rôle de chacun, ce qui s'est traduit par une augmentation de l'appel aux transporteurs sanitaires, sans susciter d'augmentation d'activité des SMUR.

[821] En région Centre, un groupe mixte travaille sur les outils techniques de l'interconnexion, la pace du SSSM et la refonte des secteurs d'évacuation entre SROS et SDACR.

[822] En Champagne-Ardenne, des arbres décisionnels communs ont été construits dans trois des quatre départements ; dans le dernier en revanche, un désaccord subsiste sur l'élargissement de la définition de la notion de "départ réflexe" par le SDIS. Les lieux d'intervention sont définis de façon extensive, couvrant les lieux de travail, les commerces, les écoles ou les locaux sportifs.

[823] En Haute-Normandie, le référentiel a pu se concrétiser par des conventions signées et par l'intégration et l'harmonisation respective des schémas : SROS régional et deux SDACR (schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques). Il a également permis d'introduire dans le pays de Bray une intervention d'infirmiers sapeurs-pompiers en premier recours sur un territoire isolé.

[824] En Midi-Pyrénées, la situation est doublement originale, d'abord par la volonté partagée par le directeur général de l'ARS et le préfet au niveau régional de mettre en place une déclinaison unique dans les huit départements, ensuite par une amodiation du référentiel sur deux points :

- une clarification de la notion de départ réflexe introduite dans l'annexe I, avec la rédaction d'une annexe IB correspondant aux motifs de départs réflexes hors missions des SDIS : « *situations d'urgences non liées à des accidents, sinistres ou catastrophes-missions AMU avec urgence vitale hors missions SDIS* ». La convention dissocie la décision de déclenchement des moyens de celle de l'engagement et donne la possibilité au SAMU d'annuler un VSAV, dans le cas d'un départ réflexe, s'il considère après régulation que ce moyen n'est pas adapté ;
- il existait une forte demande des directeurs de SDIS de maintenir leur capacité opérationnelle en évitant d'effectuer des transports vers des structures médicales éloignées. Ainsi, il a été ajouté dans la convention le paragraphe suivant : « *Afin de faciliter le maintien de la couverture opérationnelle et médico-secouriste, lorsque la victime doit être évacuée dans un établissement de soins autre que le plus proche, le SAMU organise, dans la limite des moyens disponibles, sa prise en charge par un autre vecteur que celui du SDIS, soit au sein de l'établissement de soins le plus proche, soit dans le cadre d'une jonction sur un site défini conjointement par le CRRA et le CTA.* »

[825] L'ARS reconnaît toutefois que ce dispositif est coûteux pour les hôpitaux, exposés à des demandes de rémunération d'appuis logistiques ponctuels, et pour des montants variables entre les départements.

[826] En Basse-Normandie, comme en Lorraine, le dialogue existe qu'il y ait ou non une convention signée.

[827] En Corse, la dynamique du référentiel a facilité la signature de conventions de coopération entre les deux services mais aussi entre les deux SAMU.

[828] Dans la Nièvre (Bourgogne), plusieurs axes de travail commun sont mis en œuvre :

- la démarche qualité, les méthodes d'analyse de cas et le retour d'expérience se font par le biais de réunions régulières entre le centre 15 et le médecin du SDIS avec la mise en place d'une fiche « incident relation » afin de mieux identifier les points d'achoppement et de trouver des solutions. Il s'agit pour l'instant de réunions annuelles et qui seront à terme trimestrielles avec les opérateurs du centre de traitement des alertes (CTA) et les permanenciers afin de permettre aux acteurs de se connaître, parler le même langage et analyser les dossiers problématiques ou non.
- le SMUR de Nevers participe aux manœuvres de désincarcération et du Groupe de reconnaissance et d'intervention en milieu périlleux (GRIMP), afin de se familiariser avec les contraintes et les besoins de ce service sur une intervention.

[829] Dans ce contexte, l'ARS exprime un souhait de locaux communs pour donner plus de poids ces initiatives.

[830] Mayotte souligne une amélioration de la relation matérialisée par des procédures communes d'intervention (utilisation des VSAV et des moyens nautiques notamment) et un accord sur les conditions d'intervention des infirmiers sapeurs-pompiers.

[831] En Picardie, la situation varie selon les départements : convention tripartite dans l'un, deux bipartites dans l'autre, organisation difficile de la profession ambulancière malgré l'appui de l'ARS dans le troisième.

[832] En Rhône-Alpes, le directeur général mentionne une situation favorable marquée par une tradition de collaboration, l'existence trois plateformes physiques, un développement volontariste et négocié des MCS et une volonté de dépasser les conflits ; il subsiste une interrogation sur la cohérence des stratégies de rapprochement physique avec les projets de virtualisation propres à la filière des SAMU.

[833] **En revanche plusieurs directeurs généraux estiment, pour leur part, que la situation ne s'est pas véritablement améliorée.**

[834] La Franche-Comté souligne de nouvelles difficultés d'interprétation de l'annexe I ; si les situations circonstancielles de l'annexe I (noyé, pendu etc.) ne portent pas à confusion, les items « détresse respiratoire » et « altération de la conscience » peuvent comprendre de très nombreuses pathologies qui ne relèvent en aucune manière du secours à personne. A l'inverse, la douleur thoracique ne fait pas partie explicitement du référentiel et est pour autant potentiellement un motif d'envoi le plus rapidement possible d'une équipe dotée de moyens de massage cardiaque et d'un défibrillateur ;

[835] En Ile-de-France, l'ARS estime que l'élargissement des cas de départ reflexe explique la forte augmentation de l'activité de la BSPP (+8% en trois ans). Aucune déclinaison concrète des échanges entre SAMU et centre 15 n'a été observée à l'exception du plateau unique créé en Essonne.

[836] En PACA, on estime également que l'introduction de la notion de départ réflexe dans le référentiel a entraîné une forte augmentation de l'activité des SDIS dans le domaine du SAP et n'a pas amélioré, voire a complexifié, la lisibilité des missions. La région met en avant une stratégie de développement de l'activité des sapeurs-pompiers mais également le recrutement de volontaires, dont celui spécifique des infirmiers, probablement motivée par le souci de maintenir toute l'année le potentiel opérationnel exceptionnellement élevé rendu nécessaire par les feux de forêt en été ; ainsi, l'activité des sapeurs-pompiers (mesurée par le nombre mensuel moyen de sorties VSAV) a augmenté de 53,9 % entre 2006 et 2013. La proportion de sorties de VSAV parmi les dossiers régulés médicalement est passée de 15, 3% en 2006 à 21, 8% en 2013 soit une augmentation de 6,5 points. La majorité des interventions des SDIS correspond à des départs réflexes.

[837] Le Nord-Pas-de-Calais est partagé entre deux situations. Dans le département du Nord la cristallisation des échanges autour des protocoles infirmiers a, comme en Pays-de-la-Loire, abouti à un blocage se traduisant par une absence de nouvelles pratiques communes, de conventions, et désormais de discussions. Pour autant, au quotidien, les professionnels de l'aide médicale urgente et du SDIS continuent à collaborer sur la prise en charge des patients. En revanche, dans le Pas-de-Calais, une nouvelle convention bipartite est en cours de signature entre le SAMU et le SDIS (après quatre années de négociations) dans le prolongement des discussions existantes antérieurement au référentiel ; mais là aussi, aucune pratique commune nouvelle n'est mise en avant.

[838] **<u>Question n° 3</u> : le SROS et le SDACR ont-ils été mis en cohérence ? Si oui, selon quelles modalités ? Si non, existe-t-il des projets de rapprochement de ces documents et si oui selon quel calendrier?**

[839] La plupart des réponses souligne une réelle difficulté compte tenu des différences d'objet, de calendrier, de niveau de pilotage entre les deux secteurs.

[840] Des tentatives de réflexion commune sont esquissées mais vont rarement au-delà d'une référence aux moyens existants de l'autre secteur à travers notamment le volet urgence des SROS.

[841] L'Alsace est allée plus loin. La coopération SAMU-SDIS est un des axes prioritaires identifié dans le SROS et son volet médecine d'urgence. Le SROS décrit le maillage territorial des SDIS, et intègre les cartographies du SDIS (zones d'intervention des véhicules légers infirmiers…). Le SROS et le SDACR ont été plus particulièrement mis en cohérence sur certains projets, pour des territoires où l'accès à des soins urgents nécessite plus de 30 minutes. Le SAMU et le SDIS travaillent en étroite collaboration et sont liés par ailleurs par d'autres conventions (mise à disposition d'un conducteur sapeur-pompier pour le SMUR, transport des patients en VSAV pour les interventions primaires dans le Haut-Rhin).

[842] En région Aquitaine, le rapprochement s'est fait en fonction des besoins (superposition des cartographies des moyens (SMUR/VSAV) dans les zones les plus éloignées des SMUR, cartographie des moyens disponibles pour la permanence des soins ambulatoires).

[843] En Basse-Normandie, les Plans Blancs élargis des trois départements arrêtés ou révisés en 2013 ont intégré les éléments relatifs aux « *risques particuliers et sites à risque* » des SDACR.

[844] En Lorraine, il n'y a pas eu de décision concrète prise pour faire intervenir préférentiellement un moyen SDIS par exemple, en lieu et place d'un vecteur ambulancier à partir des cartes de localisation annexées au SROS 3. Toutefois, les travaux récents sur l'accès à des soins médicaux urgents dans les zones à plus de 30 minutes d'une structure de médecine d'urgence ont permis de proposer un plan d'action régional listant, zone par zone, les modalités de recours aux vecteurs les plus appropriés et les plus proches du patient, dont les moyens SDIS.

[845] Enfin, d'une manière générale, les directeurs généraux d'ARS notent que les volontés manifestées, souvent au moment de l'élaboration des SROS 3, d'aller au-delà de la simple déclaration d'intentions sont contredites par les faibles résultats obtenus dans ces exercices de rapprochement et l'absence générale d'association des ARS à l'élaboration ou à la concertation sur les SDACR, avec de notables exceptions comme dans le Nord.

[846] Toutefois, dans quatre régions, les directeurs généraux indiquent que cette mise en cohérence fait partie des chantiers de l'année 2014 ; Rhône-Alpes par exemple mentionne des projets de rapprochement dans le département de la Drôme et en Ardèche permettant dans ce dernier cas de constater un sous-équipement en véhicules et en médecin dans l'ouest du département.

[847] **<u>Question n° 4</u> : la convention prévue entre le SIS et le SAMU est-elle signée ? Avez-vous été associé à son élaboration ? Son exécution vous donne-t-elle satisfaction ?**

[848] Seules sept régions disposent de conventions SIS-SAMU pour l'ensemble des départements composant leur territoire ; six se trouvent dans des situations très variables, au point de souhaiter, pour certaines d'entre elles, étendre le dispositif régional mis en œuvre en Midi-Pyrénées, à l'inverse d'autres qui estiment ne devoir intervenir qu'en fin de processus s'agissant d'établissements publics autonomes.

[849] L'ARS a été associée à ces travaux dans une douzaine de cas, au niveau du siège, ou, plus souvent, de la délégation territoriale.

[850] Les principales difficultés entravant la signature ou l'exécution de la convention portent sur les conditions de financement des carences ou de l'appui logistique.

[851] L'ARS de Corse a été associée à l'élaboration des conventions SIS-SAMU des deux départements : elle est intervenue en 2011 dans le cadre d'un règlement de créances entre le centre hospitalier d'Ajaccio et le SDIS 2A, en vue de l'élaboration d'un protocole transactionnel.

[852] Pour autant, d'autres modalités de travail sont possibles, comme les retours d'expérience (RETEX), qui participent à l'amélioration de la qualité de la prise en charge sur le terrain.

[853] **Question n° 5 : quelles sont, selon vous, les forces et faiblesses des organisations retenues dans votre région en matière de réception et de traitement des appels d'urgence ? Quelles sont les perspectives et projets d'évolution?**

[854] Les **principales forces** des organisations en vigueur concernent les aspects suivants :

- la présence d'une régulation médicale partagée entre SAMU et médecins libéraux au centre 15, par exemple en Bretagne, en Nord-Pas-de-Calais, Pays–de-la-Loire ;
- la mise en œuvre d'interconnexions régionales entre SAMU en Pays-de–la-Loire ou Provence-Alpes-Côte d'Azur ;
- la capacité d'information réciproque et la rapidité des décisions opérationnelles coordonnées, soulignée en Corse ;
- des modalités de travail adaptées (plateforme virtuelle, algorithmes de déclenchement) ;
- l'existence de plateformes physiques communes (deux signalées en région Centre et une en Aquitaine), qui facilitent une coopération efficiente et respectueuse ;
- un centre de réception et de régulation des appels quasi-régional en Franche-Comté (le raccordement du Territoire-de-Belfort en journée est prévu) auquel s'ajoute l'utilisation d'un logiciel d'aide à la décision pour les ARM : ProQA (identification des situations d'urgence et aide à la décision pour le transfert de l'appel à l'AMU, à la permanence libérale, transfert au 18 ou déclenchement direct d'un SMUR) ;
- la mise en place de formations communes entre les ARM et les stationnaires ;
- l'existence d'un réseau des urgences :
  - ✓ dans le cadre du RENAU (Réseau Nord-Alpin des Urgences), les 3 SAMU de l'Isère, de Savoie et de Haute Savoie collaborent avec les 3 SDIS et tous les établissements accueillant des urgences de ces trois départements, ce qui facilite l'amélioration des modalités de prises en charge des patients;
  - ✓ le réseau « Lorraine urgences » associe l'ensemble des acteurs de l'aide médicale urgente, du secours à la personne et de la permanence des soins : médecins généralistes, urgentistes, sapeurs-pompiers, transporteurs sanitaires privés. Cette instance, financée et coordonnée par l'ARS, est un lieu d'échanges permettant d'élaborer des procédures opérationnelles standardisées (POS) sur des sujets particuliers de prise en charge concernant l'ensemble des acteurs de la chaîne d'intervention.

[855] La capacité de dialogue avec la population pour bien apprécier la sollicitation et la réponse adéquate est un enjeu : à Mayotte, les ARM parlent le shimahorais et servent alors de traducteurs entre l'appelant et le médecin régulateur.

[856] **En revanche, plusieurs points faibles sont également signalés :**

- des outils techniques insuffisamment performants : interconnexion absente (le fonctionnement en bip d'urgence encore présent) ou incomplète (cf. en Aquitaine absence de téléphonie avancée, ou de lien téléphonie/dossier de régulation médicale pour l'interface 15/18) , absence de salle d'attente virtuelle en téléphonie, présence de logiciels de régulation obsolètes et non interopérables, non visibilité sur la disponibilité des acteurs (transporteurs sanitaires privés), et sur leur géolocalisation et manque de visibilité sur les lits disponibles ;
- des divergences de projection stratégique entre dives types d'acteurs, y compris entre SAMU et régulation quand cette dernière est régionale ;
- les faiblesses techniques des radiocommunications ou l'éclatement des sites de CTA dans certaines régions ultramarines ;
- les difficultés de pilotage des SAMU franciliens tant au niveau du travail collaboratif que de l'amélioration du délai de décroché ; le non connaissance des moyens engagés conduit à des redondances coûteuses ; en Ile-de-France, l'engagement autonome des vecteurs sanitaires des SDIS semble encore plus problématique qu'ailleurs ;
- l'inorganisation de la profession ambulancière, que ce soit en termes de géolocalisation, d'affichage des disponibilités ou encore de l'existence d'une plateforme ambulancière ;
- l'arrêt des visites de la PDSA en période de nuit profonde dans certains départements.

[857] Les **perspectives** portent principalement sur deux types de projets :

- au plan technique, une interconnexion plus large entre SAMU, la régionalisation de la régulation, une inter-départementalisation du fonctionnement des SAMU pour améliorer la sécurité et gérer les périodes de moindre sollicitation, ainsi que la généralisation du déploiement du réseau de communications radioélectriques ANTARES ;
- au niveau opérationnel, le codage de l'activité en CIM10 et CCMU, qui doit être mis en place en Corse ; l'Aquitaine mentionne des travaux visant à améliorer l'offre entrepris en 2013 sous l'égide de l'ORU ;
- au niveau organisationnel, la poursuite du travail sur la négociation des conventions d'application du référentiel cf. en Corse.

[858] **<u>Question n° 6</u> : la régulation médicale est-elle mobilisée dans les conditions prévues par le référentiel? Les conditions de cette mobilisation vous paraissent-elles satisfaisantes ?**

[859] Les directeurs généraux d'ARS indiquent que la régulation médicale est mobilisée conformément aux conditions prévues par le référentiel. Pour autant, plusieurs estiment que la place prise par les départs réflexes contredit le principe de la régulation médicale systématique affirmé par le référentiel.

[860] Une agence signale la consigne locale, pourtant élaborée conjointement et pas toujours respectée, d'un délai maximal de 30 mn pour revenir vers le centre 15 après départ réflexe.

[861] Les responsables notent que ces départs prioritaires des équipages sapeurs-pompiers s'appuient sur un soutien des usagers à une intervention immédiate et gratuite, alors que bon nombre d'entre eux ne maîtrisent pas toujours la ventilation des motifs relevant de l'un ou l'autre des deux numéros d'appel.

[862] Rhône-Alpes fait référence à une étude sur la mobilisation de la régulation réalisée dans un des départements de la région durant 6 jours du mois d'août dans laquelle il apparaît que dans 55% des cas, ce sont les VSAV qui ont été engagés. Le SDIS est intervenu dans 50% des cas au domicile des patients, le nombre de carences constaté représente 7,7% du total des affaires traitées.

[863] Même si les difficultés ponctuelles peuvent être traitées dans les instances locales de concertation, une clarification des conditions d'engagement est attendue en ce qui concerne les MCS, les infirmiers sapeurs-pompiers et les hélicoptères.

[864] Enfin, les ajustements de la PDSA impactent le fonctionnement de la régulation dédiée.

[865] **Question n° 7 : la typologie des réponses (du secourisme à la réponse médicale) fonctionne-t-elle d'après vous de manière efficace, sans perte de chance pour la victime ou le patient ? Les infirmiers ont-ils une place dans le dispositif et si oui laquelle?**

[866] Globalement, chacun s'accorde à reconnaître l'efficacité du système actuel, sans perte de chance prouvée ni évaluation de l'apport respectif des effecteurs ; c'est toutefois au prix d'un défaut d'efficience, particulièrement sensible en Ile-de-France.

[867] Dans les régions où se manifeste une tension entre les deux secteurs, les directeurs généraux relèvent des décisions d'orientation contraires aux préconisations du régulateur, l'attente inutile d'une VLI, des conditions de sollicitation délicates de la ressource infirmière faute de connaissance de son existence et de sa disponibilité.

[868] La montée en puissance d'une ressource infirmière sur les territoires est perçue par les ARS comme modifiant sensiblement le paysage. Outre le constat de recrutements, d'une implantation et de conditions de mobilisation sans information ni concertation avec les autorités de la santé, les directeurs généraux soulignent la contradiction entre l'utilité de leur présence dans les zones à plus de 30 mn d'un SMUR, utilité qu'ils reconnaissent bien plus que les SAMU eux-mêmes, et leur implantation majoritaire, dans les faits, dans les centres urbains.

[869] Ces critiques n'empêchent pas d'autres directeurs généraux d'ARS de souligner la pertinence du dispositif sur tout (dans deux régions ultramarines en particulier) ou partie de leur territoire, avec des protocoles co-validés, conformes aux recommandations des sociétés savantes. Une ARS mentionne la plus-value des infirmiers sapeurs-pompiers non seulement par rapport aux secouristes mais aussi aux médecins généralistes correspondants du SAMU, compte tenu de la technicité acquise dans les gestes d'urgence ; elle souligne également que les SDIS souhaitent la prise en charge de leur formation et de l'intervention de la VLI.

[870] Elle note enfin que la liaison entre le médecin régulateur et les intervenants de terrain sera transformée par les apports visuels de la télémédecine ; des expérimentations sont en projet avec des infirmiers en EHPAD.

[871] Deux ARS soulignent les fragilités du dispositif du côté des SAMU ; l'une d'entre elles indique que les équipages d'antennes SMUR ne comportent des IDE qu'à certaines périodes.

[872] **<u>Question n° 8</u> : la répartition des prises en charge entre sapeurs-pompiers, SAMU, transporteurs sanitaires et associations agréées vous paraît-elle optimale ? Si non, comment l'améliorer ?**

[873] L'ensemble des répondant s'accorde à considérer que la répartition entre les effecteurs de transports n'est pas optimale, pour des raisons financières (rémunération des interventions et des intervenants avec des tarifs différents et des sources de financements différentes), techniques (dualité de régulation et faible utilisation des fonctionnalités des logiciels) et réglementaires (double référentiel non articulé).

[874] Une ARS résume ce point en écrivant « *qu'il manque une réglementation, un cahier des charges, une instruction relative au transport sanitaire communs aux trois effecteurs dans sa globalité sur le plan organisation, fonctionnement, juridique et financier* ».

[875] Une autre regrette l'absence de financement des transports médicalisés et des sorties blanches effectués par les transporteurs.

[876] **Les propositions avancées sont nombreuses, autour des thèmes suivants :**

- la définition claire du domaine de compétence respectif de chacun des acteurs, cherchant à limiter autant que faire se peut les « zones frontières » dans lesquelles les deux compétences se chevauchent, en précisant les conditions dans lesquelles les deux référentiels peuvent être rendus compatibles ;
- la mise en œuvre effective de l'interconnexion entre SAMU et SDIS,
- l'adoption de toute mesure contribuant à favoriser l'organisation des transporteurs sanitaires :
  - ✓ l'obligation de géolocalisation de tous les véhicules de transport privés, accessible aux régulateurs, de mise à disposition de véhicules de type A et C, d'organisation d'une réponse ambulancière 24h/24, la réintroduction dans la législation de l'obligation, pour les entreprises, de disposer d'au moins une ASSU pour pouvoir être créées, la définition d'une liste d'équipements minimums pour tous les véhicules, y compris les VSL (pour disposer d'un défibrillateur et ECG hors transport couché), la généralisation des interfaces SAMU/ATSU ;
  - ✓ et des mesures incitatives sur la création d'un coordonnateur ambulancier dans les centres 15, sur la fondation d'un GIE par secteur pour proposer aux transporteurs de dédier un véhicule pour les demandes des SAMU, ou sur la rémunération des sorties blanches.
- la clarification et l'harmonisation des conditions de rémunération des appuis logistiques ponctuels et des relevages ;
- l'ouverture des possibilités de transport auprès des cabinets de médecins généralistes, après régulation, que la demande émane du SDIS ou des transporteurs sanitaires ;
- au niveau du centre d'appel, une réflexion sur un décroché frontal indifférencié 15/18, la protocolisation de la réponse du permanencier, la traçabilité précise des motifs de départ réflexe, la mise en place d'un logiciel d'aide à la décision pour éviter que le choix des moyens soit trop dépendant de chaque opérateur ;
- la mise en œuvre de l'expérimentation de l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

[877] **<u>Question n° 9</u> : l'engagement d'accès aux soins urgents en moins de 30 mn a-t-il conduit à modifier les pratiques ou les projets d'organisation de la réponse, par service et entre les services effecteurs ?**

[878] Les réponses sont positives, ciblant le plus souvent le déploiement proactif de médecins correspondants du SAMU (dans des conditions variables), l'inclusion d'infirmiers sapeurs-pompiers dans les dispositifs pour les zones les plus éloignées et une amélioration de la couverture héliportée.

[879] Certains départements s'appuient déjà exclusivement sur des ressources médicales sapeurs-pompiers pour intervenir en urgence vitale dans des zones éloignées du SMUR.

[880] Plus largement, cet engagement a conduit les acteurs à se réinterroger sur la pertinence des dispositifs existants ; des SMUR ont été repositionnés ou renforcés.

[881] Une région - Rhône Alpes- détaille les différents leviers qu'elle a mobilisés :

- la ré-interrogation de la sectorisation des SMUR, avec des modifications à la marge,
- un renforcement-extension du dispositif régional des médecins correspondants du SAMU via un cahier des charges régional,
- un déploiement du dispositif de praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG, avec 33 contrats signés en 2013 et la poursuite du dispositif sur 2014),
- des projets de maisons de santé situées à plus de 30 minutes d'accès pour le SMUR,
- une démarche régionale en cours sur les articulations entre les MCS et les SDIS,
- pour les transporteurs sanitaires privés, un projet d'évolution de la sectorisation des gardes départementales intégrant le délai d'intervention maximal de 30 mn en tout point du secteur,
- une expérimentation à Val Thorens : le projet IGLOO a permis l'ouverture d'un lieu d'accueil et de surveillance pour personne alcoolisée avec présence d'une IDE et consultation à distance par visioconférence avec le Samu Centre 15,
- un projet de réponse à la demande de soins non programmés par reconnaissance de centre de soins premiers recours avec petits plateaux techniques; trois centres de consultations non programmées ont été mis en place sur les hôpitaux d'Ardèche.

[882] Des suggestions sont également présentées sur la contrainte d'intervention simultanée d'un MCS et du SMUR ou la possibilité pour des médecins sapeurs-pompiers de s'intégrer dans le dispositif de MCS sans contractualiser avec le centre hospitalier siège de SAMU.

[883] **<u>Question n° 10</u> : les SAMU vous paraissent-ils engagés dans des tâches indues au regard des missions que leur attribue la loi ? Si oui, merci d'illustrer par des exemples.**

[884] Les réponses sont plus brèves, parfois négatives, laissant supposer une interrogation sur la pertinence de la question ou du concept de charge indue s'agissant d'un service public.

[885] Plusieurs répondants mentionnent néanmoins les sujets suivants :

- la demande de transport sanitaire non urgent et non programmé sur certaines plages (mercredi après-midi et samedi matin) ;
- l'établissement de constats de décès en nuit profonde face à un double vide juridique (absence d'obligation du médecin de garde d'effectuer cet acte, et non indemnisation de cet acte par l'assurance maladie, puisqu'il s'agit d'un acte médico-légal) ;
- la participation au processus d'hospitalisation sans consentement également en nuit profonde (0h-8h) du fait de l'arrêt de la permanence des soins dans ces zones ;

- la sollicitation du SMUR intra-muros dans les établissements de santé sur les heures de présence théorique des médecins des services (cas signalé dans un département) ;
- des demandes d'intervention à domicile pour surveillance médicale d'un traitement en HAD (outre-mer) ;
- la fonction de demande de renseignements sur l'offre de soins disponible et accessible, pour laquelle les ARM sont très sollicités en l'absence ou par méconnaissance d'autres vecteurs de cette information.

[886] Enfin, une ARS souligne la contradiction interne du référentiel sur la question du relevage (p 25 et 48) pour définir les obligations des SDIS.

[887] **<u>Question n° 11</u> : quel bilan tirez-vous de cinq années de mise en œuvre du référentiel (points positifs, difficultés) ? Quelles sont les améliorations à apporter à l'organisation et au fonctionnement actuel ?**

[888] Sans revenir en détail sur les points déjà signalés, et en écartant une opinion lapidaire de type « aucun point positif pour la santé », les directeurs généraux d'ARS s'accordent pour noter que le référentiel commun s'impose à tous et permet à chaque partenaire de trouver la solution en cas de divergence de position. Il a contribué à clarifier le rôle des différents acteurs, favorisé les échanges entre le SDIS et le SAMU et a permis de retrouver des relations apaisées entre ces deux secteurs qui, le plus souvent, travaillent désormais dans un climat plus constructif et prospectif.

[889] **Les marges d'amélioration identifiées portent sur :**

- la mise en œuvre effective de l'interconnexion et des indicateurs qualité ;
- la mise en place d'un outil de régulation pour établir le tour de rôle des transporteurs sanitaires et l'organisation de la garde ;
- l'élaboration de définitions communes telles que le relevage en établissement recevant du public ; la mise au point de protocoles de soins paramédicaux nationaux et validés par la HAS ;
- la création de nouveaux métiers permettant le décroché unique indifférencié 15/18; la possibilité de passerelles professionnelles entre les CTA-CODIS, les ambulanciers et les centres 15; la création de nouveaux vecteurs : les SIUR (Secours Infirmiers d'Urgence et de Réanimation) ;
- les précisions juridiques et financières nécessaires au cadrage des interventions d'appui logistique des SDIS auprès des SAMU ; la circularisation de la position de doctrine de la DGOS consistant à indiquer qu'aucune mission ayant donné lieu à un départ réflexe ne peut être requalifiée en indisponibilité ambulancière ou en mission d'appui logistique ;
- le développement d'une organisation régionale des SDIS pour favoriser un dialogue sur la base d'échanges et d'harmonisation des pratiques ;
- l'accès direct aux services d'urgence.

[890] Certains appellent à une affirmation plus marquée des principes intégrant le financement par les établissements des seules interventions sanitaires des SDIS effectivement régulées.

[891] Ainsi que le souligne un directeur général, le contexte a évolué en six ans, avec davantage de contraintes chez chacun des professionnels concernés avec l'impact de la baisse de la démographie médicale locale, la nécessité de mieux gérer des ressources publiques devenues plus difficiles à mobiliser, des besoins de prise en charge sociale accrus, des possibilités de délégation de tâches, enfin des moyens techniques de cartographie, de géolocalisation, d'interconnexion plus abordables.

[892] Sur le plan de la méthode, plusieurs ARS rappellent l'intérêt de la méthode retenue pour l'organisation de la PDSA, combinant un texte national et des marges locales d'adaptation et de choix.

[893] **<u>Question n° 12</u> : face aux éventuelles difficultés rencontrées, faut-il selon vous privilégier une solution nationale (révision du cadre législatif et réglementaire, affinement du référentiel…) ou des réponses locales définies dans le cadre d'un travail commun entre les acteurs sous l'égide des autorités compétentes?**

[894] Face aux difficultés récurrentes qu'ils rencontrent, les directeurs généraux d'ARS comme leurs services sont quasi unanimes à prôner une réponse essentiellement nationale portant sur la redéfinition des missions, le cadrage des départs réflexe, l' (ré)affirmation de la place centrale du médecin régulateur, la répartition des financements entre collectivités territoriales pour les départs réflexes et l'assurance maladie pour les appuis logistiques.

[895] Certains limitent leurs attentes sur ce plan au secteur des transporteurs sanitaires pour pouvoir disposer d'un levier coercitif à leur encontre, à leur main.

[896] Une déclinaison locale des dispositions nationales, adaptée au contexte, est classiquement revendiquée pour compléter le dispositif.

[897] Une ARS argumente sur une logique inverse. Pour elle, le cadre législatif est précis et ne nécessite pas d'être révisé. C'est au niveau local que doivent se développer les liens et concertations en lien avec l'ARS et les préfectures, au travers de bilans d'évaluation précis et chiffrés, l'absence de ces éléments précis d'évaluation étant le principal obstacle aux améliorations.

[898] Cependant, certains points nécessitent probablement des décisions qui relèvent du niveau national :

- étendre le tiers payant pour les patients reçus par les médecins assurant la permanence des soins, donc après régulation du centre 15, en cabinet comme en maison médicale de garde. Cela leur permettrait d'offrir à ces patients un service comparable, en termes d'avantages, à celui offert par les structures d'accueil d'urgence ;
- revoir l'agrément des sociétés de télé assistance afin de les responsabiliser sur les appels provenant d'un de leurs affiliés ;
- développer un véritable travail de communication (information / éducation citoyenne) auprès des populations pour un bon usage de services d'urgence et des médecins assurant la PDS.

[899] L'utilité de pouvoir enrichir le dispositif de transports sanitaires par un accès facilité aux transports héliportés est également rappelée.

[900] **<u>Question n° 13</u> : le pilotage territorial actuel du dispositif de secours à personne et d'aide médicale urgente devrait-il, selon vous, être amélioré ? Si oui, que proposez-vous pour y parvenir ?**

[901] Sans surprise, plusieurs directeurs généraux d'ARS plaident pour un renforcement du pilotage régional, leur donnant notamment la maîtrise de la reconaissance de l'implantation des moyens sapeurs-pompiers utilisés dans le cadre de l'AMU, qui seuls pourraient alors être intégrés à ce titre dans le dispositif. Cette vision régionale se fonde sur le fait qu'une part importante de l'organisation des réponses relève de ce niveau, voire du niveau interrégional : les transports héliportés, les centres de références pour les grands brûlés, la réanimation pédiatrique spécialisée, etc.

[902] Parallèlement, une coordination régionale des SDIS est souhaitée, sous des formes à déterminer par ces derniers (fédération régionale ?).

[903] Tout en rappelant que le pilotage repose essentiellement sur la qualité des relations des directeurs du SAMU et du SDIS, les directeurs généraux d'ARS présentent le CODAMUPS-TS, et donc le niveau départemental, comme l'instance la plus pertinente pour traiter de l'ensemble de ces questions, en recommandant une meilleure articulation entre les deux sous-comités (médical et transports) ; leur ordre du jour devrait inclure le suivi des conventions et la démarche qualité, ainsi que le permettent d'ailleurs les textes en vigueur.

[904] Une ARS détaille l'orientation de ses propositions en rappelant la complexité du pilotage territorial et l'intérêt qu'il y aurait à prévoir une instance de coordination plus opérationnelle.

[905] Afin de soulager le dispositif de secours à personne et d'aide médicale urgente, il faudrait une plus grande implication des professionnels de santé de terrain alors qu'ils se désengagent progressivement de la PDSA.

[906] L'insertion de cette problématique dans le réseau territorial des urgences pourrait constituer un outil de pilotage.

[907] Cela pourrait également être accompagné de mesures visant à faciliter le transport des personnes vers les lieux de consultation (dispositions conventionnelles de l'assurance maladie à modifier).

[908] Peuvent être également envisagés :

- la mutualisation interdépartementale des SAMU ;
- une expérimentation des téléconsultations pendant la période de régulation PDSA ;
- un « benchmark » entre les ARS sur les organisations SAMU/PDSA les plus efficientes.

ANNEXE 3
SYNTHESE DES REPONSES DES PRESIDENTS DE CONSEIL GENERAL

Méthodologie

[909] Le référentiel d'organisation du secours à personne (SAP) et de l'aide médicale urgente (AMU) ayant une portée nationale, la mission a procédé par voie de questionnaires pour recueillir des informations sur sa mise en œuvre sur l'ensemble du territoire. Cinq réseaux ont été consultés : les préfets, les directeurs généraux d'agence régionale de santé (ARS), les présidents de conseil général, les responsables de services d'incendie et de secours (SIS) et les responsables de services d'aide médicale urgente (SAMU) par l'intermédiaire des directeurs de leurs établissements de santé de rattachement.

[910] Les réponses à la partie littérale des questionnaires font l'objet d'une synthèse par réseau, restituées dans les annexes n° 1 à 5 du rapport.

[911] Les questionnaires adressés aux SIS et aux SAMU comprenaient en outre une grille reprenant les principales prescriptions du référentiel : pour chacune, il était demandé aux services d'indiquer si elle était appliquée ou pas. Les réponses reçues font l'objet de l'annexe n° 6.

[912] La présente annexe constitue la synthèse des huit réponses reçues des conseils généraux. Elle suit le plan du questionnaire qui leur était destiné, composé de cinq questions. Les conseils généraux ayant répondu sont ceux de la Creuse, du Doubs, de Maine-et-Loire, de la Marne, de la Meuse, de l'Oise, de la Haute-Saône et de la Seine-et-Marne.

[913] **<u>Question n° 1</u> : l'organisation et le fonctionnement du SDIS de votre département ont-ils connu des évolutions marquantes au cours des cinq dernières années ?**

[914] Deux conseils généraux (Meuse, Oise) estiment que leur SDIS n'a pas connu d'évolution marquante au cours des cinq dernières années.

[915] Trois conseils généraux mettent l'accent sur les « contraintes budgétaires » (Creuse), les « contraintes financières du Département » (Seine-et-Marne) et la nécessité d'une « rationalisation des moyens » et d'une « gestion financière maîtrisée » (Doubs). Ces préoccupations imposent aux SDIS de prendre des « mesures d'économies, de mutualisation des équipements et de gestion optimisée des ressources humaines » (Creuse).

[916] Trois conseils généraux (Doubs, Marne, Haute-Saône) évoquent la révision du SDACR conduite pendant la période. Cet exercice est considéré comme structurant pour les SDIS. En ont découlé un certain nombre de mesures concrètes, notamment le renouvellement du parc de VSAV, un renforcement de l'équipement des unités, l'acquisition d'un véhicule bariatrique ou encore la formation du personnel du SSSM en Haute-Saône.

[917] Trois conseils généraux mentionnent des enjeux de ressources humaines : développement et dynamisation du volontariat (Doubs), prise en compte de la directive européenne sur le temps de travail (Maine-et-Loire, Seine-et-Marne).

[918] La mise en œuvre du référentiel du 25 juin 2008, qui s'est traduite par la signature de la convention SDIS-SAMU et le développement des interventions infirmières sous protocoles ne figure que dans la contribution du Doubs.

[919] **<u>Question n° 2</u> : comment anticipez-vous l'évolution du secours à personne dans les prochaines années ?**

[920] L'évolution de l'activité des SDIS et en particulier du secours à personne n'est pas homogène d'un département à l'autre : cinq départements (Doubs, Maine-et-Loire, Meuse, Haute-Saône, Seine-et-Marne) soulignent une hausse continue de la charge des sapeurs-pompiers. En Haute-Saône, les sorties pour assistance à victime ont crû de 56% en dix ans. Dans la Meuse, le secours à personne a crû de 27% depuis 2009, à comparer à une augmentation globale de 11% des interventions.

[921] A l'inverse, la Marne et l'Oise connaissent une baisse du nombre d'interventions de secours à personne en 2013 (respectivement -4,1% et -5,4%). Dans la Marne, il s'agit de la deuxième année consécutive de baisse (-2,1% en 2012).

[922] Les conseils généraux qui constatent une augmentation des interventions de secours à personne estiment la tendance durable (Haute-Saône, Seine-et-Marne) et avancent des explications de deux ordres :

- les transformations de la société : vieillissement de la population (Creuse, Haute-Saône), demandes de nature sociale (Haute-Saône, Seine-et-Marne), progression démographique (Seine-et-Marne) ;
- les évolutions du système de santé : raréfaction des ressources médicales en zone rurale (Doubs, Haute-Saône), réformes dans l'offre de soins (Doubs, Haute-Saône), augmentation des carences ambulancières (+77% depuis 2010 en Maine-et-Loire, ce qui a conduit le conseil d'administration du SDIS à définir des orientations visant à enrayer leur progression et à en limiter l'impact opérationnel et financier).

[923] Pour le Doubs, transporteurs sanitaires privés et sapeurs-pompiers subissent ensemble l'accroissement du nombre de sollicitations, ainsi que l'allongement des distances et des durées de transport induit par l'éloignement des plateaux techniques. En Maine-et-Loire, l'augmentation des carences ambulancières contribue à l'alourdissement des sollicitations des sapeurs-pompiers.

[924] La Meuse indique avoir mis en place plusieurs mesures pour faire face à l'augmentation de la charge : un renforcement et une meilleure répartition territoriale du parc de VSAV, le développement des interventions d'infirmiers sapeurs-pompiers travaillant selon des protocoles établis par le médecin-chef du SSSM et validés par le SAMU (225 sorties en 2013 sur des détresses vitales), une amélioration de l'équipement technique des secouristes, un approfondissement de leur formation.

[925] L'Oise et la Haute-Saône ont également mis en œuvre des actions de formation, avec dans l'Oise un double objectif d'intégration rapide des volontaires dans l'action et de maintien de leur motivation.

[926] Plusieurs conseils généraux estiment que le maillage territorial des sapeurs-pompiers pourrait justifier de leur confier des missions d'assistance aux personnes les plus vulnérables ou en situation de détresse (personnes âgées, handicapées) (Creuse, Haute-Saône).

[927] Le conseil général de Haute-Saône envisage la mise en place d'une veille avec échange d'informations entre le SDIS et les services sociaux du département pour traiter le cas des personnes en difficulté tant sur le plan médical que social, notamment en situation de crise (canicule, grand froid, inondation, pandémie…).

[928] **<u>Question n° 3</u> : les sapeurs-pompiers vous paraissent-ils engagés dans des tâches indues au regard des missions que leur attribue la loi ? Si oui, merci d'illustrer par des exemples. Pensez-vous que les missions des SDIS, telles qu'elles sont définies par le CGCT, doivent évoluer ? Pour mieux répondre à de nouveaux besoins de la population ? Pour préciser ce qui doit relever de tel ou tel acteur ? Pour responsabiliser les personnes qui font appel aux sapeurs-pompiers ?**

[929] La Seine-et-Marne ne perçoit pas d'interventions indues dans l'activité de son SDIS.

[930] Les autres conseils généraux évoquent plusieurs types de tâches effectuées par les sapeurs-pompiers en dehors des missions que leur confie la loi : relevage de personnes à domicile (Creuse), aide au brancardage (Doubs), interventions par carence ambulancière (Doubs, Maine-et-Loire), avec le cas particulier des transports inter-hospitaliers secondaires (71 dans la Meuse en 2013), interventions bégnines autrefois prises en charge par les médecins de proximité (Doubs), interventions diverses à caractère social (état d'ébriété, situation conjugale conflictuelle…) (Meuse) ou ne présentant pas de réel caractère d'urgence (ouverture de porte) (Meuse).

[931] Pour la Creuse et le Doubs, c'est moins le fait que les sapeurs-pompiers effectuent ces tâches qui pose problème, que l'insuffisance de leur défraiement. Le Doubs estime que les défraiements pour carence ambulancière ou aide au brancardage sont sous-évalués. La Creuse considère que le relevage des personnes à domicile est fait par carence ambulancière et devrait donc être pris en charge financièrement par le secteur sanitaire.

[932] Pour le Maine-et-Loire, certaines interventions assurées par les SDIS devraient être confiées à d'autres services (blessure légère en milieu sportif, relevage de personne, transport de malade par carence…). A défaut, elles devraient au moins être facturées à des fins de responsabilisation des demandeurs. Pour la Haute-Saône, le recours aux sapeurs-pompiers pour des blessures légères en milieu professionnel, scolaire ou sportif constitue une « forme d'utilisation abusive des moyens de secours publics ».

[933] Le Doubs et l'Oise appellent de leurs vœux le recentrage des activités du SDIS sur son cœur de mission. Le Doubs propose d'opérer ce recentrage par une clarification des rôles et des financements, ainsi que par une formation des citoyens. Sur ce point, le Maine-et-Loire souligne que trop souvent, la population confond urgence vitale et relative.

[934] La Marne souhaite une répartition des interventions par niveau de gravité et non en fonction du lieu : les transporteurs sanitaires privés devraient être chargés des blessés légers et malaises légers, les sapeurs-pompiers des blessés graves et les SMUR, des blessés nécessitant une médicalisation.

[935] **<u>Question n° 4</u> : la mise en œuvre du secours aux personnes dans votre département vous paraît-elle soulever des difficultés ? Si oui, lesquelles et quelles seraient les mesures de nature à améliorer la situation ?**

[936] Deux départements (Doubs, Haute-Saône) indiquent que la mise en œuvre des secours ne soulève pas de difficulté majeure, ce qui n'exclut pas des marges de progrès sur certains points.

[937] Les difficultés signalées sont différentes selon les départements.

[938] Certaines ont trait aux demandes et aux besoins de la population : évolution de la demande (Seine-et-Marne), accroissement des tâches indues (Maine-et-Loire, Meuse), population faible et dispersée dans les zones rurales (Creuse), induisant une difficulté de réponse, surtout dans le délai de 30 minutes.

[939] D'autres sont relatives aux capacités de réponse alternatives ou complémentaires par rapport aux SDIS : démographie médicale défavorable (Meuse), recul de la permanence des soins ambulatoire (Meuse), augmentation du nombre de carences (Maine-et-Loire, Meuse), spécialisation et éloignement des plateaux techniques. Sur ce dernier point, la Meuse indique que ses sapeurs-pompiers desservent 14 centres hospitaliers dont un tiers en dehors du département, induisant un allongement de la durée moyenne des interventions – 1 h 36 mn en 2012 contre 1 h 11 mn en 2006.

[940] D'autres encore portent sur les pratiques des SAMU : manque de formalisation des pratiques opérationnelles, avec pour conséquences des aléas dans la pratique de la régulation médicale (Marne), recours aux transporteurs sanitaires privés pour des missions de la compétence du SDIS (Doubs), sollicitation insuffisante des infirmiers sapeurs-pompiers par le CRRA (Doubs).

[941] Enfin, l'Oise pointe le conflit financier qui oppose depuis plusieurs années le SDIS et l'établissement de santé siège de SAMU.

[942] Les réponses envisagées sont nécessairement adaptées aux situations locales et à la nature des difficultés :

- évolution de la demande : formation des effectifs et adaptation des profils de recrutement (Seine-et-Marne) ;
- couverture des besoins zone rurale : partenariat ARS/SDIS, mise en place de médecins correspondants du SAMU, voire d'hélicoptères (Creuse), augmentation du nombre d'ambulances privées autorisées dans les zones les plus délicates à couvrir (Meuse), rééquilibrage de l'offre privée entre zones urbaines (rentables) et rurales (moins rentables) (Haute-Saône) ;
- pratiques professionnelles : dialogue entre acteurs opérationnels (Doubs), création d'une plate-forme 15-18 (Marne), arbitrage de l'ARS vis-à-vis des transporteurs sanitaires privés (Meuse), positionnement du SAMU sous la tutelle du préfet pour ce qui touche au secours à personne (Marne) ;
- conflits financiers : clarification des financements (Oise).

[943] **<u>Question n° 5</u> : pour mieux concilier la demande d'interventions urgentes de la part de la population et les contraintes pesant sur les finances publiques, estimez-vous possible de travailler sur la doctrine d'intervention des divers services publics impliqués ?**

[944] Les conseils généraux de la Creuse, du Doubs, de Maine-et-Loire, de la Marne, de l'Oise et de Seine-et-Marne souhaitent explicitement une révision de la doctrine d'intervention des différents acteurs. Un tel travail leur paraît inéluctable face à l'évolution de la démographie des professionnels de santé (Creuse, Doubs) et du système de santé en général (Doubs).

[945] Ce travail doit impliquer les acteurs, publics comme privés (Doubs). Pour le Maine-et-Loire, il doit associer les assureurs (couverture des accidents dans le domaine du sport) et les services de police et de gendarmerie (ivresses). L'Oise souligne que l'activité pourrait être réduite par une meilleure organisation de la permanence des soins.

[946] Plus qu'un travail sur les doctrines opérationnelles, la Meuse privilégie une approche réglementaire pour assurer aux SDIS le juste défraiement de leurs interventions en dehors de leurs missions, sans lequel il y a un glissement de charges au détriment des collectivités territoriales. L'Oise insiste également sur le volet financier des clarifications à opérer.

[947] La Meuse souhaite la fusion des deux référentiels (SAP-AMU du 25 juin 2008 et AMU-TS du 9 avril 2009), mais avec des marges d'adaptation locale sous le contrôle du préfet.

[948] La Haute-Saône conclut par une note positive en présentant le partenariat mis en place dans le département entre les centres hospitaliers et le SDIS, titulaire d'un marché de conduite des SMUR et de transport médicalisé des victimes. D'après le conseil général, un transport sanitaire urgent est facturé 138 € par le SDIS alors que les transporteurs sanitaires privés en demanderaient 630 €. Le conseil général préconise donc des partenariats entre les acteurs publics (établissements de santé, SDIS) comme élément d'efficacité et d'efficience des secours d'urgence.

ANNEXE 4
SYNTHESE DES REPONSES DES SERVICES D'INCENDIE ET DE SECOURS

Méthodologie

[949] Le référentiel d'organisation du secours à personne (SAP) et de l'aide médicale urgente (AMU) ayant une portée nationale, la mission a procédé par voie de questionnaires pour recueillir des informations sur sa mise en œuvre sur l'ensemble du territoire. Cinq réseaux ont été consultés : les préfets, les directeurs généraux d'agence régionale de santé (ARS), les présidents de conseil général, les responsables de services d'incendie et de secours (SIS) et les responsables de services d'aide médicale urgente (SAMU) par l'intermédiaire des directeurs de leurs établissements de santé de rattachement.

[950] Les réponses à la partie littérale des questionnaires font l'objet d'une synthèse par réseau, restituées dans les annexes n° 1 à 5 du rapport.

[951] Les questionnaires adressés aux SIS et aux SAMU comprenaient en outre une grille reprenant les principales prescriptions du référentiel : pour chacune, il était demandé aux services d'indiquer si elle était appliquée ou pas. Les réponses reçues font l'objet de l'annexe n° 6.

[952] La présente annexe constitue la synthèse des réponses reçues des services d'incendie et de secours. Elle suit le plan du questionnaire, composé de vingt-et-une questions.

[953] 78 services d'incendie et de secours ont répondu à la sollicitation de la mission, dont la Brigade des sapeurs-pompiers de Paris, compétente sur les quatre départements de Paris et de la petite couronne. Les 81 départements couverts sont les suivants : Ain, Aisne, Allier, Alpes-de-Haute-Provence, Hautes-Alpes, Alpes-Maritimes, Ardèche, Ardennes, Ariège, Aube, Aude, Calvados, Charente, Charente-Maritime, Cher, Corrèze, Corse-du-Sud, Côte-d'Or, Côtes-d'Armor, Creuse, Dordogne, Doubs, Eure, Eure-et-Loir, Gard, Haute-Garonne, Gironde, Hérault, Ille-et-Vilaine, Indre, Indre-et-Loire, Isère, Jura, Loir-et-Cher, Haute-Loire, Loire-Atlantique, Loiret, Lot, Lot-et-Garonne, Lozère, Manche, Haute-Marne, Mayenne, Meurthe-et-Moselle, Nièvre, Nord, Oise, Orne, Puy-de-Dôme, Pyrénées-Atlantiques, Pyrénées-Orientales, Haut-Rhin, Rhône, Haute-Saône, Saône-et-Loire, Sarthe, Savoie, Haute-Savoie, Paris, Seine-Maritime, Yvelines, Deux-Sèvres, Somme, Tarn, Tarn-et-Garonne, Vaucluse, Vendée, Vienne, Haute-Vienne, Vosges, Yonne, Territoire-de-Belfort, Essonne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Val-d'Oise, Guadeloupe, Martinique, Guyane, Mayotte.

[954] **Question n°1 : quelles conséquences ont été tirées localement de l'adoption du référentiel. Le SIS a-t-il travaillé avec d'autres acteurs du secours à personne ou de l'aide médicale urgente pour définir ses déclinaisons concrètes et identifier de nouvelles pratiques à mettre en place ?**

[955] Sur les 78 répondants, seuls douze SIS déclarent qu'aucune conséquence n'a été tirée de l'adoption du référentiel national. Cette situation est parfois subie : à titre d'exemple, dans un département, les discussions relatives à une nouvelle convention ont échoué à cause d'un différend financier, malgré les initiatives conjointes du préfet et du directeur général d'ARS. Dans un autre département, la convention a été écrite et approuvée, mais non signée, également en raison d'un conflit financier. Un autre SDIS mentionne le refus du SAMU d'ouvrir des discussions sur la déclinaison locale du référentiel. Dans d'autres cas, cette situation résulte d'un choix (apparemment partagé par les partenaires) de ne pas bouleverser le cadre conventionnel existant : deux SDIS estiment que les conventions antérieures au référentiel sont globalement conformes à ses orientations (Haute-Saône, Yvelines), un SDIS n'a pas souhaité mettre en danger la dynamique partenariale bâtie au cours des années précédentes dans le cadre d'une convention tripartite avec les transporteurs sanitaires (Gironde).

[956] Là où la déclinaison locale du référentiel a effectivement eu lieu, elle est parfois jugée insatisfaisante ou partielle par le SIS : blocages persistants sur certains volets (appui logistique des SDIS aux SMUR, ANTARES), mise en œuvre de la convention qui ne répond pas aux objectifs du SDIS, sentiment d'une déclinaison partielle privilégiant les mesures du référentiel portant des obligations à l'égard du SDIS, comme les missions de relevage… Autre situation spécifique : dans deux départements, la convention déclinant le référentiel n'a pas été signée mais serait néanmoins appliquée en pratique.

[957] Dans d'autres cas encore, le référentiel a bien fait l'objet d'une déclinaison locale, mais son apport est perçu comme limité (Eure-et-Loir, Haut-Rhin, Haute-Savoie), dans la mesure où ses principes étaient d'ores et déjà mis en œuvre localement.

[958] Néanmoins, ce paysage doit être apprécié de manière dynamique : deux départements précisent qu'un long travail de discussion a été nécessaire avant d'aboutir à la signature de leur convention, de sorte que la mise en œuvre concrète du nouveau cadre commun est parfois récente (second semestre 2013 dans le cas du Territoire-de-Belfort). Deux départements signalent que le travail de déclinaison est en cours (Puy-de-Dôme et Guadeloupe).

[959] **La majorité des réponses font apparaître qu'un travail partenarial de déclinaison a eu lieu**. Les modalités en sont assez variées : discussions directes et autonomes entre le SDIS et le SAMU (Indre) ou encore sous l'égide de la délégation territoriale de l'ARS (Dordogne). Ces travaux peuvent prendre par endroit une dimension régionale : élaboration d'un modèle régional de convention en Midi-Pyrénées, sous l'égide du préfet de région et du directeur général de l'ARS ; démarche régionale d'harmonisation des arbres décisionnels en région Centre, sous l'impulsion de l'ARS, en associant les directeurs de SDIS, les médecins chefs des SDIS et des SAMU ; en Meurthe-et-Moselle, travail du SDIS avec l'ARS et le réseau Lorraine Urgences afin d'élaborer un modèle de convention régionale.

[960] Le résultat concret de ces travaux est le plus souvent la conclusion de conventions bilatérales SAMU-SDIS. 10 SIS mentionnent que des travaux ont été menés autour de **documents de doctrine d'engagement des moyens** : mise en œuvre d'un recueil des procédures opérationnelles partagées en Rhône-Alpes, logigrammes communs (Haute-Savoie, Indre, Gironde, Vienne), logigrammes de gestion des carences et procédure de suivi des missions réalisées par le SDIS pour le compte du SAMU (Corse-du-Sud), fiches réflexes signées par le médecin-chef du SSSM, le chef du groupement opération et le médecin chef du SAMU (Charente-Maritime), schémas-types de réponse et fiches simplifiées de régulation destinées aux opérateurs CTA et ARM (Alpes-de-Haute-Provence).

[961] Trois SDIS mentionnent également la mise en place de formations communes entre opérateurs du CTA et assistants de régulation médicale (Rhône, Lot et Nièvre). Des procédures de gouvernance ont également été mises en place : procédures de retour d'expérience régulières (Aude, Mayenne), comités de suivi et de pilotage (Calvados, Lot), voire réunions régionales organisées entre l'ARS et les directeurs des SDIS (mentionnée par le SDIS de Charente-Maritime).

[962] L'articulation avec les transporteurs sanitaires fait l'objet d'appréciations divergentes : un SDIS estime que la dénonciation de la précédente convention tripartite au profit d'une convention bipartite a distendu ses liens avec les ambulanciers privés. Plusieurs départements ont souhaité préserver l'articulation avec ces derniers : soit au travers de relations suivies avec l'ATSU (Cher, Charente-Maritime), soit en conservant l'ancienne convention tripartite (Gironde), voire même en déclinant le référentiel dans un cadre tripartite (Lot-et-Garonne) ou en élaborant une convention tripartite « chapeau » en parallèle de la convention bipartite (Savoie). Le SDIS de la Mayenne évoque également la conclusion d'une charte de qualité de l'aide médicale urgente signée par l'ARS, le SDIS, l'ATSU et le conseil général.

[963] **Question n°2 : quelles sont les conventions existantes entre le SIS et d'autres acteurs du secours à personne ou de l'aide médicale urgente ?**

[964] La quasi-totalité des 77 services répondants entretiennent des relations conventionnelles avec les SAMU : seuls six SDIS ne font mention d'aucune convention avec leur SAMU (bipartite ou tripartite). Les raisons sont variées : dans plusieurs départements, les discussions sur la nouvelle convention n'ont pu aboutir, alors que l'ancienne convention est devenue caduque. Dans deux départements, la convention n'a pas été signée, mais est appliquée dans les faits (cf. question 1).

[965] La plupart des conventions portent sur des thèmes similaires : déclinaison du référentiel, appui logistique aux SMUR, relations financières et carences ambulancières, etc. Certaines portent sur des prestations précises : fourniture de médicaments au SDIS par le CHU, élimination des DASRI auprès du CHU, etc.

Tableau 3 : typologie et fréquence des conventions

Type de convention	Nombre de SIS évoquant ce type de convention
Convention bipartite SDIS - SAMU	57
Convention ou protocole tripartite SDIS-SAMU-transporteurs sanitaires (quand précisé)	21
Conventions d'appui logistique aux SMUR	28
Conventions financières et/ou relative aux carences ambulancières	20
Conventions relatives aux CTA et CCRA : interconnexion, plateforme commune, secours mutuel des centres d'appel	5
Convention avec associations de sécurité civile	10
Conventions avec le SAMU relatives au secours héliporté (modalités d'engagement, modalités de médicalisation)	4
Conventions avec le SAMU relatives à Antares	4

Source : Questionnaires. Comptabilisation des réponses faisant explicitement mention du type de convention indiqué. La précision inégale des réponses invite à la prudence quant à la fiabilité des données (oublis..).

[966] Plus du tiers des répondants (28) font état de conventions d'appui logistique avec un ou plusieurs SMUR de leur département ; ces conventions se trouvent en particulier dans des départements ruraux (Ardèche, Ardennes, Aube, Aude, Cher, Eure), mais également dans quelques départements plus peuplés (Gironde, Héraut, Indre-et-Loire).

[967] La majorité des répondants mentionnent l'existence d'une convention bipartite entre SDIS et SAMU (57 réponses sur 75). Néanmoins, 21 réponses font état de conventions tripartites incluant les transporteurs sanitaires privés. La plupart de ces conventions sont antérieures au référentiel et ont été prises en application de circulaires plus anciennes. Elles restent en vigueur parfois par choix ou faute de nouvelle convention bilatérale. Néanmoins, des protocoles ou des chartes tripartites ont été récemment signées dans certains départements (Saône-et-Loire, Haute-Savoie, Vosges), en complément de la convention bilatérale SDIS-SAMU.

[968] Les conventions conclues avec les associations agréées de sécurité civile mentionnées dans les réponses concernent le plus souvent l'évacuation des blessés dans le cadre des dispositifs prévisionnels de secours ou la participation à des situations exceptionnelles (plan NOVI).

[969] S'agissant des sapeurs-pompiers volontaires, deux SDIS ont conclu avec le CHU des conventions de mise à disposition des infirmiers (Meurthe-et-Moselle, Vosges). Un SDIS a conclu une convention permettant de facturer les engagements de médecins et infirmiers sapeurs-pompiers volontaires à la demande du centre 15 (Lot-et-Garonne).

[970] **Question n°3 : le SDACR et le SROS ont-ils été mis en cohérence ? Si oui, comment cela s'est-il traduit ? Si non, existe-t-il un calendrier prévisionnel de travail conjoint sur ces deux documents ?**

[971] La mise en cohérence du SDACR et du SROS est un chantier peu avancé : dans au moins 44 départements, rien n'a été fait, ni ne semble prévu. Douze SDIS font état de projets. Neuf SDIS ont engagé des démarches de mise en cohérence de leur SDACR avec le SROS, mais de manière unilatérale. Seuls quatre SDIS font état de travaux réellement concertés sur ces documents.

[972] La mise en cohérence du SDACR et du SROS se heurte aux difficultés de communication entre les SDIS et les acteurs de la santé : un certain nombre de SDIS regrettent de ne pas être associés ou consultés lors de l'élaboration du SROS et expriment le sentiment que l'organisation de la réponse de santé ne les prend pas en compte. D'autres SDIS rapportent avoir démarché sans succès leur ARS sur ce sujet. Dans d'autres cas encore, des rencontres ont bien eu lieu et des intentions ont été échangées, mais sans suite concrète.

[973] *A contrario*, plusieurs exemples de démarches concertées sont signalés :

- consultation des partenaires santé par le SDIS lors de l'élaboration du SDACR (notamment Alpes-Maritimes, Aube, Aude, Gironde) ;
- constitution d'un groupe de travail rassemblant les SAMU, ATSU, SDIS, ARS et CPAM, afin de recenser l'ensemble des données relatives au secours à personne et à l'aide médicale urgente et afin d'identifier les pistes d'optimisation (région Centre) ;
- impulsion commune du préfet de région et de l'ARS afin d'inscrire les travaux de mise en cohérence à l'ordre du jour (Franche-Comté) :
- participation des SDIS à des groupes de travail sur le SROS (Gironde).

[974] Outre les problèmes de mise en relation des institutions, plusieurs SDIS soulignent les difficultés à mettre en cohérence deux documents qui ne répondent pas aux mêmes objectifs ni aux mêmes logiques, et ne s'inscrivent pas dans la même maille territoriale. Les difficultés sont parfois très prosaïques, par exemple dans le cas où les deux documents n'utilisent pas une définition identique du temps d'intervention (à partir de la prise d'appel, à partir du départ du véhicule, etc.).

[975] La mise en cohérence se limite le plus souvent à un échange de données et de cartographies. Dans l'Aisne, un document commun de mise en cohérence a été présenté en CODAMUPS-TS. Sans qu'il y ait forcément concertation, plusieurs SDIS prennent en compte les moyens sanitaires institutionnels (5 répondants), voire privés (1 répondant) dans leur SDACR et leurs analyses de couverture. Un SIS précise notamment que ces implantations sont prises en compte pour l'implantation des moyens SSSM et notamment des VLI postées.

[976] **Question n°4 : comment s'organise le suivi de la mise en œuvre du référentiel et de l'efficacité de l'articulation SAP-AMU ? Les réponses apportées par les systèmes d'information sont-elles adaptées à vos besoins ?**

[977] La plupart des répondants (50) déclarent tenir des réunions régulières avec le SAMU. Dans plusieurs départements, il n'existe néanmoins pas de suivi particulier des affaires d'intérêt commun, ou bien ce suivi est prévu mais non mis en œuvre (Côte-d'Or, Côtes-d'Armor, Dordogne, Haute-Garonne, Jura, Nord, Seine-Maritime, Guyane). Si cette absence de suivi peut être le signe de tensions entre partenaires (Haute-Garonne), un département (Eure-et-Loir) estime que la convention SAMU-SDIS ne pose pas de problèmes et ne nécessite pas de suivi.

Tableau 4 : fréquence des réunions

	Nombre de réponses
Réunion régulière (fréquence <= 1 mois)	17
Réunion régulière (fréquence <= 1 an)	20
Réunion régulière (fréquence non précisée)	13
Echanges ponctuels ou au fil de l'eau	6
Pas de suivi ou rencontres très ponctuelles	14
Non précisé (ou réponse non conclusive sur ce point)	8

[978] Les modalités de suivi sont variables. Quelques départements ont mis en œuvre le suivi à double étage préconisé par le référentiel (Calvados, Charente, Ille-et-Vilaine) voire à triple étape (Vosges, Loir-et-Cher : comité de suivi, comité opérationnel, comité technique). Dans d'autres départements, seules des réunions techniques ou sur des points particuliers (carences, suivi des incidents) sont prévues, mais il n'existe pas de suivi formalisé au niveau des responsables de structure. En cas de plateforme commune, le suivi peut s'effectuer au fil de l'eau. Dans deux départements, les comités de suivi incluent les transporteurs sanitaires (Orne, Haute-Savoie). Dans trois départements, la convention fait l'objet d'un bilan devant le CODAMUPS-TS (Ain, Ardennes, Dordogne). L'instauration de réunions régulières de suivi des incidents est perçue comme un outil permettant de faire baisser les tensions.

[979] Enfin, les départements de la région Midi-Pyrénées signalent l'existence d'un comité de suivi sous pilotage de l'ARS et du préfet de région comprenant trois représentants des SDIS, un médecin-chef de SSSM, trois représentants de SAMU et un de centre hospitalier.

Le jugement porté sur les systèmes d'information est, de manière générale, sévère. Sont notamment cités:

- la difficulté de croiser les données de chaque structure ;
- le déséquilibre du suivi statistique entre les deux partenaires ;
- le manque d'indicateurs qualitatifs, notamment de gravité ;
- la complexité de la liste des indicateurs de l'annexe VII du référentiel au regard des possibilités offertes par les systèmes d'information.

[980] **Question n°5 : existe-t-il un centre commun SIS-SAMU de réception et de traitement des appels ? Si non, existe-t-il une autre forme de mutualisation des plates-formes de réception et de traitement des appels avec les SIS d'autres départements ? Quelles sont les forces et faiblesses de l'organisation retenue dans votre département ? Quelles sont les perspectives d'évolution ?**

Tableau 5 : modalités d'intégration actuelles

Type de plateforme	**Nombre de réponses**
Plateforme commune	13
Plateforme virtuelle (si précisé)	10
Pas de plateforme ou pas précisé	55

Tableau 6 : perspectives d'intégration

Perspectives	**Nombre de réponses**
Intégration renforcée envisagée (plateformes communes, renforcement des interfaçages, partage des informations)	31
Pas d'intégration renforcée envisagée ou évoquée	44
Non précisé	3

[981] Les retours de questionnaire confirment que la formule de l'intégration des plateformes d'appels (en mode virtuel ou physique) reste minoritaire. Seules trois plateformes physiques réellement intégrées peuvent être recensées, à savoir disposant d'un logiciel 15-18 unique et de possibilités de mutualisation du premier niveau d'appel (opérateurs CTA 18, assistants de régulation médicale 15) en cas de débordement, voire de possibilités de déclenchement croisé des moyens (Aude, Haute-Savoie).

[982] La plupart des retours d'expérience sur les plateformes communes intégrées sont positifs. Les arguments en faveur d'une plateforme physique sont les suivants :

- résolution plus aisée des litiges du quotidien et apaisement des relations entre acteurs ;
- amélioration du relationnel et de la collaboration entre les hommes ;
- réponse commune et rapide sur les signalements d'incidents, dynamique partagée d'évolution et d'amélioration ;
- circulation rapide de l'information et facilitation de la gestion des appels ;
- facilitation de la gestion de crise.
- le cas échéant, polyvalence des opérateurs 15/18 qui permet de mieux prendre en charge les pics d'activité et d'améliorer la qualité de service perçue par l'usager.
- mutualisation des moyens techniques et de gestion des appels, dans la mesure où les exigences techniques pour créer un centre de réception et de suivi des appels sont importantes (sécurisation d'énergie, redondance, double parcours téléphonique, etc.) et mobilisent des financements lourds : réponse à la recherche de rationalisation dans l'engagement des moyens des différents services (Aude).

[983] Un logiciel commun permet de transcrire plus facilement des principes opérationnels partagés.

[984] La formule intermédiaire de la plateforme virtuelle fait l'objet d'appréciations divergentes. Aucun répondant n'en met l'intérêt en cause. Elle permet notamment d'éviter les doubles saisies et le double questionnement des appelants, ainsi que, lors que l'interface est suffisamment évoluée pour cela, le partage du positionnement des moyens. Néanmoins, elle est vécue par certains SDIS comme une réponse dégradée par rapport à l'intégration physique. Par ailleurs, elle n'offre pas le même degré de sécurité dans la relation : un SDIS rapporte ainsi qu'un changement non concerté de logiciel par son partenaire SAMU, dix mois après l'inauguration de la plateforme virtuelle, a drastiquement limité les fonctionnalités permises par l'interconnexion d'origine.

[985] Les faiblesses avancées d'une organisation à deux plateformes séparées sont les suivantes :

- réponse non homogène des deux parties par rapport aux consignes opérationnelles, divergences d'interprétation dans la mise en œuvre des notions de départ réflexe et d'urgence vitale ;
- qualité de la collaboration avant tout dépendante des personnes ;
- asymétrie possible de la relation (absences de bascule dans le sens CRRA vers CTA, pas de priorisation des appels CTA au CRRA) ;
- coûts d'organisation : délais de traitement supplémentaires (notamment temps d'attente du décroché CRRA, le cas échéant), problèmes de compréhension mutuelle pouvant être aggravé par l'éloignement des centres et des équipes.

[986] Malgré l'appréciation majoritairement positive portée sur ces démarches, beaucoup de SDIS n'envisagent pas de renforcement de leur intégration avec le SAMU, et certains semble-t-il par choix : selon certains SDIS, la formule des deux plateformes distinctes permet en effet à chaque acteur de préserver son indépendance, notamment son autonomie opérationnelle et décisionnelle. Un SDIS estime qu'elle permet à chaque service de préserver son identité.

[987] Plusieurs SDIS soulignent que la mise en œuvre d'un projet de plateforme commune nécessite au préalable une entente sur la répartition des missions et des règles communes. Deux SDIS disposant de plateformes communes précisent que des protocoles de régulation ont été mis au point (Aude) ou encore des logigrammes communs afin d'uniformiser le traitement des appels (Vaucluse). Par ailleurs, de tels projets nécessitent un investissement financier fort, paramètre parfois bloquant, y compris lorsqu'il s'agit de développer une simple interconnexion informatique.

[988] Quelques SDIS envisagent prioritairement une interconnexion avec les CTA des départements voisins, aux fins de sécurisation, voire avec d'autres services du conseil général ou dans le cadre d'une approche régionale.

[989] D'après les SIS, l'idée de plateforme commune se heurterait à des réticences du côté « santé », notamment du fait de l'opposition de certaines ARS qui privilégient une logique de régionalisation des CRRA : huit SDIS ont proposé sans succès un rapprochement à leur partenaire du SAMU, à l'occasion d'opérations immobilières. Dans certains cas, ces projets ont échoué en dépit de l'accord du directeur du SAMU.

[990] **Question n°6 : comment s'opère l'interconnexion entre CTA-CRRA au niveau des réseaux téléphoniques (lignes dédiées ou banalisées ?) et des logiciels (communs ? interopérables ?) ?**

Tableau 7 : interconnexion téléphonique

	Nombre de réponses
Système téléphonique unique (plateforme commune)	7
Interconnexion téléphonique dédiée	40
Interconnexion téléphonique banalisée	26
Non précisé	5

Tableau 8 : interconnexion logicielle

	Nombre de réponses
Interconnexion logicielle	28
Pas d'interconnexion logicielle	28
Pas d'interconnexion logicielle – mais perspective d'une interconnexion évoquée	14
Logiciel unique	5
Non précisé	3

[991] Le détail des réponses fait apparaître que la qualification de « logiciels interconnectés » regroupe des réalités très différentes. L'interconnexion minimale permet la transmission des informations de base relatives à un dossier : civilités, nature, lieu, observations éventuelles. Une interconnexion plus poussée peut permettre le partage des annuaires, du SIG, du référentiel de nature d'interventions, la géolocalisation des moyens, etc.

[992] **Question n°7 : quel est pour vous le bilan du déploiement et de l'utilisation du réseau de radiocommunications ANTARES ?**

[993] La grande majorité des services répondants utilisent d'ores et déjà ANTARES. Seuls 13 ne l'ont pas encore déployé, (Ardèche, Charente, Côtes-d'Armor, Hérault, Ille-et-Vilaine, Loir-et-Cher, Haute-Loire, Haute-Marne, Mayenne, Orne, Vendée, Guadeloupe, Guyane), ce déploiement étant en cours dans cinq d'entre eux.

[994] L'appréciation portée sur l'outil est généralement positive (26 avis explicitement positifs, dix avis négatifs ou mitigés, les autres réponses ne comportant pas d'appréciation qualitative sur l'outil). Les avantages reconnus sont les suivants :

- l'amélioration de la qualité des transmissions ;
- l'apport de nouvelles fonctionnalités avec la transmission de données : géolocalisation des vecteurs, statuts, etc. ;
- la sécurisation des données (cryptage) ;
- l'interconnexion avec SAMU quand ce dernier est équipé : elle permet d'éviter la file d'attente du 15 lorsqu'on souhaite contacter le régulateur de toute urgence (Eure-et-Loir) ;
- l'utilisation des statuts qui permet de limiter l'encombrement des réseaux (Haute-Garonne) et de renforcer la clarté des transmissions et d'améliorer le confort phonique du CTA/CODIS ;
- la traçabilité des échanges, impossible avec le téléphone portable (Gironde).

[995] D'autres réponses soulignent les limites de l'outil. Sont notamment évoqués :

- l'insuffisante résilience du réseau, s'agissant notamment de l'alimentation électrique des relais: un SDIS a ainsi dû se doter d'un Véhicule Satellite d'Assistance aux Transmissions pour fiabiliser le réseau dans le cadre des plans de secours ;
- la persistance de dysfonctionnements techniques (mise à jour des clefs de cryptage, difficultés de connexion informatique ponctuelles…) ;
- le coût de l'équipement nécessaire ;
- le sous-dimensionnement des canaux en cas d'événement important (exemple du Tour de France) ;
- l'inadaptation à la transmission orale des bilans secouristes prévus par le référentiel en sa page 23, ainsi que des bilans infirmiers et médicaux ;
- les difficultés à communiquer avec la gendarmerie nationale et les hélicoptères de la sécurité civile.

[996] Au-delà de ces faiblesses mentionnées de manière ponctuelle, trois sujets de préoccupation apparaissent largement partagés.

[997] Plusieurs SDIS regrettent **la faiblesse, par construction, du débit de transmission de donnée sur le réseau**. Elle limite fortement les fonctionnalités potentielles en matière de télétransmission des électrocardiogrammes, des paramètres vitaux, voire de fichiers sonores d'auscultation, de photos, etc.

[998] **L'incomplétude, voire la faiblesse, de la couverture ANTARES de certains territoires** constitue un sujet récurrent de préoccupation, mentionné par 21 SDIS. Elle constitue un frein important à l'utilisation d'ANTARES : elle empêche par exemple la bonne utilisation de l'informatique déportée (tablettes de transmission des bilans) lorsqu'elle existe, voire oblige au maintien de l'ancien réseau radio (et de la veille sur ce réseau).

[999] De nombreux SDIS mentionnent **la sous-utilisation d'ANTARES**, notamment du fait des réticences de certains SAMU à acquérir l'équipement compatible ANTARES et à utiliser la radio pour la transmission des bilans. 15 SDIS évoquent des difficultés de ce type. Est notamment évoquée une préférence d'usage des médecins régulateurs pour le téléphone portable, parfois partagée par les équipages des VSAV.

[1000] **Question n°8 : la régulation médicale est-elle mobilisée dans les conditions prévues par le référentiel ? Si non, pourquoi ? Si oui, les conditions de cette mobilisation vous paraissent-elles satisfaisantes ?**

[1001] Une majorité de répondants (37) estime que la régulation médicale est mobilisée dans les conditions du référentiel et donne toute satisfaction. Un SDIS reconnaît qu'il doit régulièrement sensibiliser ses propres opérateurs à la nécessité de bien réaliser l'interconnexion de l'ensemble des appels attendue par le médecin régulateur.

[1002] Ainsi, si la régulation assurée par les CRRA15 donne globalement satisfaction, certains points de crispation récurrents émergent au travers des réponses :

- l'importance des délais de décroché au 15, évoquée par 5 SDIS, empêche dans certains cas la régulation d'intervenir correctement : après un certain délai, dans le doute, l'opérateur du CTA engage un moyen, ce qui peut susciter des tensions et des incompréhensions avec les transporteurs sanitaires privés et avec le CRRA ;
- onze SDIS soulignent la difficulté d'accès au médecin régulateur, à la fois lors de la conférence à trois et lors de la passation du bilan secouriste. L'interlocuteur de l'opérateur et du chef d'agrès est ainsi souvent un ARM, qui assume fréquemment

seul sa décision ; un SDIS parle ainsi d'une « régulation infirmière », qui se limiterait à valider la destination de la victime ;

- pour les répondants, ces difficultés reflètent le manque de moyens de la régulation médicale (trois réponses) : le médecin régulateur serait par ailleurs trop sollicité par la permanence des soins (deux réponses). Cette situation a par exemple conduit le conseil général d'Ille-et-Vilaine à participer au financement d'un second médecin régulateur en journée et en semaine, afin d'améliorer la réponse de la régulation aux sollicitations du CODIS et de diminuer le nombre de départs réflexes avant régulation (100 000 euros sur deux ans) ; un SDIS estime que la mise en œuvre du bilan simplifié permettrait justement d'alléger la tâche du médecin régulateur ;
- certains SDIS notent une asymétrie dans la mise en œuvre du référentiel. Six SDIS évoquent ainsi les réticences de leur partenaire du SAMU à mettre en œuvre le départ réflexe dans les conditions prévues par l'annexe I du référentiel pour les appels arrivant au 15 ; deux autres mentionnent le non-respect par le SAMU de l'obligation d'information de son partenaire sur l'engagement de ses moyens propres ou encore l'absence de bascule au 18 des appels relevant du secours (incendie, accidents, risques technologiques) ;
- quatre SDIS évoquent une trop forte sollicitation de leurs moyens par le SAMU, au titre de situations dont la gravité serait surévaluée ou qui relèveraient de missions de transport sanitaire. Comme le note un SDIS, la frontière entre carence et secours est parfois difficile à déterminer.

[1003] D'autres motifs d'insatisfaction sont ponctuels et liés à des situations locales : manque de confiance du médecin régulateur envers le chef d'agrès qui conduit le premier à privilégier le transport aux urgences quand le second propose de laisser la victime sur place (deux réponses) ; CRRA qui ne remplit pas ses obligations d'information des services d'accueil, ce qui entraîne des refus de victime (trois réponses).

[1004] **Question n°9 : la typologie de la réponse (du secourisme à la réponse médicale) fonctionne-t-elle de manière efficace, sans perte de chance pour la victime ou le patient ?**

[1005] La majorité des répondants estime qu'une réponse graduée incluant un volet secouriste, paramédical et médical est efficace et minimise les pertes de chance pour le patient.

[1006] 12 SDIS soulignent que les CRRA recourent peu ou pas aux moyens du SSSM, en particulier les infirmiers sapeurs-pompiers, y compris lorsque ces derniers sont prévus par la convention SAMU-SDIS locale. Dans plusieurs départements, chaque acteur gère donc lui-même la montée en puissance de ses moyens, au risque de provoquer des interventions en doublon. Ces SDIS expriment le souhait de voir leurs moyens paramédicaux et médicaux pleinement reconnus, notamment dans le cadre de l'objectif d'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes et en vue d'une meilleure complémentarité des moyens, notamment en milieu rural. Un SDIS estime ainsi que le système français est aujourd'hui à la croisée des chemins : selon lui, le modèle secouriste devrait évoluer et accueillir de nouvelles compétences, tandis que le monde de la santé devrait accepter de nouveaux concepts pré-hospitaliers, notamment l'intervention en avant-coureur du SMUR d'infirmiers sous protocoles.

[1007] D'autres facteurs de limitation ou de pertes de chances sont ponctuellement avancés, à titre d'exemple :

- l'inadéquation des moyens à la gravité de l'intervention (équipage VSAV à trois ou quatre pour des interventions non urgentes) ;
- les réponses opérationnelles variables et trop dépendantes des opérateurs (ARM, médecin régulateur) ;
- l'absence de disponibilité permanente de certaines ressources : moyens volontaires SSSM, MCS, autres médecins en zones éloignées ;

- les difficultés liées à la rareté des moyens hospitaliers et l'accès difficile de certaines zones, notamment montagneuses.

[1008] **Question n°10 : Le passage de la notion de prompt secours à celle de départ réflexe a-t-il induit une nouvelle interprétation sur les missions des sapeurs-pompiers et/ou un changement des pratiques entre les intervenants ? La liste des situations justifiant un départ réflexe définie dans le référentiel a-t-elle répondu aux attentes du SIS ?**

[1009] Les réponses obtenues témoignent de la diversité des appréciations autour de la notion de « départ réflexe ». Les différences de compréhension dont elle fait l'objet renseignent également sur la variété des pratiques dans les départements.

[1010] En premier lieu, une forte proportion de répondants (32) estiment que la notion de départ réflexe n'a pas induit de changement de pratique par rapport au prompt secours : pour eux, elle ne constituerait qu'un changement sémantique et correspondrait aux pratiques déjà mises en œuvre.

[1011] Le sens même de l'annexe I du référentiel ne fait pas consensus. Pour beaucoup de SDIS, cette annexe a eu le mérite de préciser et de clarifier les missions des SDIS et de mettre ainsi fin à des malentendus locaux (Creuse, Dordogne, Doubs, Loiret, Pyrénées-Orientales, Rhône, Savoie, Vosges, Yonne). *A contrario*, d'autres SDIS estiment que l'annexe I ne doit pas être interprétée comme une définition de mission : le départ réflexe ne détermine pas l'imputabilité de la mission mais n'est qu'une règle de déclenchement de moyens (3 répondants). Un SDIS estime ainsi que certaines interventions déclenchées par le CTA-CODIS en départ réflexe devraient faire l'objet d'une requalification a posteriori en carence, le cas échéant.

[1012] Pour certains SDIS, la principale nouveauté de l'annexe I du référentiel consiste en la réintroduction d'un critère de répartition géographique des missions, critère qui avait disparu avec la circulaire de 2004. Pour d'autres, elle réside dans l'extension du champ de la régulation médicale, qui doit désormais être systématiquement sollicitée dans le cadre de l'activité de secours à personne, ce qui n'était pas le cas auparavant.

[1013] Les conséquences de l'annexe I sur l'extension des missions des sapeurs-pompiers donne également lieu à des appréciations contradictoires : un SDIS estime que le référentiel a induit un changement de pratique allant dans le sens d'une précision et d'une réduction des engagements, d'autres comme une extension. C'est cette dernière perception qui demeure majoritaire. Certains SDIS y voient un gain de liberté dans la gestion de leurs moyens et un gain de temps par rapport à une régulation préalable systématique ainsi qu'un facteur de souplesse d'interprétation au bénéfice des opérateurs du CTA-CODIS.

[1014] Cette vision n'est pas partagée par tous les SDIS : certains estiment que l'extension de l'activité induite par le départ réflexe n'est pas dans leur intérêt. Les définitions de l'annexe I seraient trop ouvertes et favoriseraient une généralisation du départ immédiat des moyens sapeurs-pompiers et une sur-sollicitation du SDIS pour des missions qui ne sont pas les siennes parfois même encouragée par le SAMU. Les critères seraient trop flous et nécessiteraient pour certains une régulation médicale préalable (Côtes-d'Armor) ou tout du moins une analyse pour les affiner (Aude, Charente-Maritime), à l'instar des critères d'altération de la conscience et de détresse respiratoire. Certains SDIS pointent la nécessité de revisiter au plan local les critères de l'annexe I pour les préciser (Indre, Rhône).

[1015] En particulier, plusieurs SDIS estiment que les critères d'intervention sur la voie publique et dans les lieux publics ne sont pas satisfaisants et qu'une autre distinction devrait être faite, par exemple entre les ERP sécurisés (école disposant d'une infirmerie) et les ERP non sécurisés (Ain, Cher, Yvelines). Selon la BSPP, les motifs de départ non urgents devraient être éliminés de l'annexe I.

[1016] *De facto*, un certain nombre de SDIS ont procédé, généralement en lien avec leur SAMU, à une adaptation locale de la définition du départ réflexe, par exemple au travers de la définition de logigrammes ou d'une doctrine départementale commune d'engagement (Ardennes, Yvelines, Midi-Pyrénées). Dans certains cas, ce travail s'est traduit par une extension de l'annexe I : dans les Pyrénées-Orientales, en concertation avec le SAMU, le départ réflexe a été étendu à l'AVC avec transport systématique au centre hospitalier de référence de Perpignan. Dans le Rhône, les motifs ont été étendus à la suspicion d'AVC, la chute de hauteur et la douleur thoracique aggravée. La douleur thoracique figure également dans les motifs pratiqués dans les Pyrénées-Atlantiques.

[1017] Dans d'autres cas, une adaptation restrictive a été faite, soit, par exemple, par une pratique parcimonieuse du départ réflexe (Haute-Garonne), soit en restreignant l'annexe I aux seuls critères relatifs au risque vital, afin de contenir l'augmentation de l'activité du SAP (Gironde), soit en admettant l'intervention des transporteurs privés sur la voie ou les lieux publics (Nord).

[1018] **Question n°11 : quelle est la place des infirmiers sapeurs-pompiers dans le dispositif actuel ? Quelle devrait être cette place d'après vous ? Les trois situations visées par le référentiel (protocole de soins d'urgence, prise en charge de la douleur, missions propres) donnent-elles lieu à des difficultés d'application ?**

[1019] La plupart des SIS disposent d'infirmiers sapeur-pompiers (ISP) susceptibles d'intervenir sur des opérations de secours à personne, parfois depuis de nombreuses années (dans le Lot, les premiers protocoles infirmiers de soin d'urgence ont été élaborés en 1996). Toutefois, un certain nombre de SDIS ne font pas intervenir au quotidien leur ISP sur des opérations SAP (Eure-et-Loir, Val-d'Oise) et axent plutôt leur mission sur le soutien opérationnel (Ardennes, Calvados, Orne), même s'ils peuvent être amenés à titre subsidiaire à intervenir sur des détresses vitales (Corse-du-Sud, Oise). Deux SDIS n'ont pas mis en place de réponse paramédicale faute de pharmacie à usage interne (PUI) (Aube, Eure), d'autres faute de volontaires en nombre suffisant pour assurer une réponse permanente (Orne, Territoire-de-Belfort).

[1020] La plupart des réponses mettent en exergue le rôle complémentaire, et non de substitution, de l'infirmier par rapport à la réponse médicale : l'ISP a ainsi vocation à apporter des soins d'urgence ou conservatoires en l'attente de l'arrivée du SMUR (5 répondants), notamment dans les zones éloignées des SMUR. Parmi les apports de l'ISP est le plus souvent citée la prise en charge de la douleur. Quelques SDIS évoquent également la sollicitation des ISP par le SAMU à des fins de levée de doute, ou la possibilité offerte au médecin régulateur par l'infirmier de mener une action médicale sur prescription et de disposer d'éléments de bilan avancés (électrocardiogramme par exemple).

[1021] Les modalités d'engagement et de mise en œuvre de cette réponse infirmière sont très variables, le problème étant notamment la disponibilité parfois aléatoire de la ressource. Ainsi, certains départements mobilisent leurs ISP selon leurs disponibilités, de manière non planifiée, en 4^{e} homme d'un équipage VSAV. D'autres départements privilégient l'astreinte, tandis que d'autres ont mis en place des systèmes de garde postée permanente.

[1022] S'agissant des motifs de déclenchement des ISP, la précision variable des réponses ne permet pas de se faire une idée des tendances nationales. Plusieurs possibilités sont présentées : reprise de l'annexe I du référentiel, notion de risque vital seule, notion de détresse vitale et prise en compte de l'éloignement du SMUR, motifs de départ réflexes spécifiquement définis à l'instar de l'inconscience de la victime, de l'accouchement inopiné, etc.

[1023] Les modalités de coopération avec le SAMU sont un sujet complexe. De nombreux SDIS soulignent l'intégration insuffisante, selon eux, des infirmiers et médecins sapeur-pompiers dans la chaîne opérationnelle médicale du SAMU, ce dernier faisant rarement appel aux moyens du SSSM (14 réponses).

[1024] Dans quelques départements, la question des ISP constitue même un sujet de conflit ouvert, le SAMU excluant tout recours aux moyens du SSSM (7 réponses). Dans la plupart des autres, ces tensions avec le SAMU ne sont pas généralisées et dépendent fortement du médecin régulateur qui officie (6 réponses) et notamment de l'opposition de certains d'entre eux à la mise en œuvre de protocoles, notamment antalgiques.

[1025] Ces situations de tension ne doivent néanmoins pas être généralisées : dans beaucoup d'autres départements, la mise en œuvre des ISP ne semble pas susciter de problèmes, (tout du moins du point de vue des SIS), et les difficultés éventuelles demeurent ponctuelles (11 réponses).

[1026] Des évolutions positives sont même possibles : dans un département, les cas d'opposition du médecin régulateur à la mise en œuvre de protocoles par les ISP sont devenus rares et le protocole de prise en charge de la douleur doit être modifié suite à un accord trouvé avec le SAMU. Quelques SDIS précisent d'ailleurs qu'ils font valider leurs protocoles par le SAMU (Alpes-de-Haute-Provence, Gironde, Isère) ou lui soumettent pour avis (Aube). Les conventions SDIS-SAMU prévoient d'ailleurs pour certaines le recours aux ISP (Ariège, Aude, Doubs). Dans un département (Landes), le SAMU contribue à la formation des infirmiers sapeur-pompiers.

[1027] **Question n°12 : la frontière entre actes infirmiers et actes médicaux est-elle claire et respectée ? Si non, quelles évolutions vous paraissent possibles et à quelles conditions?**

[1028] La quasi-totalité des répondants estime que cette frontière est claire et respectée, notamment dans le cadre des protocoles infirmiers. Les médecins-chefs, au travers des réponses, disent porter une attention particulière à ce point dans leur contrôle. Un seul SDIS évoque l'existence d'un protocole expérimental sur la gestion des voies aériennes supérieures dans l'arrêt cardiaque, qui devrait aboutir sur un protocole de collaboration au sens de l'article 51 de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire.

[1029] A titre très ponctuel, quelques SDIS évoquent des pratiques qui contribuent à brouiller cette frontière : la prescription à distance en urgence par le médecin régulateur, qui donne lieu à des pratiques hétérogènes (2 réponses) ou encore la non surveillance par les médecins ou infirmiers SMUR des perfusions mises en place dans le VSAV (1 réponse).

[1030] Quelques SDIS suggèrent des pistes d'évolution de la liste des actes autorisés aux infirmiers, en particulier :

- l'utilisation de la voie intra osseuse, la voie veineuse jugulaire externe ;
- la ventilation artificielle précoce et l'intubation orotrachéale ;
- l'équipement des infirmiers en électrocardiogramme avec télétransmission.

[1031] **Question n°13 : peut-on apprécier l'apport respectif des médecins correspondants du SAMU et des médecins sapeurs-pompiers volontaires dans la prise en charge de l'urgence?**

[1032] Pour la plupart des répondants, il n'existe pas de différence fondamentale entre un médecin correspondant du SAMU et un médecin sapeur-pompier volontaire : la présence d'un médecin sur une urgence vitale dans l'attente d'un SMUR constitue dans tous les cas un bénéfice pour le patient ; le fait que ce dernier soit MCS plutôt que MSP n'apporterait en revanche aucune plus-value selon eux. Les deux remplissent de toute façon le rôle de correspondant du médecin régulateur. Comme le note un SIS, le MCS est néanmoins généralement mieux pris en compte par le médecin régulateur parce qu'il contrôle sa formation, son équipement et son engagement.

[1033] Pour les SIS, cette question de la plus-value se pose d'autant plus que les deux catégories d'acteurs sont recrutés dans les mêmes viviers et cumulent souvent les deux fonctions (6 répondants). Aussi de nombreux SIS se montrent-ils critiques envers la politique de recrutement menée par les acteurs de la santé : elle ne se traduirait selon eux que par un « transfert des moyens du SSSM vers le SAMU » qui n'aboutirait qu'à « piller Paul pour habiller Pierre ». Cette politique n'apporterait aucune valeur ajoutée par rapport aux ressources mises à disposition par les SSSM, insuffisamment prises en compte par le SAMU selon les répondants.

[1034] Outre son coût (argument mis en avant dans un certain nombre de réponses), cette politique contribuerait à mettre en danger la capacité des SSSM à remplir leurs autres missions, en particulier la médecine d'aptitude (4 répondants) et compliquerait les procédures d'engagement des médecins cumulant les deux statuts (dans un département, un protocole opérationnel a dû être signé par le préfet de département).

[1035] D'autres SIS pointent deux différences entre MCS et MSP :

- le médecin correspondant du SAMU intervient seul, en précurseur, ce qui n'est pas recommandable dans les situations d'urgence grave ; *a contrario*, le médecin sapeur-pompier intervient avec une équipe de sapeur-pompiers qu'il connaît, voire avec l'appui d'un infirmier qui peut apporter sa connaissance du matériel et sa dextérité sur certains gestes ;
- la formation des MSP et ISP est plus étoffée que celle des MCS : ils sont titulaires *a minima* du module urgence et santé publique du Diplôme interuniversitaire des médecins et Infirmiers Sapeur-pompier délivré par l'ENSOSP. Dans certains départements, la plupart sont même souvent titulaires de la Capacité de Médecine d'Urgence. *A contrario*, la formation des MCS ne dure que deux jours.

[1036] Un certain nombre de répondants soulignent que la désertification médicale ne permet plus de satisfaire deux structures qui seraient en concurrence de recrutement : elle affecte le recrutement de MSP comme celle des MCS (3 répondants). Dans un certain nombre de département, les médecins sapeur-pompiers n'ont plus, ou très peu, d'activité opérationnelle (Calvados, Charente, Cher, Côte-d'Or, Côtes-d'Armor, Eure, Eure-et-Loir, Haute-Marne, Oise, Sarthe). Cette moindre implication des médecins sapeurs-pompiers dans l'urgence tient également au développement de la régulation médicale et de l'informatisation de l'urgence (1 répondant). Par ailleurs, un SDIS souligne que la reconnaissance en spécialité de la médecine d'urgence aurait contribué à affaiblir la culture et la pratique de l'urgence dans le monde de la médecine libérale.

[1037] Quelques SDIS font part de démarches coordonnées dans l'utilisation et le développement de la ressource MCS/MSP :

- en Lot-et-Garonne, une convention payante permet au CRRA15 de solliciter les MSP ;

- en Ardèche, une collaboration entre SAMU, SDIS et ARS serait envisagée pour instituer un statut commun MCS/MSP ;
- dans l'Hérault, un dispositif conventionnel a été conclu entre l'ARS, le CHU de Montpellier, le SDIS, les communautés de commune, les EHPAD et l'hôpital local de Clermont l'Hérault pour une garde sur un secteur à plus de 30 minutes d'un SMUR avec des médecins ayant le double statut MCS/MSP ;
- dans le Lot, un accord a été trouvé entre le SDIS et la délégation territoriale de l'ARS pour ne recruter des MCS que dans les endroits non couverts par des MSP.

[1038] **Question n°14 : la répartition des prises en charge entre sapeurs-pompiers, transporteurs sanitaires, SAMU et associations agréées vous paraît-elle optimale ?**

Tableau 9 : satisfaction ou non par rapport à la répartition des prises en charge

Appréciation	**Nombre de réponses**
Oui	13
Non	54
Sans opinion/non précisé	11

[1039] La grande majorité des répondants estime que la répartition de la charge entre les différents acteurs de l'urgence pré-hospitalière n'est pas satisfaisante à ce jour. Le partage des rôles avec les transporteurs sanitaires (31 répondants) est le plus souvent cité comme source d'insatisfaction, du fait du nombre de carences, qui peuvent représenter plus de 10% et jusqu'à 20% des missions de secours à personne dans certains départements.

[1040] Ces carences sont variables selon le territoire concerné, le jour et l'heure de la semaine. De manière générale, elles sont plus accentuées dans la journée en semaine, car les ambulanciers privés privilégient les transports sanitaires programmés, alors même que la garde départementale devrait prévenir ce problème. Mais c'est également la période où les sapeurs-pompiers volontaires sont le moins disponibles : les carences en semaine pèsent donc sur le volontariat. Certains SDIS ont ainsi le sentiment de constituer la « variable d'ajustement de la rentabilité des ambulanciers privés ».

[1041] Dans certaines régions, les répondants notent une évolution des missions qui conduit à une inversion des rôles paradoxale (11 répondants) : le CRRA15 peut mobiliser les transporteurs privés sur des missions d'urgence vitale, parfois en départ réflexe, et sur des motifs relevant de l'annexe I du référentiel, tandis que, dans le même temps, ces mêmes ambulanciers privés ne peuvent assurer l'ensemble de l'activité qui leur est normalement dévolue, de sorte que le SDIS se retrouve pour sa part mobilisé sur des missions non urgentes de transport sanitaire. Ces situations peuvent découler du flou des missions dévolues à chacun, ainsi que d'éventuelles contradictions entre la convention conclue par le SAMU avec les ambulanciers privés et celle conclue avec le SDIS (1 réponse).

[1042] Sur ce sujet, quelques SDIS formulent des propositions, en particulier :

- mieux clarifier les missions relevant respectivement des SDIS et des transporteurs sanitaires. Pour un SDIS, il faut mieux distinguer, suivant les recommandations de la HAS, entre le transport sanitaire allongé sous surveillance, relevant des transporteurs sanitaires privés, et la notion de transport d'urgence de malades lourds et instables, nécessitant des gestes de secourisme et d'immobilisation, relevant des SDIS. Un autre SDIS considère que la distinction entre le secours à personne et le transport sanitaire réside dans la nécessité d'une action de secours

d'urgence préalable à l'évacuation ou au transport. Pour un autre SDIS, la réponse opérationnelle aux situations d'urgence devrait ressortir exclusivement des missions de service public.

- préciser la définition de la carence et la faire reposer sur des critères plus objectifs, comme le propose un SDIS : actuellement, le référentiel prévoit que la qualification de carence repose sur l'analyse du médecin régulateur. Il faudrait, selon lui, prendre en compte la réalité de l'opération constatée sur le terrain, pour la qualification de l'intervention ;
- donner au CRRA15 la possibilité de déclencher un taxi pour les cas les moins graves ne nécessitant ni geste ni suivi ;

[1043] De manière beaucoup moins générale, les pratiques de régulation de la part du CRRA15 peuvent être également source d'insatisfaction pour le SDIS : plusieurs répondants notent la tendance du médecin régulateur à les mobiliser au titre de leurs missions propres, en surévaluant intentionnellement l'urgence, alors que l'opération relève en réalité d'un simple transport sanitaire (4 répondants). Sur ce sujet, un SDIS note que le SAMU doit faire face au fort impact de l'évolution de la permanence des soins et de l'absence d'une réponse libérale aux urgences CCMU1.

[1044] Sauf exceptions (à l'instar de la BSPP), les associations agréées de sécurité civile ne jouent pas de rôle dans les urgences pré-hospitalières, sauf en cas de plans d'urgence ou dans le cadre de dispositifs de secours. Même dans ces cas, elles ne disposent pas dans tous les départements d'un agrément de transport sanitaire leur permettant d'assurer l'évacuation.

[1045] Enfin, se fondant sur le critère géographique de distinction entre voie publique et domicile privé, deux SDIS estiment que la répartition des missions n'est pas satisfaisante dès lors que les interventions à domicile représentent près de la moitié de leur activité de secours à personne.

[1046] **Question n° 15 : la réponse des transporteurs sanitaires vous paraît-elle satisfaisante ? Existe-t-il une coordination ambulancière permettant de répondre aux sollicitations ? Quels sont les cas de carence et leur fréquence ? Quelle est l'évolution du coût facturé par le SIS au SAMU au cours des cinq dernières années (tableau) ?**

[1047] Les réponses à cette question sont en majorité négatives (seuls neuf SIS estiment que la réponse des transporteurs sanitaires est satisfaisante), avec des nuances : 39 SIS estiment que cette réponse est insatisfaisante, mais 15 autres présentent une position plus nuancée (estimant que la réponse, sans être mauvaise, présente des marges d'amélioration).

[1048] Les dynamiques et les analyses sont néanmoins variables selon les départements : certains connaissent une hausse jugée préoccupante de leurs carences (5 répondants), tandis que d'autres se font l'écho d'efforts d'organisation qui ont permis d'en limiter le nombre (Aisne, Aube, Ille-et-Vilaine, Loir-et-Cher), par un recentrage des missions des transporteurs sanitaires ou encore par des efforts d'organisation (coordonnateur ambulancier par exemple).

[1049] Le nombre parfois élevé de carences, déjà abordé par certains répondants dans le cadre de la question 14, est le plus souvent perçu comme le signe d'un équilibre non optimal du dispositif : elles sont présentées comme une charge opérationnelle et financière indue, comme un facteur d'éloignement de cœur de métier sapeur-pompier au profit d'autres acteurs, ainsi que comme une source de tensions avec les partenaires du monde de la santé.

[1050] Plusieurs raisons sont avancées pour expliquer ces carences. L'indisponibilité des ambulanciers privés, variables selon les zones et les périodes, en est le premier motif : dans certains départements, ces carences se concentreraient notamment en journée, lors des périodes de transports programmés. Dans d'autres départements, elle peut également découler de la volonté des ambulanciers privés de se positionner sur l'urgence médicale, ce qui les rend moins disponibles pour les missions de transport sanitaire non urgent (cf. question n°14). Le manque de licences peut également s'avérer un facteur limitant. Néanmoins, il n'est pas le seul : dans un département, l'octroi de licences supplémentaires décidé par le CODAMUPS-TS n'a permis qu'une amélioration temporaire du dispositif de garde ambulancière, faute d'un engagement pérenne des transporteurs sanitaires.

[1051] La seconde raison avancée par certains SIS réside dans la faculté des ambulanciers privés à choisir leurs missions, en fonction de leur rentabilité (cf. question n°14) et de la solvabilité du client, comme l'avance un SIS, ou encore selon les territoires (un SIS note que les carences se concentrent dans les quartiers sensibles). Enfin, en guise de troisième motif possible, un SIS souligne l'équipement inadapté et le manque de personnels des transporteurs sanitaires de son ressort, qui contraint le SAMU à recourir au SDIS faute d'équipage approprié disponible.

[1052] S'agissant des modalités d'organisation permettant d'améliorer la situation, les réponses sont variables. L'existence d'une coordination ambulancière départementale (confirmée par 19 SIS) constitue certes un important facteur d'amélioration des réponses. Cela dit, le coordonnateur ambulancier ne permet pas à lui seul de faire disparaître les carences. Parfois, la situation peut même se dégrader en dépit de sa mise en œuvre, ce que trois SDIS ont constaté. La mise en place de solutions logicielles permettant au SAMU de connaître en temps réel la disponibilité hors garde des transporteurs sanitaires constitue également un facteur de progrès (Mayenne), mais d'autres n'y voient qu'une solution dégradée par rapport au coordonnateur ambulancier.

[1053] La question des carences est indubitablement un sujet de tension entre SIS et SAMU : certains SIS estiment que le nombre de carences réel est bien supérieur au nombre effectivement payé et négocié avec le SAMU (au moins 8 répondants), parfois dans des proportions considérables (facteur de 1 à 4). Plusieurs raisons peuvent être avancées, selon les cas, pour expliquer cette situation :

- la tendance de certains SAMU, évoquée en question n°14, à mobiliser les SDIS pour des « urgences » médicales qui s'avèrent non urgentes, un SDIS estimant que ces pratiques répondent à des arrière-pensées financières (carences « masquées ») ;
- de manière plus générale, le fait que les carences ambulancières ne recouvrent pas l'ensemble des carences réelles, à savoir l'ensemble des missions demandées au SDIS par le SAMU qui ne relèvent pas de ses missions propres (exemples : missions relevant de la permanence des soins, levée de doute pour le compte du SAMU, voire missions de transport inter-hospitalier parfois évoquées …).

[1054] Un SDIS évoque enfin le manque de rigueur du SAMU dans le comptage des carences (pas de prescriptions écrites).

[1055] Ces tensions peuvent se traduire par d'importantes difficultés à s'entendre sur le nombre de carences, voire des refus de paiement, dans quelques cas depuis plusieurs années (2 répondants). Ces difficultés ne sont toutefois pas généralisées : de nombreux SDIS ne les évoquent pas. Un SDIS constate même un effet paradoxal: l'augmentation des carences qu'il enregistre depuis plusieurs années ne serait pas due aux transporteurs sanitaires, mais à l'amélioration de sa coopération avec le SAMU et à l'identification plus précise des carences. Enfin, dans certains départements, les missions d'appui logistique au SMUR (que certains SDIS qualifient de « carences SMUR ») peuvent également, de manière ponctuelle, constituer une source de tension avec le SAMU.

[1056] De manière quasi générale, le tarif réglementaire est appliqué. Certains SDIS soulignent que ce taux d'indemnisation est inférieur au coût réel moyen d'une intervention en VSAV. En matière de coût réel, les chiffres évoqués sont néanmoins très différents (de 370 à 900 €) et le mode de calcul n'est pas précisé.

[1057] **Question n°16 : Les sapeurs-pompiers ou les SAMU vous paraissent-ils engagés dans des tâches indues au regard des missions que leur attribue la loi ? Les modalités de mise en œuvre de leurs moyens sont-elles parfois inappropriées compte tenu de leur mode de financement ? Si oui, merci d'illustrer par des exemples.**

Tableau 10 : tâches indues les plus souvent évoquées

(seules les mentions explicites sont dénombrées et pas les formules générales du type « assistance diverse aux personnes » ou « missions sociales ») :

	Nombre
Transports sanitaires non urgent (carences ambulancières)	15
Transports vers plateau technique spécialisé éloigné	5
Transport médicalisé SMUR hors convention (non facturé)	7
Carence de la PDS	12
Renforts de brancardage	3
Hospitalisations sans consentement, psychiatrie	5
Relevage de personnes âgées et handicapées	18
Personnes agitées non blessées, état d'ébriété	15
Transport de personnes malades en lieux publics (travail, EPAD, etc.) (hors notion d'urgence, de détresse, de nécessité de mise en sécurité en cas de danger)	5
Transferts inter-hospitaliers	2
DPS	2
Gestion des téléalarmes (levées de doute téléassistance)	9

[1058] 59 SIS sur 78 répondants estiment prendre en charge des tâches indues au regard de leurs missions. Ces tâches « indues » se divisent en deux grandes catégories :

- les missions effectuées pour le compte des acteurs de la santé, en premier lieu. Il s'agit principalement des carences ambulancières (cf. questions n°14 et 15), ainsi que des carences de la permanence de soins (transports de personnes vers les services des urgences ou les maisons de santé pour des consultations non urgentes, par exemple). Sont également souvent cités les cas d'appui logistique « de fait » aux SMUR, mais qui n'entrent pas dans le cadre de conventions. Un SDIS estime que les transports VSAV médicalisés par le SMUR, hors départ réflexe, devraient être financés par le secteur de la santé ; un autre souligne que certains centres hospitaliers font le choix d'équiper leur SMUR de véhicules légers sachant qu'ils peuvent recourir aux ambulances des sapeurs-pompiers. Toutefois, un SDIS reconnaît qu'une mutualisation intelligente entre SDIS et SAMU pour la mise en œuvre des SMUR peut permettre de générer des économies d'échelle (Alpes-de-Haute-Provence). Dans un département, le SAMU et le SDIS ont ainsi acquis en commun un vecteur de transport bariatrique (Cher). Certains SDIS estiment enfin que le système de santé devrait mieux prendre en compte, sinon financer, l'allongement parfois très sensible des temps de parcours d'évacuation des VSAV, qui a des impacts financiers et humains (démotivation des volontaires) importants ;

- les missions à caractère social, dont le poids est perçu comme croissant. Les trois missions les plus souvent évoquées sont la prise en charge des personnes agitées ou en état d'ébriété (par carence des forces de l'ordre), les missions découlant des systèmes de téléalarme ainsi que les relevages de personnes âgées (ces deux dernières catégories pouvant se recouper). Cette dernière mission est ainsi souvent citée comme exemple de « mission indue » alors même qu'elle est inscrite dans le référentiel. Un SDIS souligne par exemple que cette mission de relevage, bien que prévue par le référentiel, est de moins en moins bien comprise par les sapeurs-pompiers, du fait de la mobilisation en matériel et en personnel qu'elle occasionne (VSAV à trois). Un autre SDIS estime que le référentiel a justement traité cette question « avec légèreté », d'autant que le SAMU local refuse de réguler les missions de relevage. Dans certains départements, des solutions alternatives ont été trouvées, par exemple en confiant ces missions en totalité (Eure-et-Loir) ou en partie (Territoire-de-Belfort) aux transporteurs sanitaires privés, sur financement du conseil général.

[1059] Plusieurs facteurs sont avancés pour expliquer l'augmentation de ces tâches indues :

- la carence des autres services publics (forces de sécurité intérieur, secteur social) et l'absence de qualification juridique et de rattachement à une politique publique de certaines situations (Ex : relevage) ;
- la tendance des SDIS et des SAMU à prendre en charge des missions non urgentes qui s'éloignent de leur cœur de métier sous le double effet de la pression judiciaire et du principe de prévention ;
- le déséquilibre entre l'urgence perçue à l'appel ou déclarée par le SAMU et l'urgence réelle ;
- un problème d'éducation des citoyens à l'utilisation des numéros d'urgence ;
- la problématique du raccordement de certaines téléplateformes d'urgence aux SDIS (systèmes de téléalarme, e-call, défibrillateurs, etc.).
- Quelques SDIS proposent des pistes de solution :
- l'adaptation des moyens : adapter les vecteurs (VSAV à 2) et les délais d'intervention aux nouveaux types de sollicitation ;
- une réflexion commune sur les conséquences de la politique de maintien à domicile des personnes âgées ;
- la limitation des interventions : exclure un certain nombre de missions, à l'instar des interventions sur lieux publics sécurisés ou pour de simples maladies ;
- le recours accru à la régulation médicale : sur les transports sur voie publique par exemple. Dans un département (Somme), un accord a été trouvé avec le SAMU pour faire réguler *a priori* les ivresses sur voie publique ;
- une politique nationale d'information sur le bon usage des numéros d'urgence : axe de progrès prévu par le référentiel, mais laissé à la charge des acteurs locaux.

[1060] Seule la BSPP, engagée dans un effort de limitation de ses interventions, a mentionné un projet de facturation des interventions « indues » au regard de l'article L. 1424-42 du CGCT : un arrêté détaillant le coût de ces prestations est actuellement à l'étude à la préfecture de police.

[1061] Enfin, un répondant suggère de faire évoluer le CGCT et le CSP pour mettre en cohérence les textes législatifs avec le référentiel, en ajoutant une nouvelle mission des SDIS de « secours d'urgence liés aux affections médicales pour lesquelles un pronostic vital est avéré ou potentiel », en effectuant une distinction entre l'action réflexe et immédiate et l'activité de transport sanitaire qui suit cette intervention, dont l'effecteur est choisi par le médecin régulateur.

[1062] **Question n°17 : qu'a changé le référentiel par rapport à la situation antérieure ? Quel bilan tirez-vous de cinq années de mise en œuvre ? Quels sont pour vous les facteurs d'amélioration et/ou de régression ? La démarche qualité prévue dans le référentiel a-t-elle été mise en œuvre et a-t-elle eu un impact positif ? Merci de donner des exemples de bonne pratique.**

[1063] Les réponses sont diverses. Dix SDIS estiment que le référentiel n'a pas induit de changement et a plutôt confirmé les pratiques existantes.

[1064] Pour les autres, le premier apport reconnu au référentiel est d'avoir précisé les missions revenant à chacun (27 répondants). Le référentiel aurait ainsi permis de stabiliser et de consacrer l'implication des SIS dans le secours à personne (Ariège) et d'équilibrer positivement les relations entre SDIS et SAMU (Ardennes). Cette clarification des missions permettrait de faciliter la prise de décision (Tarn), tout du moins dans la grande majorité des cas puisqu'il subsiste toujours environ 10% de « cas limites » dont l'interprétation peut poser problème (Vendée).

[1065] L'autre mérite reconnu au référentiel est d'avoir contraint SAMU et SDIS à travailler de manière plus étroite (9 répondants), du fait du travail de formalisation nécessaire (Indre), de procédures d'analyse régulière de l'activité (Alpes-de-Haute-Provence), ou encore par la mise en place d'instances de suivi qui ont créé un « espace de discussion institutionnel » (Lot). Les relations bilatérales s'en sont trouvées améliorées (Calvados, Charente-Maritime, Cher, Eure, Lozère, Yvelines). Deux SDIS estiment que le travail de déclinaison du référentiel leur a permis d'être identifié par les acteurs de la santé (ARS) comme des interlocuteurs fiables (mais pas encore comme des partenaires à part entière). Par ailleurs, le partage de l'information entre les acteurs autorise une analyse partagée de l'activité et de ses causes (2 SDIS).

[1066] Le départ réflexe est également cité par quelques SDIS comme un des apports positifs du référentiel : il permet à ces derniers de rester maîtres de l'engagement de leurs moyens et permet de diminuer le temps d'intervention (3 répondants) et d'éviter une régulation *a priori* systématique, irréaliste compte tenu des moyens du SAMU et peu utile en cas d'urgence avérée.

[1067] Cela dit, les perceptions locales sont variées : un SDIS rapporte que le nombre d'engagements avant régulation a baissé suite au référentiel, un autre que le départ réflexe a permis de préciser le prompt secours : selon sa lecture, l'exclusivité du SDIS à intervenir sur la voie publique est désormais subordonnée à un critère pathologique.

[1068] Quelques bonnes pratiques sont citées : le bilan simplifié (Oise), la création d'une fiche bilan médico-secouriste suivie par le SDIS et le SAMU (Eure), la mise en place de formations communes entre opérateurs CTA et ARM (Lot, Sarthe, Tarn).

[1069] Parmi les limites et les facteurs de régression sont cités :

- **la faible valeur contraignante du référentiel** dont la mise en œuvre locale repose avant tout sur la bonne volonté des acteurs, mais se heurte par endroit à l'opposition du SAMU qui ne l'applique pas (7 répondants) ;
- le fait que la **définition de l'indisponibilité ambulancière dépende du choix du médecin régulateur et non de la nature de la mission**, ce qui place le SDIS dans la position d'un pourvoyeur de moyens sans possibilité de pilotage, ce point étant largement abordé par d'autres répondants dans le cadre des questions n°14 à 16 et n°18 ;
- **les flous qui subsistent dans la définition des missions** (2 répondants), qui suscitent toujours des problèmes de frontière, en particulier l'imprécision des items de l'annexe I qui rend leur interprétation très dépendante du régulateur (2 répondants) et le doute induit par la contradiction avec le référentiel des transporteurs sanitaires. Un SDIS estime que la détresse vitale doit rester une

mission exclusive des sapeurs-pompiers et non des transporteurs sanitaires et que la possibilité d'intervenir au domicile doit rester ouverte aux SDIS.

[1070] Un SDIS regrette le passage d'un partenariat tripartite (incluant les transporteurs sanitaires) à une relation bilatérale, un autre se félicitant au contraire de cette évolution.

[1071] Deux SDIS estiment que le référentiel renforce le rôle du médecin régulateur, à condition que ce dernier dispose des moyens suffisants pour absorber cette charge supplémentaire.

[1072] Enfin, la démarche qualité prévue par le référentiel demeure peu mise en œuvre. Seuls 12 SDIS précisent explicitement l'avoir implémentée, quoiqu'ils n'en précisent pas toujours les modalités. Un SDIS met en cause la faiblesse des systèmes d'information et les problèmes de fiabilité des indicateurs qui en sont issus.

[1073] **Question n°18 : quelles sont les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du référentiel (coopération interservices, limites des outils techniques, coûts de fonctionnement, modalités du financement, relations interpersonnelles, autres…) ?**

[1074] Seule une dizaine de répondants se disent pleinement satisfaits des conditions de mise en œuvre du référentiel. Mais, outre ces derniers, un nombre significatif de SIS évoque une relation de qualité avec leur partenaire du SAMU. Seuls deux SIS font part de problèmes interpersonnels dans leur réponse.

[1075] La difficulté la plus souvent mise en exergue demeure l'absence ou les limites de l'interfaçage entre les systèmes de téléphonie et de gestion informatique des SIS et des SAMU (18 répondants), qui, par exemple, empêche chaque partenaire d'avoir une vision des moyens de l'autre (3 répondants) et amoindrit l'efficience globale du système (doubles saisies des informations, etc.).

[1076] La seconde source de difficultés la plus souvent évoquée est le financement des missions effectuées par les SIS à la demande des SAMU, en dehors de leurs missions propres (carences ambulancières, carences de PDSA) (13 répondants).

[1077] A ce titre, plusieurs motifs de friction sont évoqués : définition de la carence trop dépendante des médecins régulateurs, débordés et souvent tentés de faire appel directement aux sapeurs-pompiers ; discussions parfois difficiles sur le montant des carences qui ne couvrirait pas le coût réel de la mission, etc.

[1078] Certains SIS évoquent une sollicitation excessive de leurs moyens par le SAMU qu'ils ne peuvent contrôler (3 répondants). L'organisation des transporteurs sanitaires privés ou leur positionnement peut contribuer à ces difficultés (4 répondants), soit que ceux-ci soient insuffisamment bien organisés pour répondre aux besoins de transport sanitaire, soit que leur positionnement ambigu sur l'urgence vitale les place en concurrence avec les SIS (2 répondants).

[1079] Un troisième champ de difficultés concerne la coordination opérationnelle. Sur ce point, les réponses ne font le plus souvent que reprendre des points déjà évoqués à l'occasion des questions précédentes, par exemple :

- la difficulté du SAMU à accepter le principe du départ réflexe, à le mettre en œuvre de manière homogène (et non de manière « médecin-dépendante ») (6 répondants) ;
- la difficulté du SAMU à accepter et à intégrer la réponse des moyens du SSSM (5 répondants et voir questions n°9 et n°11).

[1080] Ces difficultés reflèteraient le décalage entre les doctrines d'action des SDIS et des SAMU (3 répondants) : un opérateur SDIS tend à aborder une situation opérationnelle selon une analyse contextuelle quand un médecin régulateur raisonne avant tout en termes de diagnostic médical.

[1081] Certains SIS déplorent l'absence de culture commune entre les deux services (4 répondants) qui pourrait être comblée selon eux par des échanges plus fréquents, des formations communes des opérateurs et ARM et l'établissement de plateformes communes.

[1082] **Question n°19 : connaissez-vous des situations de contentieux dans la mise en œuvre des secours d'urgence qui illustreraient des difficultés d'application du référentiel ?**

[1083] La majorité des répondants (42) ne font état d'aucun contentieux (selon deux répondants, cette absence de réponse se fait d'ailleurs au prix d'un engagement parfois excessif de moyens de la part des deux partenaires). Six SDIS font état de situations contentieuses en cours, mais qui ne sont pas liées à la mise en œuvre du référentiel. Sept SDIS rapportent l'existence d'événements indésirables (problèmes de délais d'intervention, notamment), mais ceux-ci semblent prioritairement traités entre partenaires sans donner lieu à des contentieux formalisés, même si certains SDIS se disent sollicités par des familles voire la police pour des réclamations et des demandes d'éclairage.

[1084] Un SDIS s'interroge sur le cas où le médecin régulateur demande par téléphone au chef d'agrès d'arrêter les gestes de réanimation cardio-pulmonaire et sur les responsabilités juridiques des différents intervenants si une plainte venait à être déposée.

[1085] **Question n°20 : quelles sont les améliorations à apporter à l'organisation et au fonctionnement actuel du dispositif de secours à personne et d'aide médicale urgente ? Au niveau des acteurs, du pilotage territorial et national ?**

[1086] Les propositions d'amélioration sont diverses, et témoignent de la variété des situations et préoccupations locales. Elles s'articulent autour de cinq thèmes.

[1087] De nombreux SIS souhaitent une **meilleure prise en compte de leurs moyens paramédicaux et médicaux** par les acteurs de la santé et la mise en place d'une réelle « réponse graduée » (19 répondants). L'argument le plus souvent avancé est celui de la recherche de complémentarité et d'efficience des moyens dans un contexte budgétaire contraint. Au-delà des aspects opérationnels, certains SIS aspirent à être reconnus comme partenaire à part entière de l'ARS (trois répondants). Un SIS préconise même d'inscrire dans le code de la santé publique la reconnaissance des SDIS et de leur SSSM comme partenaire officiel de la politique d'aide médicale urgente. De manière subsidiaire, quelques SIS abordent la problématique des MCS et proposent l'instauration d'un principe de non-concurrence des recrutements et la clarification des conditions d'engagement des médecins disposant du double statut MCS/sapeur-pompier.

[1088] S'agissant des aspects **opérationnels et organisationnels**, la proposition de rendre contraignante la création de plateformes communes virtuelles ou physiques, réunissant, outre le 15 et le 18, le coordonnateur ambulancier et les intervenants de la permanence des soins, est formulée de manière récurrente (14 SIS). Dans cette optique, un SIS propose de créer un statut unique de l'opérateur de prise d'appel d'urgence qui pourrait officier dans un « frontal » commun au 15 et au 18. Un SIS évoque l'opportunité de développer un logiciel national commun aux SDIS et aux SAMU. D'autres SIS évoquent des mesures permettant de limiter les délais d'évacuation : sanctuariser la carte des services d'accueil d'urgence ; permettre l'évacuation dans un service d'urgence situé au-delà des frontières départementales pour les centres de secours limitrophes ; diversifier les lieux d'évacuation (cabinets médicaux) (2 répondants), fluidifier la prise en charge des victimes aux services des urgences (2 répondants).

[1089] D'autres mesures sont évoquées :

- faciliter et fiabiliser la transmission des bilans en les informatisant (deux répondants) ;
- renforcer la réciprocité dans les échanges d'information entre SAMU et SDIS, particulièrement s'agissant des appels arrivant au 15 et concernant des interventions de la compétence du SDIS (départ réflexe, accident…) ;
- encourager tout ce qui peut favoriser les échanges entre services : réunions de travail communes, stages interservices, utilisation commune des connaissances, etc.

[1090] S'agissant de la **définition des missions**, trois répondants estiment qu'une définition plus précise au niveau national des missions relevant des SIS est nécessaire. Quatre SDIS appellent en particulier à recentrer ces missions (ainsi que celles des SAMU) sur l'urgence. S'agissant des missions à caractère social, un SDIS appelle à affecter clairement, au niveau national, les missions qui ne sont aujourd'hui attribuées à aucun acteur ; un autre à engager une réflexion commune pour anticiper les conséquences conjuguées de la politique de maintien à domicile et du vieillissement de la population. Les transporteurs sanitaires font l'objet d'une attention particulière. S'agissant de leurs missions, quelques répondants estiment qu'une distinction plus claire entre secours d'urgence et transport sanitaire doit être opérée, de manière à réserver les urgences vitales et les accidents graves aux SDIS et aux SAMU. Sont également proposés :

- le retour à un format tripartite pour les conventions locales ;
- la systématisation de la présence de coordonnateurs ambulanciers dans les centres 15 ;
- l'augmentation des créneaux de garde ambulancière, notamment en journée et dans les agglomérations.

[1091] Pour les répondants, l'effort de précision des missions des SDIS doit s'accompagner d'une **définition des modalités de financement** des interventions qui ne relèvent pas des missions propres des SIS (6 répondants). Est notamment souhaitée une clarification de la notion d'appui logistique aux SMUR, dont la prise en charge financière n'est pas homogène sur le territoire (3 répondants).

[1092] Une meilleure définition des carences ambulancières est également attendue, un arbitrage étant notamment souhaité sur la question de la requalification *a posteriori*. Le montant des carences fait l'objet d'un certain nombre de suggestions : celui-ci devrait être relevé pour renforcer le caractère dissuasif du recours aux sapeurs-pompiers et devrait être aligné sur le coût réel de l'intervention. Enfin, la BSPP préconise d'étudier la facturation des interventions non urgentes.

[1093] Le champ de la **gouvernance** a été largement investi par les répondants. Sont notamment mentionnés :

- la nécessité d'un pilotage unique au niveau national (4 répondants), par une meilleure coordination au niveau central, par l'unification du pilotage de l'ensemble des services de secours (dont l'AMU) sous l'égide du ministère de l'intérieur (1 répondant), ou encore par la création d'une structure interministérielle dédiée (1 répondant) ;
- la rédaction, souhaitée par quelques SDIS, d'un nouveau texte de référence, par exemple la réalisation d'une convention tripartite nationale qui résoudrait les incohérences entre les référentiels SAP-AMU et transporteurs sanitaires ;
- le renforcement de la capacité d'arbitrage au niveau central (conflits locaux, doctrine d'emploi des moyens, etc.), soit en réunissant plus fréquemment la commission de suivi du référentiel (2 répondants), soit en créant une nouvelle structure à cet effet (2 répondants) ;

- l'instauration d'une obligation locale de mise en cohérence des SDACR et des SROS (5 répondants), par exemple en prévoyant de soumettre le volet départemental du SROS à la validation du préfet, comme le suggère un SDIS ;
- la réaffirmation de la prééminence du préfet de département en matière d'organisation des secours, y compris du SAMU (2 répondants) et la clarification de la frontière entre police administrative des opérations de secours et administration de la santé (1 répondant) ;
- la création souhaitée par un SDIS d'un nouvel espace de concertation locale, le comité départemental du secours à personne réunissant l'ARS, le SAMU, le SDIS, le conseil général, le conseil de l'ordre des médecins et les représentants des transporteurs sanitaires privés, avec une vocation opérationnelle et un programme d'action validé par le CODAMUPS-TS ;
- une meilleure prise en compte de la politique de secours à personne au niveau régional, par la création d'instances formelles de dialogue entre ARS et SDIS ou par l'intégration d'un officier de liaison sapeur-pompier au sein des ARS.

[1094] **Question n°21 : l'engagement d'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes a-t-il conduit à modifier les pratiques ou les projets d'organisation de la réponse, par service et entre les services effecteurs ?**

[1095] Pour la majorité des répondants (39), l'engagement d'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes n'a eu aucune conséquence sur leur organisation : beaucoup signalent que leur délai d'intervention cible est d'ores et déjà inférieur à 30 minutes (en référence au délai de 20 minutes mentionné à l'arrêté interministériel du 1er février 1978) ; d'autres, que leur département dispose d'une couverture SMUR suffisante qui ne nécessite pas d'ajustement ou de complément.

[1096] Le manque d'association aux réflexions locales menées par les ARS sur ce dossier est pointé de manière récurrente : des SIS regrettent par exemple que leurs moyens médicaux et paramédicaux présents sur le territoire soient ignorés (sept répondants). D'autres précisent avoir présenté une offre de service à leur ARS mais n'en indiquent pas les suites (six répondants).

[1097] Quelques exemples de coopération sont néanmoins cités, même si ils restent l'exception. Dans plusieurs départements, les SDIS coopèrent avec leurs partenaires de la santé afin de contribuer à la couverture des zones situées au-delà de 30 minutes d'un SMUR : projet de création d'une antenne SMUR avec des moyens SDIS (Gard), partenariat autour de la mise en place d'une permanence de soins et d'AMU dans une zone éloignée avec des médecins sous double statut MCS et sapeur-pompier (Gard), mise en place d'infirmiers sur des zones dites « blanches » (Meurthe-et-Moselle), création d'une garde médicale dans un territoire éloigné d'un SMUR (Hérault).

[1098] Dans d'autres endroits, des discussions entre SDIS et ARS relatives au dossier « 30 minutes » ont été engagées (2 répondants), mais sans suite pour le moment.

ANNEXE 5
SYNTHESE DES REPONSES DES SERVICES D'AIDE MEDICALE URGENTE

Méthodologie :

[1099] le référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente ayant une portée nationale, la mission a procédé par voie de questionnaires pour recueillir des informations sur sa mise en œuvre sur l'ensemble du territoire. Cinq réseaux ont été consultés : les préfets, les directeurs généraux d'agence régionale de santé, les présidents de conseil général, les responsables de services d'incendie et de secours (SIS) et les responsables de services d'aide médicale urgente (SAMU) par l'intermédiaire des directeurs de leurs établissements de santé de rattachement.

[1100] Les réponses à la partie littérale des questionnaires font l'objet d'une synthèse par réseau.

[1101] Les questionnaires adressés aux SIS et aux SAMU comprenaient en outre une grille reprenant les principales prescriptions du référentiel : pour chacune, il était demandé aux services d'indiquer si elle était appliquée ou pas. Les réponses reçues font l'objet de l'annexe n° 6.

[1102] La présente annexe constitue la synthèse des soixante-trois réponses littérales reçues des 104 SAMU[210] des départements français. Elle suit le plan du questionnaire, composé de vingt et une questions communes avec les SDIS.

[1103] Les SAMU ayant répondu sont les suivants : Ain, Aisne, Allier, Alpes-Maritimes, Ariège, Aube, Charente, Cher, Côte-d'Or, Côtes-d'Armor, Creuse, Dordogne, Doubs, Drôme, Eure-et-Loir, Gard, Haute-Garonne, Gers, Hérault, Ille-et-Vilaine, Indre, Isère, Landes, Roanne (Loire), Loire-Atlantique, Loiret, Lot, Lot-et-Garonne, Maine-et-Loire, Manche, Haute-Marne, Mayenne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Morbihan, Moselle, Nièvre, Nord, Oise, Orne, Pas-de-Calais, Puy-de-Dôme, Pau et Bayonne (Pyrénées-Atlantiques), Hautes-Pyrénées, Pyrénées-Orientales, Haut-Rhin, Saône-et-Loire, Savoie, Haute-Savoie, Paris, Rouen et Le Havre (Seine-Maritime), Seine-et-Marne, Yvelines, Deux-Sèvres, Tarn, Var, Vaucluse, Vienne, Territoire-de-Belfort, Val-d'Oise, Réunion. Le SAMU du Doubs répond pour ce département et pour ceux du Jura et de la Haute-Saône (régionalisation).

[210] On compte un SAMU par département sauf trois exceptions liées à l'histoire et au poids démographique ou économique d'une des villes par rapport à la préfecture ; c'est le cas dans la Loire (St Etienne et Roanne), les Pyrénées-Atlantiques (Pau et Bayonne), la Seine-Maritime (Rouen et Le Havre).

A. Appropriation du référentiel - Déclinaison territoriale

1. ***Quelles conséquences ont été tirées localement de l'adoption du référentiel : le SAMU a-t-il travaillé avec d'autres acteurs du secours à personne ou de l'aide médicale urgente pour définir ses déclinaisons concrètes et identifier de nouvelles pratiques à mettre en place ?***

2. ***Quelles sont les conventions existantes entre le SAMU, le SDIS et les ambulanciers ?***

[1104] Le référentiel n'a pas eu d'impact significatif pour quelques départements qui ont poursuivi et formalisé leurs pratiques antérieures (Dordogne, Eure-et-Loir, Haute-Savoie, Yvelines).

[1105] Dans la plupart des départements, une **déclinaison bipartite** du référentiel a été mise en œuvre :

- soit par une convention formelle (Ain, Allier, Ariège, Charente, Dordogne, Doubs, Drôme, Gers, Ille-et-Vilaine, Indre, Isère, Loire-Roanne, Maine-et-Loire, Manche, Morbihan, Nièvre, Orne[211], Pyrénées-Atlantiques B[212], Hautes-Pyrénées, Pyrénées-Orientales, Haut-Rhin, Saône-et-Loire, Haute-Savoie, Paris, Seine-Maritime-Le Havre, Seine-et-Marne, Vaucluse, Vienne, Val d'Oise et Réunion) ;
- soit par un processus de négociation (Creuse, Gers, Val d'Oise, Réunion) ;
- soit sans formalisation nouvelle, dans le prolongement des habitudes antérieures (Aube).

[1106] Dans quelques départements, les négociations n'ont pu se conclure compte tenu d'un contexte relationnel tendu (Alpes-Maritimes, Eure-et-Loir, Gard, Meuse, Nord) ou de l'impossibilité de s'accorder *in fine* sur un montant à rembourser pour les indisponibilités ambulancières (Marne, Meurthe-et-Moselle, Moselle). Les relations peuvent alors se limiter à relever les indicateurs démonstratifs des limites de l'autre secteur.

[1107] Inversement, on peut noter que l'existence de tensions locales n'empêche pas toujours la signature d'un cadre conventionnel entre les acteurs du SAP-AMU (Indre).

[1108] Plusieurs départements ont souhaité maintenir les conventions **tripartites** antérieures (Aisne, Côte-d'Or, Creuse, Hérault, Jura, Landes, Lot-et-Garonne, Nord, Haute-Saône, Seine-Maritime-Rouen et le Havre, Yvelines) ou ont retenu des modalités diversifiées :

- une ventilation en deux documents (Ain, Charente, Eure-et-Loir, Hautes-Pyrénées);
- un travail sur les deux conventions bipartites, certains disposants déjà d'un document (Vaucluse) ;
- un projet de nouvelle convention tripartite (Allier) ;
- une utilisation cumulative d'une convention tripartite en sus de la convention bipartite (Pyrénées-Orientales, Haut-Rhin) ;
- la poursuite de la convention tripartite pour gérer les relations avec les ambulanciers (Puy-de Dôme, Tarn) ;
- la reconduction d'une convention tripartite avec des annexes partiellement signées (Savoie dans lequel le coordonnateur ambulancier a été refusé).

[1109] Une formule de protocole est parfois utilisée en complément (Maine-et-Loire) ou en substitution, que ce soit en configuration tripartite (Loire-Atlantique) ou bipartite.

---

[211] Dans ce département, signature d'une convention par le préfet, le directeur général de l'ARS, le président du conseil d'administration du SDIS, le responsable du SAMU et les directeurs d'établissements hospitaliers sièges d'un SMUR.

[212] SAMU du centre hospitalier de la Côte basque et SAMU de Pau.

[1110] Les acteurs ressentent le besoin d'un chapeau commun entre les deux conventions, auquel ils ne parviennent pas toujours vu la rémanence de certains sujets bloquants (cf. Loiret sur les sorties blanches et l'indisponibilité du lundi matin).

[1111] De manière générale, le processus de discussion enclenché par le référentiel a permis de déboucher sur des **résultats concrets** en matière :

- d'algorithme de traitement (Gers, Morbihan) ;
- de paramétrage informatique (Côtes-d'Armor) ;
- de processus commun de déclenchement des moyens (Morbihan) ;
- de protocoles de bonnes pratiques telles que des formations communes (Ille-et-Vilaine, Manche) ;
- de réflexion sur les filières de soins (Hérault).
- de construction d'un centre unique de réception des appels (Cher).

[1112] Les acteurs locaux ont su définir des supports conventionnels qui déclinent le référentiel national ou l'enrichissent par des textes successifs comprenant un cadre institutionnel des doctrines d'engagement ou des textes à portée financière.

[1113] Certaines négociations ont débouché rapidement (Bayonne) ; d'autres se sont poursuivies, parfois pendant plusieurs années, leur conclusion pouvant n'intervenir que très récemment (en 2012 pour les Charente et le Loiret ; en juin 2013 pour le Gers, fin 2013 dans l'Oise).

[1114] Certains interlocuteurs précisent que l'absence de convention signée, surtout quand se pose une question de principe, n'empêche pas d'appliquer des dispositions antérieures ou celles qui sont mentionnées dans le projet de texte inabouti (Marne), ou de s'inspirer du référentiel sans texte supplémentaire (Côte-Basque).

[1115] Il peut exister également des accords sur des **thématiques particulières** : hospitalisations d'office ou médecins correspondants du SAMU (Hérault), gestion de plans de secours (Isère), y compris avec les associations de secourisme agréées (Isère, Lot-et-Garonne, Morbihan, gestion des secours sur pistes en secteur de montagne (Hautes-Pyrénées).

[1116] Avec les **ambulanciers**, soit les discussions sont toujours en cours (Alpes-Maritimes, Ariège, Mayenne, Meurthe-et-Moselle, Nièvre) soit des conventions spécifiques ont été signées (Ain, Charente, Côte-d'Or, Morbihan, Oise, Côte-Basque, Paris, Réunion). Quelquefois, la convention s'accompagne de la mise en place d'un logiciel commun de géolocalisation (Cher) ou d'un coordonnateur ambulancier situé au centre 15 (Oise, Haute-Savoie). En l'absence de convention, le travail avec les ambulanciers peut s'effectuer au sein du sous-comité des transports du CODAMUPS-TS (Pau) ou prendre la forme d'une charte (Val-d'Oise).

[1117] Seul un petit nombre de départements dispose de l'intégralité des supports conventionnels avec le SDIS, les ambulanciers et les associations de protection civile pour gérer les dispositifs prévisionnels de secours (Isère, Morbihan).

[1118] La question des carences fait l'objet de dispositions spécifiques (Hérault, Isère, Manche).

[1119] Ces relations se prolongent par des réunions de bilan-synthèse dans nombre de structures.

[1120] Quelques départements signalent un travail régulier avec les SDIS dans lequel les aspects conventionnels ne tiennent pas la seule place (Lot-et-Garonne). Des initiatives ont été prises concernant des réunions communes de formation entre assistants de régulation médicale (ARM) et stationnaires du centre de traitement des appels (CTA) des sapeurs-pompiers (Marne).

[1121] Plusieurs réponses font référence au développement par les ARS d'une approche régionale du sujet par plusieurs voies :

- en région Midi-Pyrénées, l'ARS et la préfecture de région ont mis en place en janvier 2013 une seule convention type SAMU-SDIS pour l'ensemble des huit départements de la région ; une démarche similaire est en cours avec les ambulanciers ;
- en Franche-Comté, l'ensemble des acteurs a l'habitude de se rencontrer depuis huit ans dans un séminaire annuel pour évoquer les questions communes et dresser un bilan annuel des pratiques ; deux conventions bipartites sont signées pour le Doubs, les conventions tripartites demeurent dans les trois autres départements ;
- en Bretagne (Ille-et-Vilaine), les deux conventions bipartites sont articulées avec un protocole régional tripartite.

3. Avez-vous participé à un travail de mise en cohérence des SDACR et du SROS ?

[1122] Seuls 17 SAMU parmi les 63 répondants indiquent avoir participé à un travail de mise en cohérence du SDACR et du SROS, trois indiquant un chantier non abouti (Ain, Dordogne, Doubs, Loire-Atlantique, Côte-Basque). Plusieurs mentionnent une simple superposition des moyens (Charente, Hautes-Pyrénées).

[1123] Trois d'entre eux (Aisne, Orne, Le Havre) notent que le SROS urgences a été l'occasion de rassembler la description des moyens des deux services.

[1124] En Haute-Savoie, c'est le SDACR qui prend en compte les moyens SMUR et MCS dans la couverture opérationnelle au titre de l'AMU.

[1125] Des réunions de concertation sont annoncées pour 2014 dans les Pyrénées atlantiques

[1126] Quelques SAMU mentionnent une réunion du CODAMUPS-TS sur le sujet (Charente, Doubs, Roanne, Nièvre). D'autres indiquent qu'ils n'ont pas été conviés aux travaux de l'ARS et de la préfecture (notamment Haute-Garonne).

[1127] Dans le département du Val d'Oise, l'étude des schémas s'est avérée opportune pour lancer des travaux sur la participation des ambulanciers privés au dispositif, l'ouverture d'une capacité de transport héliporté pour couvrir le nord, la coordination et la régulation du CTA et du SAMU, l'accueil des victimes dans les services d'urgences et le renforcement de la coordination des moyens.

4. a Comment s'organise le suivi de la mise en œuvre du référentiel et de l'efficacité de l'articulation SAP-AMU ?

[1128] 32 SAMU indiquent l'existence de réunions de suivi, qu'elles portent sur les conditions d'exécution de la convention ou sur des points précis (carences, pratiques, retours d'expérience). Sont ainsi cités :

- les échanges d'indicateurs en tableau de bord quotidien et trimestriel (Seine-et-Marne) ;
- un comité mensuel de revue et d'analyse des événements indésirables et d'examen des cas litigieux (Gard, Loire-Atlantique) ;
- la mise en place d'une plateforme commune (Hérault).

[1129] La périodicité est d'autant plus forte que les thèmes des rencontres sont précisés. Leur fréquence est variable, mensuelle (Yvelines), bimensuelle (Indre, Manche), annuelle (Dordogne, Maine-et-Loire). Le contenu et l'orientation des réunions sont rarement indiqués sauf dans l'Ain (étude de l'activité, élaboration de procédures opérationnelles, traitement des dysfonctionnements).

b Les réponses apportées par les systèmes d'information sont-elles adaptées à vos besoins?

[1130] Seuls onze SAMU répondent par l'affirmative, en totalité (Alpes-Maritimes, Dordogne, Gard, Roanne, Meuse, Haute-Savoie), partiellement (Isère, Landes, Loire-Atlantique, Nièvre, Puy-de-Dôme). A noter que le degré d'adhésion ne dépend pas du niveau d'intégration réel des systèmes d'information.

[1131] Quelques-uns précisent un sujet de satisfaction : par exemple la liaison informatique, effective dans le Morbihan et en cours d'installation dans le Val-d'Oise

[1132] Tous les autres soulignent l'inadaptation des réponses, de manière générale (Allier, Haute-Garonne, Vienne, Réunion), ou en précisant les faiblesses :

- absence d'interconnexion informatique qui impose la ressaisie des données (Aisne, Hérault, Côte-Basque, Pyrénées-Orientales) ;
- non comparabilité des données issues de systèmes d'information différents (Ain) ;
- non fourniture de l'intégralité des indicateurs prévus dans le référentiel (Ariège, Côte-d'Or) ;
- temps d'élaboration et niveau de qualification des requêtes pour pouvoir disposer des indicateurs (Ille-et-Vilaine) ;
- temps administratif d'exploitation (Pyrénées-Orientales, Savoie).

[1133] A noter que dix-sept responsables de SAMU ne se prononcent pas sur cette partie de la question (Aube, Cher, Creuse, Doubs, Drôme, Eure-et-Loir, Gers, Loiret, Lot, Bayonne et Pau, Nord, Paris, Deux-Sèvres, Tarn, Vaucluse, Territoire-de-Belfort).

B. Réception et traitement des appels

5. Existe-t-il un centre commun SAMU-SIS de réception et de traitement des appels ?

[1134] Les SAMU indiquent leur participation à une **plateforme physique** le plus souvent dans les locaux du SDIS (Aisne, Ariège, Gers, Lot-et-Garonne, Haute-Savoie) et un projet pour 2014 dans l'Hérault mais parfois sur un site hospitalier (Cher et Vaucluse). L'éloignement de l'hôpital rend plus difficile la mise en œuvre de la mutualisation des effectifs médicaux avec le service des urgences et les SDIS souhaitent maintenir l'unité CTA-CODIS.

[1135] La formule de rapprochement physique perd une grande partie de son intérêt quand les deux services évoluent vers une simple juxtaposition, faute de volonté partagée de poursuivre sur la voie de l'intégration ; c'est le cas dans l'Ain et le Puy-de-Dôme ; la séparation s'est faite en bonne intelligence dans le Maine-et-Loire après dix années de coexistence physique.

[1136] Les projets de locaux communs n'ont pas disparu, les autorités se reposant la question de principe à l'occasion d'investissements lourds ; une évaluation en ce sens est en cours à Melun à l'occasion de la reconstruction du centre hospitalier ; des études sont signalées à Albi et un projet doit déboucher en fin d'année 2014 dans l'Hérault.

[1137] Les **plateformes virtuelles** permettent un échange d'informations sur les coordonnées (Drôme) ou les moyens engagés en temps réel (Alpes-Maritimes, Roanne, Loire-Atlantique, Savoie) et sont présentées comme une interconnexion de moyens informatiques (Loiret, Morbihan, Oise, Orne, Yvelines) en sus de la liaison téléphonique habituelle.

[1138] Ces plateformes apportent aux utilisateurs les fonctionnalités attendues sans la contrainte de devoir choisir entre l'un des deux sites d'implantation ; c'est un des arguments qui les fait préférer au modèle physique par les SAMU (Charente).

[1139] Dans plusieurs cas, les SAMU indiquent pratiquer une régulation médicale de la totalité des appels (Côte-Basque, Saône-et-Loire).

[1140] La Saône-et-Loire parle d'une mutualisation virtuelle par vidéo interposée.

[1141] L'interconnexion des appels avec interface informatique est perçue comme une formule moins ambitieuse qui répond aux besoins d'échanges pour organiser la réponse (Côtes-d'Armor, Ille-et-Vilaine, Nièvre, Oise, Vienne) mais présente l'inconvénient de ne pas connaître les moyens de l'autre service, au risque de déclencher des moyens redondants en parallèle.

[1142] Les projets d'interfaçage des logiciels continuent à s'étendre (Indre, Loiret, Hautes-Pyrénées).

[1143] A noter que certains SAMU semblent méconnaître les normes d'échange entre logiciels ou les possibilités de requêtes qu'offrent leurs outils.

B Si non, existe-t-il une autre forme de mutualisation des plates-formes de réception et de traitement des appels avec d'autres SAMU ?

[1144] Les répondants soulignent leur regret de ne pas bénéficier d'une mutualisation avec d'autres SAMU (Ain).

[1145] Les autres modes de mutualisation prennent la forme d'une vision **régionale** de la régulation portant sur les débordements d'appels, la sécurisation des sites ou le cheminement vers une régulation commune en particulier pour gérer la PDSA ; les évolutions les plus avancées concernent les départements comprenant deux SAMU (Seine-Maritime).

[1146] En Midi-Pyrénées, trois SAMU (Aveyron, Haute-Garonne, Tarn) sont interconnectés au niveau informatique.

[1147] En Pays-de-la-Loire se développe une mise en commun progressive des SAMU à horizon 2015 dans l'attente du projet national ; un travail régional est en cours sur l'harmonisation des pratiques entre les cinq départements.

[1148] Dans la Manche, sur certaines tranches horaires, il est possible de déporter des appels sur un site départemental pour la régulation de PDSA, et sur un autre SAMU en nuit profonde.

[1149] La région Basse-Normandie déploie un logiciel de régulation commun aux trois SAMU de la région avec une base de données commune dans le cadre de son projet (RRAMU) ; à terme, les deux régions normandes devraient être interconnectées.

[1150] Des possibilités identiques de secours entre SAMU sont opérationnelles en Champagne-Ardenne, qui par ailleurs prévoit d'évoluer vers un regroupement bi-départemental en nuit profonde et régional pour la régulation de la PDSA.

[1151] La région Bretagne s'oriente vers une harmonisation des systèmes d'information de ses quatre SAMU permettant à terme l'interopérabilité dans la gestion des appels et des dossiers (échange de dossiers et co-régulation…).

[1152] Le Nord indique un projet de sécurisation réciproque avec le SAMU du Pas-de-Calais.

[1153] La région PACA prépare un déploiement de l'interconnexion informatique entre les logiciels des SAMU départementaux.

[1154] Les trois SAMU du sud aquitain sont également dans une démarche de gestion partagée des débordements d'appels et de traitement conjoint des appels pour la PDSA.

[1155] Les projets de mutualisation régionale ne sont pas toujours bien accueillis, certains responsables de SAMU qui ne se retrouvant pas dans cette organisation (Territoire-de-Belfort) qu'ils auraient préférée bi-départementale.

C Quelles sont les forces et faiblesses de l'organisation retenue dans votre département ?

[1156] Les répondants commentent leur organisation actuelle.

[1157] Ceux qui sont installés sur une **plateforme physique** indiquent les avantages suivants (notamment Cher, Gers) :

- une facilité de communication et d'échanges d'information qui débouche sur une meilleure compréhension des impératifs de chacun ;
- une proximité des personnels qui facilite les relations, y compris pour qualifier les départs et donc qualifier en amont les indisponibilités ambulancières ;
- une gestion des décisions plus fluide qui évite des doublons d'envoi ;
- une meilleure adéquation des moyens engagés avec un avis médical en direct.

[1158] A l'inverse, les inconvénients signalés portent sur l'inconfort des locaux ou le bruit (relevé dans le Cher ou la Manche).

[1159] En toute hypothèse, la plateforme physique ne supprime pas les conflits mais permet de les traiter plus rapidement.

[1160] A rebours, quelques responsables de SAMU argumentent sur l'intérêt de deux structures séparées (Haut-Rhin), que ce soit en termes de respect des particularités de leur métier (Doubs) en évitant les glissements de tâches et en protégeant le secret médical, quand ce fonctionnement séparé s'accompagne d'un échange systématique sur les informations opérationnelles, parce qu'il favorise un accès plus rapide au médecin en supprimant un opérateur intermédiaire (Loiret) mais aussi parce que ces organisations autorisent une approche régionale voir nationale des projets entre SAMU.

[1161] L'intérêt de la plateforme virtuelle est mis en avant à la fois par ceux qui bénéficient d'une connexion informatique et par ceux qui n'en disposent pas (Meuse).

[1162] D'autres remarques sur les faiblesses des organisations en vigueur portent sur l'inadéquation des cycles horaires des ARM aux pointes prévisibles d'appels, l'absence de médecin régulateur libéral le samedi matin alors que les besoins de PDSA sont importants (Gard) et surtout l'absence d'interconnexion informatique (Moselle, Tarn).

D Quelles sont les perspectives d'évolution ?

[1163] L'attente commune s'exprime en faveur de la géolocalisation des moyens sur leur propre logiciel (Cher), de la mise en place d'une liaison entre les logiciels utilisés par les deux services pour partager les cartes et la géolocalisation (Allier, Saône-et-Loire), d'une l'interconnexion informatique avec le logiciel du SDIS (Charente, Drôme, Eure-et-Loir, Loiret, Meuse) et d'une intégration du réseau ANTARES dans les projets de régionalisation des logiciels de traitement de l'alerte (Côtes-d'Armor, Orne, Yvelines).

[1164] Certains SAMU se disent en attente d'un choix entre les logiques interservices ou d'intégration renforcée entre les SAMU (Ain) ou les approches bi-départementales (Moselle). Tel SAMU analyse les décisions récentes de convention régionale comme une dégradation de l'organisation et s'inquiète de nouveaux projets sur la PDSA.

[1165] D'autres signalent les perspectives positives d'une standardisation de la prise d'appel et de l'évaluation de la gravité par les stationnaires qu'apportera une plateforme virtuelle (Hérault).

[1166] Un certain nombre souhaite sécuriser sa structure en s'appuyant sur les ressources d'un autre SAMU.

6. a. Comment s'opère l'interconnexion entre CRRA et CTA au niveau des réseaux téléphoniques (lignes dédiées ou banalisées ?) et des logiciels (communs ? interopérables ?) ?

[1167] Trente SAMU indiquent disposer d'au moins une ligne dédiée, et deux mentionnent une réalisation prochaine. Quatre ont des numéros prioritaires sur des lignes banalisées. Les Alpes-Maritimes et le Nord précisent que l'autocommutateur reconnaît le numéro entrant et l'oriente vers les postes de régulation.

[1168] Les SAMU indiquent disposer de logiciels interopérables ou interfacés dans au moins vingt-deux départements (Ain, Alpes-Maritimes, Cher, Côte-d'Or, Côtes-d'Armor, Creuse, Dordogne, Drôme, Gers, Ille-et-Vilaine, Isère, Loire-Atlantique, Lot-et-Garonne, Manche, Morbihan, Nièvre, Oise, Orne, Puy-de-Dôme, Roanne, Saône-et-Loire, Seine-et-Marne). L'interconnexion n'est toujours pas mise en œuvre dans dix-sept autres (Allier, Charente, Creuse, Gard, Haute-Garonne, Marne, Mayenne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Moselle, Pau, Pyrénées-Orientales, Haut-Rhin, Paris, Seine-Maritime, Tarn, La Réunion) ; certains départements l'ont simplement projetée (Indre, Loiret, Côte-Basque, Vienne, Val-d'Oise). Dans deux cas au moins, l'outil existe mais n'est pas activé.

[1169] L'équipement des véhicules des SDIS et du SAMU en matériel ANTARES embarqué est en cours dans les Yvelines.

[1170] ***b Quel est pour vous le bilan du déploiement du réseau de radiocommunications ANTARES ?***

[1171] Le bilan du déploiement est apprécié favorablement dans huit départements (Ain, Aisne, Allier, Côte-d'Or, Dordogne, Roanne, Lot, Lot-et-Garonne). Mais tout le territoire n'est pas couvert (Hérault) et plusieurs SAMU signalent des zones d'ombre (Aube, Creuse, Doubs, Gard, Loiret) notamment en montagne (Isère, Haute-Savoie) ; tous les SDIS ne sont pas équipés (prévu pour 2017 dans les Charente, en cours dans le Cher, l'Ille-et-Vilaine, Paris).

[1172] Quelques SAMU dont le Nord estiment que le nombre de voies radio à leur disposition est insuffisant et qu'ils doivent continuer à utiliser la transmission des bilans par téléphone ; ils ne remettent toutefois pas en cause l'utilité de la radio pour les bilans simplifiés.

[1173] Les interlocuteurs signalent également des problèmes de fiabilité, le réseau n'étant plus utilisable en cas de coupure électrique prolongée.

[1174] Sur le plan qualitatif, tel SAMU signale que le contact radio est bruyant en salle de régulation et induit une priorité par rapport à l'appelant sur un réseau téléphonique (Eure-et-Loir) ; plusieurs indiquent que l'outil radio est plus adapté au transfert de bilans simplifiés ou de simples données qu'à l'exercice d'une véritable communication dans le cadre d'une régulation médicale (Loire-Atlantique, Loiret).

[1175] La Haute-Savoie regrette que les transporteurs sanitaires n'aient pas accès à ANTARES.

7. La régulation médicale est-elle mobilisée dans les conditions prévues par le référentiel ? Si non, pourquoi ? Si oui, les conditions de cette mobilisation vous paraissent-elles satisfaisantes ?

[1176] La plupart des responsables de SAMU soit 42 départements parmi les répondants (65 %) estiment que la mobilisation de la régulation est effective, efficace et conforme aux conditions posées par le référentiel, même s'il peut exister des exceptions. Certains ajoutent que leur travail porte bien sur l'intégralité des sollicitations à motif médical, qu'elles parviennent au 15 ou au 18 et quelques-uns mentionnent même qu'ils interviennent sur tous les appels (Ariège, Ille-et-Vilaine, Hautes-Pyrénées, Savoie). Les Yvelines précisent que la totalité des départs réflexes font l'objet d'un bilan et d'une régulation *a posteriori*.

[1177] Les réserves exprimées portent sur une sollicitation partielle (Alpes-Maritimes, Hérault, Territoire-de-Belfort), un déclenchement excessif en départ reflexe (Allier, Côtes-d'Armor, Doubs, Marne, Moselle, Seine-Maritime) et un retour non systématique *a posteriori* (Drôme, Seine-et-Marne).

[1178] Les SAMU du Gard et de l'Indre estiment que la régulation n'est pas correctement sollicitée, ce qui conduit à l'engagement de moyens redondants.

[1179] La régulation médicale en montagne soulève des difficultés particulières rappelées par la Haute-Savoie. De même, le décret de compétence de la BSPP la fait échapper pour partie au principe de régulation du SAMU.

C. Adaptation de la réponse et optimisation de l'utilisation des compétences rares

8. La typologie de la réponse (du secourisme à la réponse médicale) fonctionne-t-elle de manière efficace, sans perte de chance pour la victime ou le patient ?

[1180] Trente-quatre SAMU répondent positivement, tout en notant parfois que cette appréciation tient compte du cadre imposé par le référentiel et d'une tendance aux sorties excessives des VSAV (Eure-et Loir, Gard) ; quelques SAMU insistent sur l'évaluation régulière des interventions et des pratiques (Yvelines).

[1181] Certains basculent dans l'appréciation négative en insistant sur des points qu'ils analysent comme fragiles : la non régulation des moyens des services de santé et de secours médical (SSSM) des SDIS, le nombre trop important des interventions VSAV à domicile sur des qualifications impropres de prompt secours (Puy-de-Dôme), la pratique extensive d'une réponse secouriste en montagne (Pyrénées-Atlantiques, Savoie).

[1182] Le SAMU du Nord explicite sa réponse négative par les 15 000 bilans de VSAV par an sans information préalable du SAMU lors de l'envoi de moyens, auxquels s'ajoutent 450 missions SMUR par an, déclenchées sur demande du VSAV depuis les lieux d'intervention, sans information préalable du SAMU lors de la gestion de l'appel par le CTA.

[1183] Plus systématiquement, l'absence de vision globale de la régulation et des effecteurs faute de convention avec les ambulanciers ou de réponse de la médecine libérale est considérée comme une faiblesse. Dans ce contexte, un SAMU mentionne un risque de perte de chance pour les patients victimes.

[1184] Tel SAMU décrit l'intervention d'infirmiers sapeurs-pompiers non régulés par le SAMU comme susceptible de générer des doublons avec les décisions du SAMU, des tensions lors des interventions, voire des retards dans la transmission des bilans au SAMU ou l'évacuation des patients par divergence de décision entre la régulation médicale d'une part et l'équipe de secouristes et l'ISP sur le terrain d'autre part.

[1185] Quelques responsables mettent aussi en avant leurs propres difficultés en termes d'effectif pour répondre à toutes les sollicitations (Manche, Mayenne, Seine-et-Marne).

9. *Le passage de la notion de prompt secours à celle de départ réflexe a-t-il induit une nouvelle interprétation sur les missions des sapeurs-pompiers et/ou un changement des pratiques entre les intervenants ? La liste des situations justifiant un départ réflexe définie dans le référentiel a-t-elle répondu aux attentes du SAMU ? Est-elle à jour ?*

[1186] Plus d'une vingtaine de SAMU estime que le changement de qualificatif n'a pas donné lieu à de nouvelles interprétations, sans toutefois se retrouver pleinement dans la liste définie dans l'annexe I du référentiel. Une douzaine de structures estime que les motifs de départ reflexe sont trop génériques, couvrent des situations bénignes, permettent une interprétation trop large ou incertaine pour les stationnaires quand il s'agit de motifs de nature médicale.

[1187] Toutefois, il arrive que les partenaires conviennent de réduire les sorties liées à la nouvelle dénomination grâce à une table de correspondance (Savoie) ; dans l'Ain, la notion de lieu public a été restreinte à la notion de lieu non sécurisé.

[1188] Les Côtes-d'Armor soulignent l'intérêt de l'annexe I pour asseoir l'envoi de moyens sapeurs-pompiers et définir les situations de carence. La liste a été étendue dans les zones rurales, aux douleurs thoraciques d'allure coronarienne et aux suspicions d'AVC pour que les patients concernés puissent bénéficier de secours rapides en l'absence d'ambulance sans discussion ni retard.

[1189] Certains départements pratiquent la mise à jour permanente de la liste (Haute-Savoie, Yvelines), en particulier pour les EHPAD et les lieux publics.

[1190] Dans un département, on signale une tentation du SDIS de créer une terminologie médicale décalquée de la ventilation statistique antérieure au référentiel et de requalifier la nature de ses interventions *a posteriori*.

10. *Quelle est la place des infirmiers sapeurs-pompiers dans le dispositif actuel ? Quelle devrait être cette place d'après vous ? Les trois situations visées par le référentiel (protocole de soins d'urgence, prise en charge de la douleur, missions propres) donnent-elles lieu à des difficultés d'application ?*

[1191] Sur ce point, l'orientation des réponses est quasi-unanime. Les médecins réprouvent les conditions dans lesquelles les infirmiers sapeurs-pompiers sont sollicités et interviennent. Les SAMU déplorent une disponibilité aléatoire, des conditions d'engagement unilatérales, des décisions d'envoi sur des situations qui ne le justifient pas, des interventions abusives sur la douleur ou l'intubation, une utilisation des protocoles sans contact préalable avec le médecin régulateur et un contenu contestable de certains protocoles sur les modalités de délivrance de la morphine.

[1192] Les SAMU soulignent que l'intervention des infirmiers sapeurs-pompiers peut retarder l'intervention du SMUR et réduit l'expertise du chef d'agrès.

[1193] Certains vont même jusqu'à parler de « leurre » et à qualifier une partie de l'activité de ces infirmiers d'exercice illégal de la médecine, y compris quand elle s'exerce au niveau du CTA.

[1194] Pour beaucoup, c'est une paramédicalisation substitutive à l'absence de ressource médicale qui ne dit pas son nom.

[1195] Tel SAMU précise qu'en intégrant mieux les différents moyens comme les ISP dans les procédures de régulation médicale, on pourrait optimiser et rationaliser leur utilisation, leur intervention pouvant dans un certain nombre de cas être utile. Ainsi, l'intervention des ISP, fort intéressante dans les trois situations visées par le référentiel, devrait se faire exclusivement dans le cadre d'une régulation préalable par les médecins du Centre 15 sur la base de protocoles validés par le SAMU.

[1196] Pour autant, dans plusieurs départements, la situation est plus consensuelle, notamment quand les protocoles aient été élaborés avec le SAMU (Creuse, Lot-et-Garonne) ; en Isère, comme en Haute-Savoie, les protocoles ont été ensuite soumis à la validation du Conseil de l'Ordre des Médecins et à la Commission Scientifique du Réseau Nord-Alpin des Urgences (RENAU). Les protocoles ISP sont ainsi devenus des protocoles du réseau. Les interventions des ISP sont tracées et font l'objet d'une analyse commune en tant que de besoin.

[1197] Leur présence est appréciée quand ils peuvent intervenir dans des zones éloignées d'un SMUR, en complémentarité et en avance sur ce vecteur (Lot-et-Garonne, Manche, Nièvre, Oise) ; la pertinence de leur intervention en zone urbaine (Puy-de-Dôme), ou secteur couvert par le SMUR (Marne, Moselle, Oise) est en revanche contestée alors même que leur visibilité dans ce cas est meilleure quand elle est organisée 24h/24 (Hérault).

[1198] Leur intervention peut être demandée par le médecin régulateur lui-même, (Creuse, Drôme) et parfaitement acceptée pour le traitement de la douleur traumatique ou de l'hypoglycémie.

[1199] On trouve enfin des situations dans lesquelles l'intervention des infirmiers sapeurs-pompiers est cadrée d'un commun accord. A cet égard, le texte de l'Ille-et-Vilaine mérite d'être cité intégralement :

[1200] *« La place des infirmiers sapeurs pompiers est ainsi définie dans la convention SAMU-SDIS :*

- Les infirmiers sapeurs-pompiers sont déclenchés par le CODIS dans le cadre des situations d'urgence avec détresse vitale et/ou de circonstances particulières de l'urgence. Le CODIS informe le CRRA de tout engagement d'un infirmier sapeur-pompier.
- Le CRRA peut également demander au CODIS l'engagement d'un infirmier sapeur-pompier dans le cadre de l'AMU pour répondre à une demande de renfort d'un moyen secouriste qui ne nécessite pas l'engagement d'un moyen médical ou à une demande de renfort technique d'un médecin sapeur-pompier qui ne dispose pas d'un VLS.

[1201] Les infirmiers sapeurs-pompiers ne sont jamais missionnés en substitution d'un SMUR.

[1202] *Ils interviennent dans les cas concrets suivants : en cas d'incendie, en soutien du personnel du SDIS ; conjointement à l'envoi d'un VSAV, dans le cadre de missions de secours à personne correspondant à des situations bien identifiées où seul un geste infirmier suffit ; conjointement à l'envoi d'un SMUR, dans le cas de détresses vitales, quand l'infirmier sapeur-pompier est le plus proche géographiquement, dans les zones au-delà de 30 mn d'un Samu.* »

[1203] Le sujet est moins aigu lorsqu'il existe peu d'infirmiers sapeurs-pompiers, ou qu'ils ne disposent pas de protocoles préétablis par le médecin chef du SSSM ou que ces infirmiers ont été formés conjointement avec les autres paramédicaux hospitaliers au sein du centre d'enseignement des soins d'urgence CESU (Landes, Meuse), ou qu'ils ne sont sollicités que pour du soutien sanitaire interne (Orne).

[1204] Enfin, quelques SAMU sont très positifs, (Gers, Morbihan, Haut-Rhin) montrant le rôle des infirmiers sapeurs-pompiers dans la chaîne pré-hospitalière, en particulier dans l'antalgie, l'immobilisation ou encore la réalisation d'un bilan plus précis transmis au CRRA.

[1205] En Isère toujours, les médecins hospitaliers ont ainsi pu valider des actes qui ne sont pas mis en œuvre par un infirmier au sein de leur établissement au terme d'un long processus de discussions. Ainsi, la pose de tube laryngé dans l'arrêt cardiaque a fait l'objet d'un travail scientifique commun SDIS-SAMU, travail validé par un comité d'éthique et dont le CHU était promoteur. La réponse infirmiers sapeurs pompiers hors présence médicale est affichée dans ce département comme une réponse adaptée à un certain nombre de situations bien définies. La qualité des bilans transmis est toujours reconnue même si d'aucuns soulignent une dégradation corrélative de la place laissée aux secouristes.

11. La frontière entre actes infirmiers et actes médicaux est-elle claire et respectée ? Si non, des évolutions vous paraissent-elles possibles et à quelles conditions?

[1206] Une trentaine de SAMU répondants (près de 50%) estime que la frontière est claire et respectée. Les autres considèrent que cette frontière entre actes infirmiers et médicaux n'est pas respectée dans plusieurs situations :

- quand les actes conservatoires sont initiés et poursuivis jusqu'au bout du protocole avant tout contact avec la régulation ;
- quand les infirmiers réalisent de leur propre initiative un ECG et en interprètent les résultats ;
- quand ils majorent l'analyse du niveau de douleur en réalisant des actes qui, à l'arrivée des urgentistes, apparaissent non justifiés et même potentiellement iatrogènes.

[1207] Neuf responsables argumentent sur une confusion entre acte technique et stratégie thérapeutique, la situation quasi schizophrénique d'infirmiers selon leur lieu d'exercice. Ils demandent que le médecin régulateur soit informé préalablement à la décision de mise en œuvre d'un protocole et qu'il valide la poursuite de sa mise en œuvre.

[1208] Un SAMU note que l'intervention conjointe des infirmiers sapeurs-pompiers avec les médecins induit des confusions même dans l'esprit des sapeurs-pompiers.

[1209] Un responsable de SAMU signale que le SDIS refuse tout engagement des infirmiers sapeurs-pompiers par le SAMU sans avis préalable du CODIS, tout en notant que la qualité professionnelle des intéressés n'est pas en cause puisqu'il s'agit d'IDE et d'IADE du CHU.

[1210] Un SAMU (Côtes-d'Armor) estime que la plupart des protocoles mis en place pourrait être discuté avant avec le médecin régulateur, adaptés et optimisés dans l'intérêt des patients. Dans les cas de détresse vitale grave (ACR, choc anaphylactique et détresse respiratoire gravissime), il est par contre logique que le protocole soit mis en place avant contact avec le médecin régulateur.

[1211] Deux SAMU notent la nécessité d'autoriser le médecin régulateur à prescrire par téléphone un acte hors protocole. Un autre souligne le risque d'hétérogénéité des prescriptions téléphoniques du médecin régulateur aux ISP hors le cadre des PISU.

12. *La liste des médecins correspondants du SAMU et des médecins sapeurs-pompiers est-elle connue des autres services ?*

[1212] La liste des médecins sapeurs-pompiers (MSP) n'est connue officiellement que par 20 SAMU mais officieusement cinq ont cette information ; dans les deux cas, il n'existe aucune possibilité de prendre en compte leur disponibilité réelle, compte tenu du statut du volontariat.

[1213] A noter que 22 SAMU indiquent ne pas disposer de médecins correspondants du SAMU (MCS) et six sont en projet de recrutement.

[1214] Un département mentionne que tous les MSP intervenant au titre de l'AMU sont sollicités indifféremment par le SAMU ou le SDIS et rétribués par le service qui les sollicite.

13. Peut-on apprécier l'apport respectif des médecins correspondants du SAMU et des médecins sapeurs-pompiers volontaires dans la prise en charge de l'urgence ?

[1215] Les répondants éprouvent des difficultés à prendre position concrètement pour diverses raisons : faiblesse numérique de effectifs concernés, décroissance de la ressource MSP, montée en charge récente du dispositif MCS et absence de dispositif d'évaluation des pratiques des uns comme des autres.

[1216] Un SAMU souligne les avantages des MCS par rapport aux MSP : le partenariat est solide et important avec une formation annuelle, ce qui ne serait pas encore le cas avec les MSP pourtant invités à ces formations. La dotation des MCS (trousse d'urgence, DSA, scope…) est homogène, ce qui permet aux régulateurs de les accompagner dans l'attente du SMUR. Une clarification des qualifications, dotations et zones couvertes par les MSP est en cours de réflexion dans ce département.

[1217] Un SAMU rappelle que le dispositif MCS, ancien dans son département, s'est effondré. Plusieurs soulignent que l'analyse ne porte que sur quelques individus, parfois les mêmes du côté des MCS et des MSP.

[1218] Le sujet sous-jacent est la raréfaction de la ressource médicale disponible.

D. Répartition des missions et participation des autres acteurs (transporteurs sanitaires, associations agréées de sécurité civile)

14. *La répartition des prises en charge entre SAMU, transporteurs sanitaires, sapeurs-pompiers et associations agréées vous paraît-elle optimale ?*

[1219] La quasi totalité des répondants fait part d'une forte insatisfaction sur ce sujet.

[1220] Ils mettent en cause les pratiques d'engagement des SDIS. Ils critiquent surtout les **indisponibilités ambulancières** en journée et en particulier aux bornes de la journée, signalées par 27 SAMU.

[1221] L'un d'entre eux regrette la décision de l'ARS visant à dénoncer la convention tripartite, ce qui a conduit les transporteurs sanitaires à supprimer leur permanence journalière.

[1222] Une dizaine indique un fonctionnement globalement satisfaisant, c'est-à-dire sans dysfonctionnement majeur mais susceptible d'améliorations, notamment quand les parties se réfèrent encore au texte ou à l'esprit d'une convention tripartite.

[1223] Plusieurs SAMU évoquent le rôle des médecins libéraux au titre de la PDSA, l'hétérogénéité de la réponse se reportant sur la mobilisation des autres effecteurs.

[1224] A cet égard un SAMU remarque l'incohérence entre les deux référentiels qui confient les mêmes missions à deux vecteurs de transport. Un autre regrette l'absence de système de transports sanitaires public à l'instar de ce qu'on peut trouver dans d'autres pays. Un dernier signale l'absence de réponse organisée pour les patients sortant des services d'urgence.

[1225] Un SAMU note que le référentiel est flou sur le financement de l'intervention des sapeurs-pompiers pour de la PDSA ou du relevage. Le premier cas devrait relever de l'assurance maladie directement et le second, du conseil général.

[1226] En ce qui concerne les autres vecteurs du secours, quelques départements mentionnent des accords avec les associations agréées pour la prise en charge des dispositifs prévisionnels de secours (DPS) ou la participation aux plans impliquant de nombreuses victimes.

15. La réponse des transporteurs sanitaires vous paraît-elle satisfaisante ? Quels sont les cas de carence et leur fréquence ? Quelle est l'évolution du coût facturé par le SIS au SAMU au cours des cinq dernières années (tableau) ? Existe-t-il une coordination ambulancière permettant de répondre aux sollicitations ?

[1227] La situation est contrastée sur le terrain, très dépendante du tissu des entreprises ambulancières et du niveau de représentativité des instances de la profession.

[1228] En zone rurale notamment, les transporteurs sanitaires ont du mal à maintenir une présence au titre de l'AMU et ne disposent d'aucun véhicule de type ASSU.

[1229] Certains départements bénéficient d'une bonne organisation ; dans les Yvelines, une coordination existe depuis 20 ans ; l'ATSU commence à mettre à disposition des ASSU sur 24h/24 et la géo localisation des véhicules va être installée.

[1230] La géolocalisation des moyens ambulanciers est considérée comme un atout pour optimiser la prise en charge.

[1231] Une douzaine de SAMU indique une augmentation du nombre de carences depuis cinq ans, quatre mentionnent une stabilité, cinq une baisse. A noter que si la question portait sur les carences facturées par le SDIS, la réponse ne précise pas toujours clairement si c'est bien cet indicateur qui a été retenu ou le niveau remboursé par l'hôpital.

[1232] Dans tous les cas, l'existence d'une coordination ambulancière, de préférence installée au centre 15, est un facteur facilitant la maîtrise des carences. Parfois (Haute-Garonne) c'est un ARM du SAMU qui est mobilisé sur cette fonction pour maintenir une organisation satisfaisante.

- La question de l'évaluation et du niveau de prise en charge des indisponibilités ambulancières par le SDIS est très sensible ; les sommes en jeu sont importantes, l'évolution du nombre de carences, variable selon les départements, pouvant prendre des proportions parfois très atypiques sur les cinq dernières années :
- à la hausse (35% dans l'Ain, 11% dans les Alpes-Maritimes, trois fois plus dans le Cher ou le Morbihan, 70% dans les Côtes-d'Armor, 27% dans les trois départements franc-comtois regroupés, 67% en Ille-et-Vilaine, 213% en Loire-Atlantique, 71% en Loire-Atlantique, 44% dans la Meuse, 85% dans la Nièvre, 65% dans le Pas-de-Calais, 82% dans les Pyrénées-Orientales, 48% dans le Haut-Rhin, 60% dans les Yvelines),
- à la baisse (249% dans l'Aisne, Aube, Drôme, 13% dans l'Oise),
- ou rester stable ailleurs (Charente, Lot-et-Garonne, Manche, Nord, Moselle, Vienne)...

[1233] Ce thème peut devenir un sujet de contentieux dans quelques départements, surtout s'ils sont sièges d'un CHU. Dans le Gard, le SDIS a facturé au titre de cinq années une somme de 19,2 M€ incluant des carences (820 k€), des bilans secouristes pour 2,2 M€, des interventions en « substitution du CRRA » pour 400 k€ et la prise en charge de missions annexes de SAP pour 15,7 M€ ; le CHU a réglé 270 K€ au titre d'années antérieures de 2004 à 2007 ; pour les six dernières années l'ARS a versé à l'établissement un montant de 744 k€. Cet exemple illustre les écarts – extrêmes - auxquels peuvent donner lieu les discussions entre les deux services, au titre de l'indisponibilité d'un tiers ambulancier. D'où l'intérêt de faciliter l'organisation de la profession.

[1234] A noter un versement calculée au forfait dans quelques départements : Indre, Orne et parfois le paiement à un niveau supérieur à la référence réglementaire (Vaucluse).

16. Les SAMU ou les sapeurs-pompiers vous paraissent-ils engagés dans des tâches indues au regard des missions que leur attribue la loi ou des modalités de mise en œuvre de leurs moyens inappropriées compte tenu de leurs mode de financement? Si oui, merci d'illustrer par des exemples.

[1235] Tous les SAMU mentionnent des interventions au-delà de leurs missions tout en notant qu'elles résultent d'évolutions qui dépassent leur noyau dur d'activité d'urgence. Il s'agit principalement de sollicitations au titre de la PDSA (directement ou par réponse libérale tardive) surtout en nuit profonde pour des visites à domicile, y compris dans des EHPAD peu ou mal médicalisés et de l'établissement des certificats de décès ou pour les hospitalisations sous contrainte.

[1236] Certains soulignent le défaut de coordination avec les forces de l'ordre qui perturbe la prise en charge ajustée de ces situations.

[1237] Par ailleurs, les SAMU sont aussi appelés en journée en cas de non respect de la continuité des soins (fermeture du cabinet sans prévenir ou indisponibilité matérielle du praticien libéral).

[1238] On trouve enfin les multiples demandes portant sur des recherches de coordonnées de professionnels de santé ou sociaux.

[1239] Plusieurs réponses évoquent également une liste de tâches indues imposées aux sapeurs-pompiers :

- les renvois systématiques émanant des sociétés de téléassistance, y compris quand les services ont été créés par le conseil général ;
- la sollicitation excessive pour des transports en lieu et place des proches quand il s'agit de traumatismes mineurs intervenant en milieu scolaire, sportif ou sur les lieux de travail ; ce peut aussi être le cas d'interventions sur la voie publique à connotation exclusivement sociale ;
- les missions de balisage sur intervention ou de régulation du trafic lors d'AVP ;
- le recours aux sapeurs-pompiers pour les cas d'agitation ou de troubles à connotation psychiatrique en raison des trois membres qui composent l'équipage ;

[1240] Les médecins indiquent que la gratuité apparente du recours aux moyens des SDIS est un facteur explicatif de leur sollicitation y compris pour un usage détourné en tant que simple taxi.

[1241] Les responsables de SAMU soulignent également les conséquences du vieillissement de la population et du maintien à domicile qui accroissent la demande de transport.

[1242] Globalement, les sollicitations augmentent des deux côtés pour des problématiques médico-sociales concernant des publics soit alcoolisés, soit précaires, soit considérés comme « difficiles » que ne peuvent ou ne veulent plus prendre en charge les services qui les accompagnent. On parle alors d'intervention par carence des autres systèmes, avec une perception partagée entre les deux services d'être un dernier recours.

[1243] Pour autant, un SAMU francilien permet affirme que les missions indues ne sont souvent identifiables qu'a *posteriori*. Il lui paraît donc logique de considérer que ces missions «dites indues» font intégralement partie de l'activité de chacun.

E. Bilan global et perspectives

17. Qu'a changé le référentiel par rapport à la situation antérieure ? Quel bilan tirez-vous de cinq années de mise en œuvre ? Quels sont pour vous les facteurs d'amélioration et/ou de régression ? La démarche qualité prévue dans le référentiel a-t-elle été mise en œuvre et a-t-elle eu un impact positif ? Utilisez-vous les méthodes d'analyse de cas et de retour d'expérience au sein du service et avec le SDIS ? Merci de donner des exemples de bonne pratique.

[1244] La plupart des services reconnaissent au référentiel le mérite d'une clarification des missions, de l'amélioration du dialogue et d'une relative pacification, dans une forme de continuité rappelée.

[1245] Des voies dissidentes s'élèvent pour critiquer la dualité conventionnelle, l'absence de limitation des cas de prompts secours, le manque de compréhension par les SDIS des enjeux de la filiarisation ou encore la « régression » technique du passage du SSU à ANTARES.

[1246] Un responsable de SAMU (Haute-Garonne) relève une mauvaise répartition des tâches désormais. D'un côté, les relevages à domicile ou la petite traumatologie faits auparavant par les ambulanciers privés ne justifient pas l'engagement d'un VSAV. Par contre, les urgences vitales à domicile ne peuvent être assumées par les transporteurs sanitaires du fait d'un maillage insuffisant et d'une non disponibilité en journée, ce qui justifie l'augmentation des carences et des renforts logistiques, d'où un cercle vicieux de dégradation collective de l'efficacité pour les cas graves.

[1247] A l'inverse, on peut aussi trouver des situations dans lesquelles les sapeurs-pompiers n'interviennent plus à domicile (Haute-Savoie).

[1248] Des démarches qualité ont été initiées, dans un nombre croissant de structures (une vingtaine), à une fréquence et sous des modalités diversifiées (suivi d'indicateurs, analyse de cas sur retour d'expérience…), même si elles peuvent être qualifiées de balbutiantes, non conformes au contenu du référentiel et s'avérer parfois fragilisées par la diversité des cultures ou les contentieux d'ordre financier.

[1249] Un SAMU (Yvelines) signale ainsi que les mesures des données d'activité sont comparables et complémentaires. Les plans de secours sont réalisés en commun et les procédures de prise en charge pour nombreuses victimes « NOVI » ont été conjointement mises au point et expérimentées par des exercices communs avant leur application. Un groupe de travail SIS / SAMU a élaboré un cahier des charges pour un PC commun aboutissant à sa réalisation en pratique en 2013.

18. Quelles sont les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du référentiel (coopération interservices, limites des outils techniques, coûts de fonctionnement, modalités du financement, relations interpersonnelles, autres…) ?

[1250] Les réponses reprennent une liste diversifiée de difficultés déjà signalées, qu'elles concernent les questions de doctrine (absence de vision partagée des missions respectives), de financement (les carences polluent les relations entre stationnaires et ARM), les non fonctionnalités des outils logiciels ou l'absence de tout suivi des conventions ou d'évaluation des pratiques.

[1251] Deux réactions sont diamétralement opposées. Un SAMU joint une note très argumentée sur les faiblesses du référentiel alors qu'un de ses collègues note : « *le bruit de fond c'est-à-dire les petits dysfonctionnements ponctuels sans conséquences et sans enjeux est volontairement ignoré* ». La mission relève que c'est un des départements dans lequel les efforts de co-construction d'un système de prise en charge coordonné ont été les plus marquants.

19. Connaissez-vous des situations de contentieux dans la mise en œuvre des secours d'urgence qui illustreraient des difficultés d'application du référentiel ?

[1252] La majorité des SAMU répondants (soit 32 sur 63) répondent par la négative à cette question. Les 17 autres prenant position rappellent les difficultés concernant l'évaluation des carences et les divergences sur les doctrines d'intervention.

[1253] A noter qu'aucun n'a interprété la question sous l'angle de dysfonctionnement sur la prise en charge des patients-victimes alors que la question permettait une interprétation de ce type.

20. Quelles sont les améliorations à apporter à l'organisation et au fonctionnement actuel du dispositif de secours à personne et d'aide médicale urgente ? Au niveau des acteurs, du pilotage territorial et national ?

[1254] Les réponses à cette question sont multiples et de niveaux très différents.

[1255] Plusieurs SAMU mettent en avant des besoins de renforcement de leurs moyens, d'amélioration de leurs ressources logicielles (interopérabilité, connexion informatique).

[1256] Ils insistent aussi sur la nécessité d'une régulation plus systématique et rappellent l'enjeu d'une meilleure organisation de l'offre ambulancière.

[1257] Sur le plan de l'organisation, ils privilégient une maille régionale, pour les SAMU comme pour les SDIS en dépassant les limites d'intervention départementales.

[1258] Au niveau des relations financières, un SAMU propose de facturer comme une ambulance prescrite toutes les interventions des SDIS régulées par le 15 hors départ réflexe. Un autre note que les administrations hospitalières sont impliquées dans le mécanisme du financement des carencés alors qu'elles n'en maîtrisent aucun des paramètres.

[1259] Plusieurs responsables revendiquent une extension de la responsabilité du ministère chargé de la santé sur le SSSM ou au moins une autorité fonctionnelle sur les personnels de santé sapeurs-pompiers en intervention.

[1260] La demande de clarification porte aussi sur l'articulation entre les appréciations médicales et leurs conséquences financières hétérogènes. Un SAMU note ainsi qu'une coupure au bout du doigt qualifié en hémorragie par exemple suscitera un départ réflexe médicalement inutile ; si le CTA fait partir ses moyens pour ce type de motif, il est évidemment légitime mais quand le Centre 15 demande un VSAV pour le même motif cela devient une carence.

[1261] Un responsable propose d'étendre la garde ambulancière 24h/24 pour ne plus avoir à solliciter le SDIS en carence. Il souligne parallèlement l'intérêt d'un système de transport domicile-point fixe de garde pour les patients qui ne peuvent se déplacer pour éviter de faire sortir des moyens SMUR.

[1262] Un responsable estime que les deux notions de SAP et AMU n'ont pas à être mises sur le même plan, sous peine d'entretenir la confusion.

21. L'engagement d'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes a-t-il conduit à modifier les pratiques ou les projets d'organisation de la réponse, par service et entre les services effecteurs ?

[1263] Les SAMU répondants indiquent pour quatorze d'entre eux que l'engagement sur l'accès à des soins urgents en moins de 30 minutes n'a pas modifié leurs projets ni leurs pratiques.

[1264] Douze SAMU font référence à des projets de recrutement de MCS en cours dans une logique de couverture des zones les plus éloignées. Un directeur de SAMU regrette que l'ARS n'ait pas accepté un recrutement des MCS en ville.

[1265] Trois mentionnent une demande de renfort de SMUR soit en équipage soit en antenne supplémentaire.

[1266] En outre, huit font état de dossiers d'extension de la couverture héliportés avec des moyens propres. Toutefois, l'un d'entre eux, situé en zone de montagne, note qu'un accord local a pu être trouvé sur une mobilisation renforcée d'un hélicoptère de la sécurité civile ayant permis de réduire de 45 à 10 minutes le délai de mise à disposition.

[1267] Un SAMU francilien détaille l'influence mobilisatrice de cet objectif sur la réduction de la durée de prise en charge pour tous les services. En Ile-de-France, le délai médian de prise en charge des patients victimes d'un infarctus du myocarde est de 20 minutes entre le début de l'appel au 15 jusqu'à l'arrivée de l'équipe médicale. Dans l'arrêt cardiaque, les services du SIS et du SAMU (SMUR), ont une action à la fois concomitante et complémentaire.

[1268] Au total, les responsables des SAMU estiment que l'engagement d'accès aux soins en moins de 30 minutes a contribué à soutenir et à mobiliser l'ensemble des acteurs sur un objectif qualitatif de prise en charge la plus courte possible.

ANNEXE 6
SYNTHESE DES REPONSES DES SERVICES D'INCENDIE ET DE SECOURS ET DES SERVICES D'AIDE MEDICALE URGENTE A LA GRILLE D'EVALUATION DE LA MISSION

1 METHODE 221
1.1 Grille d'évaluation 221
1.2 Forme des réponses 221
1.3 Services ayant répondu 221
1.4 Exploitation des données 223
1.4.1 Comptabilisation des réponses positives 223
1.4.2 Items relevant davantage d'un service que de l'autre 223
2 RESULTATS 225
2.1 Le traitement de l'appel 225
2.1.1 Interconnexion des centres d'appels 225
2.1.2 Procédures d'interconnexion (items n° 15 à 18) 226
2.1.3 Régulation médicale (items n° 31 à 34) 228
2.2 La réponse adaptée selon la nature et le lieu d'arrivée de l'appel 228
2.2.1 Réponse secouriste (items n° 35 à 64) 228
2.2.2 Infirmiers sapeurs-pompiers volontaires ou professionnels dans le cadre des secours et soins d'urgence (items n° 65 à 74) 229
2.2.3 Réponse médicale (items n° 75 à 88) 230
2.3 Démarche qualité (items n° 89 à 99) 231
2.4 Financement 231
2.4.1 Appuis logistiques (item n° 100) 231
2.4.2 Interventions par indisponibilité des transporteurs sanitaires privés (item n° 101) 232
2.4.3 Relevages et brancardages (item n° 102) 232
2.5 Dispositions diverses (items n° 103 à 106) 232
2.6 Refus d'évacuation (annexe V) (items n°107 à 112) 233
2.7 Mise en place de protocoles de soins d'urgence pour les infirmiers sapeurs-pompiers habilités (annexe VI) (items n° 113 à 129) 233
2.8 Suivi d'indicateurs (items n° 130 à 161) 234

1 METHODE

1.1 Grille d'évaluation

[1269] Pour répondre à la question de l'effectivité de la mise en œuvre du référentiel du 25 juin 2008, la mission a élaboré une liste des principales prescriptions contenues dans le document et a interrogé les SIS et les SAMU sur la base de cette liste, en leur demandant d'indiquer si chaque point était appliqué ou pas.

[1270] La liste compte 161 items, cités dans leur ordre d'apparition dans le référentiel (à une exception près, un élément figurant dans une annexe ayant été positionné dans la liste juste après les items du corps du référentiel auxquels se rattache l'annexe).

[1271] En face de chaque item est mentionnée la page correspondante du référentiel, afin de permettre un retour au texte du référentiel si nécessaire pour bien comprendre la question.

1.2 Forme des réponses

[1272] Les réponses demandées étaient binaires (« oui » ou « non »). Le questionnaire comprenait en outre une colonne dans laquelle les services répondants pouvaient, dans le cas où un point du référentiel n'était pas appliqué à la date de la réponse, préciser un calendrier prévisionnel de mise en œuvre le cas échéant. De nombreux services ont utilisé cette colonne de façon plus large pour commenter leurs réponses, notamment lorsqu'elles n'étaient ni « oui », ni « non ».

1.3 Services ayant répondu

[1273] 75 SIS ont répondu à ce volet du questionnaire, couvrant 78 départements. Toutes les réponses ont pu être prises en compte, sauf une en raison de son caractère trop incomplet.

[1274] 61 SAMU ont également répondu (directement ou par l'intermédiaire de leur établissement de rattachement), couvrant tout ou partie (Loire) des 63 départements listés dans le tableau de la page suivante.

Tableau 11 : SIS et SAMU ayant renseigné la grille d'évaluation de la mission

Département	SIS	SAMU	Département	SIS	SAMU	Département	SIS	SAMU
Ain	X	X	Hérault	X	X	Haut-Rhin	X	X
Aisne	X	X	Ille-et-Vilaine	X	X	Rhône	X	
Allier	X	X	Indre	X	X	Haute-Saône	X	SAMU 25
Alpes-de-Haute-Provence	X		Indre-et-Loire	X		Saône-et-Loire	X	X
Hautes-Alpes	X		Isère	X	X	Sarthe		
Alpes-Maritimes	X	X	Jura	X	SAMU 25	Savoie	X	X
Ardèche	X		Landes		X	Haute-Savoie	X	X
Ardennes	X		Loir-et-Cher	X		Paris	X	X
Ariège	X	X	Loire		SAMU 42B	Seine-Maritime	X	SAMU 76A&B
Aube	X	X	Haute-Loire	X		Seine-et-Marne		
Aude	X		Loire-Atlantique	X	X	Yvelines	X	X
Aveyron			Loiret	X	X	Deux-Sèvres	X	
Bouches-du-Rhône			Lot	X	X	Somme	X	
Calvados	X		Lot-et-Garonne	X	X	Tarn	X	X
Cantal			Lozère	X		Tarn-et-Garonne	X	
Charente	X	X	Maine-et-Loire		X	Var		X
Charente-Maritime	X		Manche	X	X	Vaucluse		X
Cher	X	X	Marne	X	X	Vendée		
Corrèze	X		Haute-Marne			Vienne	X	X
Corse-du-Sud	X		Mayenne	X	X	Haute-Vienne	X	
Haute-Corse			Meurthe-et-Moselle	X	X	Vosges	X	
Côte-d'Or	X	X	Meuse		X	Yonne	X	
Côtes-d'Armor	X	X	Morbihan		X	Territ. de Belfort	X	X
Creuse	X	X	Moselle		X	Essonne	X	
Dordogne	X	X	Nièvre	X	X	Hauts-de-Seine	BSPP	
Doubs	X	X	Nord	X	X	Seine-Saint-Denis	BSPP	
Drôme		X	Oise	X	X	Val-de-Marne	BSPP	
Eure	X		Orne	X	X	Val-d'Oise	X	X
Eure-et-Loir	X	X	Pas-de-Calais		X	Guadeloupe	X	
Finistère			Puy-de-Dôme	X	X	Martinique	X	
Gard	X	X	Pyrénées Atlantiques	X	SAMU 64A&B	Guyane	X	
Haute-Garonne	X	X	Hautes-Pyrénées		X	Réunion		X
Gers		X	Pyrénées-Orientales	X	X	Mayotte	X	
Gironde	X		Bas-Rhin					

[1275] Ainsi, la mission dispose des réponses des deux familles de services (SIS et SAMU) pour près d'un département sur deux (48). Cette base commune est complétée par les réponses de l'un des services dans 43 départements (30 côté SIS et 13 côté SAMU). Dans 10 départements, la grille d'évaluation n'a pas été renseignée, ni par les SIS, ni par les SAMU.

1.4 Exploitation des données

1.4.1 Comptabilisation des réponses positives

[1276] Par convention, la méthode d'agrégation compte comme positives les seules réponses « oui ».

[1277] Lorsqu'un service estime qu'un point du référentiel est mis en œuvre de manière asymétrique (par le SIS mais pas par le SAMU ou l'inverse), il arrive qu'il réponde « oui/non ». Il en va de même lorsque le respect d'un point n'est pas systématique. Toutefois, cette codification n'est pas homogène entre les services, certains répondant « non » dans l'un ou l'autre cas, ou « oui » avec un commentaire.

[1278] Dans toutes ces configurations, faute d'un entretien approfondi avec les services, la mission s'en tient au seul enseignement sûr fourni par la réponse, à savoir que le point en cause n'est pas appliqué (complètement ou partiellement).

[1279] Ainsi, par convention, les réponses « non », « oui / non », « sans objet », « non applicable » et les non réponses similaires sont globalisées comme des réponses négatives.

[1280] Il en résulte une vision stricte de l'application du référentiel, dans laquelle ne sont considérés comme mis en œuvre que les points déclarés comme tels sans restriction par les services répondants.

1.4.2 Items relevant davantage d'un service que de l'autre

[1281] Certains items concernent la vie interne de l'un des services (SIS ou SAMU) ou sa responsabilité propre. Pour ces questions, ce sont en priorité les réponses des services correspondants qui sont prises en compte dans l'analyse.

[1282] Lorsque, de surcroît, le taux de non réponse est élevé de la part de l'autre famille de services sur l'item considéré, seules sont prises en considération les réponses des services concernés par la question.

[1283] Les 28 items considérés comme relevant principalement ou exclusivement des SIS sont les suivants :

- l'équipement matériel des VSAV (n° 35 et 36) ;
- la composition des équipes secouristes des VSAV (n° 38) ;
- le renseignement systématique de la fiche bilan, sa signature par le chef d'agrès, sa remise à la structure d'accueil et la conservation d'un double par le SSSM (n° 53 à 55). Sur ce dernier point, 8% des SAMU répondants ne se prononcent pas, faute d'information ;
- la priorité de l'employeur durant le temps de travail de l'infirmier sapeur-pompier volontaire (n° 65), avec 25% de non réponses de la part des SAMU répondants ;
- l'existence d'une convention entre l'établissement de santé et le SIS sur la disponibilité des sapeurs-pompiers volontaires hospitaliers infirmiers (n° 66) et médecins (n° 87) pour les activités opérationnelles et la formation professionnelle, avec 17% de non réponses de la part des SAMU ;

- l'intégration dans le SDACR d'une cartographie des moyens médicaux et paramédicaux (n 69), avec 18% de non réponses de la part des SAMU ;
- l'insertion d'une cartographie des véhicules légers médicalisés dans le SDACR et l'information du SAMU sur le sujet (n° 82). En dépit de la deuxième partie de la recommandation du référentiel (information du SAMU), 15% des SAMU ayant renseigné la grille d'évaluation de la mission laissent cet item sans réponse ;
- les protocoles de soins d'urgence mis en place pour les infirmiers sapeurs-pompiers habilités (n° 113 à 129). Sur ces 17 items, seuls 4 SAMU sur les 61 (7%) ayant renseigné la grille d'évaluation n'apportent pas de réponse. La perception de ces protocoles de soins d'urgence par les SAMU peut donc être prise en compte comme éclairage complémentaire de cette question par rapport à celui fourni par les SIS.

[1284] Trois items relèvent conjointement des SIS et des ARS, ce qui induit un taux de non réponse élevé de la part des SAMU (15% pour les deux premiers, 20% pour le troisième) : la mise en cohérence entre le SROS et le SDACR, dans des conditions soumises au CODAMUPS-TS (n° 70), la concertation entre l'ARS et le SIS sur la définition des zones et l'identification des médecins (n° 77) et l'intégration de courbes isochrones dans les documents de mise en cohérence du SDACR et du SROS (n° 95).

[1285] Inversement, les 16 items suivants relèvent principalement ou exclusivement des SAMU :

- le transfert systématique de l'appel au médecin régulateur après engagement réflexe (n° 26), marqué par 14% de non réponses côté SIS ;
- le contenu de la régulation médicale (dialogue singulier avec le patient ou un témoin, vérification de la disponibilité de la permanence des soins) (n° 31 et 32). 30% des SIS répondants n'ont pas de visibilité sur le premier point et 46% sur le second ;
- le recrutement, l'emploi et la formation des médecins correspondants de SAMU (n° 75, 76, 78, 79), ainsi que le compte-rendu annuel de cette politique devant le CODAMUPS-TS (n° 81), avec 18% à 35% de non réponses sur ces points par les SIS ;
- la détermination de l'implantation des SMUR dans le SROS (n° 88), avec 19% de non réponse par les SIS ;
- le délai de décroché de l'appel du CRRA vers le CTA (n° 142), avec 12,5% de non réponses des SIS ;
- la durée de la recherche d'une destination (n° 143), avec la même proportion de non réponses des SIS ;
- les indicateurs hospitaliers (taux d'hospitalisation, taux d'admission secondaire en réanimation, durée d'hospitalisation, morbi-mortalité hospitalière, iatrogénie pré-hospitalière) (n° 150 à 154), avec 11% de non réponses des SIS s'agissant du taux d'hospitalisation et 15% pour les autres items.

[1286] Enfin, l'item relatif à l'annexion au volet « urgences » du SROS de la cartographie des moyens médicaux et paramédicaux (n° 68), est marqué par une part importante de non réponses de la part des deux services (13% des SAMU répondants et 15% des SIS), sans doute parce que ce sont les ARS qui sont en charge de l'élaboration des SROS. Il convient toutefois de noter que l'information serait accessible tant au SIS qu'au SAMU, le SROS étant un document public. Les non réponses peuvent être le signe d'un manque d'intérêt pour l'outil SROS de la part des services opérationnels.

[1287] Au total, sur 161 items, plus de 110 peuvent donner lieu à une analyse prenant en compte à égalité les réponses des SIS et des SAMU.

2 RESULTATS

[1288] Les résultats sont analysés en suivant la grille d'évaluation, elle-même calquée sur la trame du référentiel.

2.1 Le traitement de l'appel

[1289] Après un préambule et un rappel du cadre législatif et réglementaire, le titre I[er] du référentiel est consacré au « parcours de la personne en détresse », avec une première partie relative au traitement de l'appel.

2.1.1 Interconnexion des centres d'appels

2.1.1.1 Interconnexion informatique (items n° 1 à 7)

[1290] Le référentiel évoque deux modes d'interconnexion informatique, soit par un « *logiciel d'interconnexion commun* », soit par « *interfaçage entre les logiciels propres au CRRA et au CTA* »[213]. Sur les 13 SIS et les 15 SAMU qui déclarent travailler avec un logiciel d'interconnexion commun avec l'autre service, respectivement 85% et 100% (soit 11 et 15) répondent également positivement à la question sur l'interfaçage de logiciels propres.

[1291] Si l'on admet que les services qui ont répondu « oui » aux deux questions disposent d'un système d'information partagé entre SIS et SAMU et, qu'à l'inverse, ceux qui n'ont répondu « oui » qu'à la question sur l'interfaçage travaillent avec deux systèmes différents mais capables de communiquer entre eux, on peut estimer la part des logiciels d'interconnexion communs entre 18 et 25% (selon que l'on retient la source SIS ou SAMU) et la part des interfaces actives entre des systèmes d'information différents entre 28% et 32%, soit au total entre 46% et 57% des services capables de communiquer avec leur homologue départemental.

[1292] Les chiffres globaux sont affinés par les réponses sur les données clefs apparaissant simultanément sur les écrans du CRRA et du CTA lorsque les systèmes d'information communiquent entre eux en temps réel.

Tableau 12 : Données clefs de l'appel apparaissant simultanément sur les écrans du CRRA et du CTA lorsqu'ils sont interconnectés

	SIS		SAMU	
Nombre de services ayant un logiciel commun ou une interface	34	[redacted]	34	[redacted]
- Localisation et identification de l'appelant	26	76,5%	29	85,3%
- Nature de l'appel	28	82,4%	28	82,4%
- Localisation des moyens disponibles pour intervenir	11	32,4%	12	35,3%
- Suivi des interventions communes en cours	25	73,5%	25	73,5%
- Données opérationnelles (horaires, délais, géolocalisation)	21	61,8%	17	50,0%

N.B. : ne sont comptabilisées dans ce tableau que les données fournies par les SIS et les SAMU ayant déclaré avoir une interconnexion avec l'autre service (système partagé ou interface).
Sont en revanche neutralisées les réponses des SIS et SAMU ayant indiqué ne pas être interconnectés avec l'autre service mais ayant néanmoins répondu positivement sur l'un des items du tableau (SDIS 16, 68, 972, 973, 976 et SAMU 16, 64A, 64B, 68, 83, 974.

[213] Référentiel du 25 juin 2008. Titre Ier. II.A. Page 17.

[1293] Les données les plus fréquemment partagées sont celles relatives à la nature de l'appel (82,4% des cas), ainsi qu'à la localisation et à l'identification de l'appelant (entre 77 et 85% des cas). Viennent ensuite le suivi des interventions communes en cours (73,5%), puis les données opérationnelles et, loin derrière, la localisation des moyens disponibles pour intervenir, disponible dans seulement un tiers des services interconnectés. Ce dernier chiffre conduit à relativiser celui relatif aux échanges de données opérationnelles, horaires et délais étant plus souvent disponibles que des informations de géolocalisation.

[1294] Parmi les SIS et les SAMU qui indiquent ne pas disposer de système d'information interconnecté, quelques-uns évoquent néanmoins l'apparition simultanée de données clefs de l'appel sur les écrans du CRRA et du CTA[214]. Il s'agit notamment de la Charente, où les réponses du SIS et du SAMU sont convergentes (localisation et identification de l'appelant, nature de l'appel, suivi des interventions communes en cours).

2.1.1.2 Interconnexion radiophonique ou téléphonique (items n° 8 à 14)

[1295] Les fonctionnalités téléphoniques de base (bascule simple d'un appel vers l'autre centre, passage en conférence à trois) existent pratiquement partout dans les services ayant répondu. Seules exceptions, le SDIS de la Martinique indique que la bascule simple des appels ne sera possible qu'en 2015 et le SDIS des Vosges mentionne une impossibilité pour la conférence à trois.

[1296] Dans environ trois quarts des cas, des lignes téléphoniques dédiées ont été mises en place entre les centres d'appels du SAMU et du SDIS.

[1297] En ce qui concerne les moyens radio, le référentiel mise sur le déploiement du réseau ANTARES. Il en fait même un axe de progrès « stratégique ». Toutefois, ce déploiement n'est achevé que pour 66% des SIS et 61% des SAMU répondants.

[1298] Dans l'utilisation du réseau, une limitation signalée par les SDIS dans leurs réponses littérales et dans les entretiens de la mission est moins perceptible dans les réponses à l'item n° 13 de la grille d'évaluation : il s'agit des modalités de transmission et de réception des bilans radio. Il semble que les SAMU soient réticents à une utilisation large d'ANTARES pour le passage des bilans, contrairement aux SIS. Ces réserves n'entraînent toutefois qu'un écart de 8 points entre la part des SIS qui estiment que la fonctionnalité est utilisée (80% des SIS répondants) et celle des SAMU (87%).

[1299] En revanche, les services se rejoignent pour indiquer que la télétransmission de données est peu utilisée : à 20% selon les SAMU répondants, à moins de 14% selon les SIS.

2.1.2 Procédures d'interconnexion (items n° 15 à 18)

[1300] Les réponses relatives à la formalisation de procédures d'interconnexion sont assez convergentes :

- 72% de procédures écrites d'après les SAMU, 77% d'après les SIS ;
- 62% d'algorithmes communs pour la définition de la réponse d'après les SAMU, 66% d'après les SIS ;
- 87% de sites où il y a information opérationnelle mutuelle des deux services à chaque déclenchement d'une opération, d'après les SAMU, contre 62% d'après les SIS : apparaît sur ce critère une asymétrie d'appréciation, qui peut s'interpréter

[214] SIS de la Charente, du Haut-Rhin, de Martinique, de Guyane et de Mayotte. SAMU de la Charente, des Pyrénées-Atlantiques (Bayonne), du Haut-Rhin, du Var et de la Réunion.

dans un sens comme dans l'autre (suivant que chaque service répond pour ce qui concerne ses propres pratiques ou celles de l'autre service) ;

- 74% de sites où les deux services s'informent mutuellement lorsqu'ils alertent la police ou la gendarmerie, d'après les SAMU, contre 66% d'après les SIS.

[1301] Ces chiffres appellent deux observations. La première consiste, comme pour de précédents items, à lire les données en creux : environ le quart des SIS-SAMU n'ont à ce jour pas encore formalisé leurs procédures de manière écrite, en dépit des étapes d'approfondissement de leur relation et, notamment, de l'adoption du référentiel de 2008.

[1302] La seconde est une réserve sur le contenu et la portée des algorithmes communs : les réponses littérales de tous les acteurs (préfets, ARS, conseils généraux, SIS, SAMU) montrent qu'il y a encore souvent des divergences d'appréciation sur la réponse à donner à telle ou telle situation. Ceci incite à penser qu'il existe des marges de progrès à la fois dans la définition des algorithmes et dans leur mise en œuvre.

2.1.2.1 Départs réflexes (items n° 19 à 26)

[1303] L'application des dispositions relatives aux départs réflexes dépend du premier lieu de réception de l'appel.

[1304] Les départs réflexes paraissent bien entrés dans les pratiques des SIS, notamment le principe selon lequel le doute profite au patient. Toutefois, plusieurs SIS mettent en avant la nécessité de mieux circonscrire le critère de voie publique et lieu public (Indre-et-Loire, Mayenne, Saône-et-Loire…), ce qui explique un taux d'application de ce critère de moins de 80%.

[1305] Les SIS indiquent, à deux exceptions près (dont la BSPP), transférer systématiquement les appels au CRRA pour régulation après départ réflexe. Les SAMU qui répondent n'ont pas la même perception des conditions de sollicitation de la régulation médicale : trois quarts seulement ont l'impression d'être saisis régulièrement par les SIS en cas de départ réflexe.

[1306] Les SAMU ont moins intégré la notion de départ réflexe que les SIS : lorsque l'appel arrive en premier au CRRA, ils ne sont que 82% à répondre qu'ils déclenchent un départ réflexe dans les situations décrites dans l'annexe I, contre 92% des SIS répondants. 79% seulement utilisent l'engagement réflexe de moyens du SIS en cas de doute sur une urgence vitale. Ils sont encore plus réservés sur le critère de la voie publique ou du lieu public (64% disent le respecter).

2.1.2.2 Transferts d'appels (items n° 27 à 30)

[1307] Globalement, les services estiment qu'ils effectuent les transferts d'appels attendus d'eux : les SIS, à 100% pour les appels concernant la PDS et les appels vécus par l'appelant comme ayant un caractère d'urgence médicale, à 96% pour les appels relatif à l'aide médicale urgente ; les SAMU, à 93% pour les appels qu'ils reçoivent mais qui relèvent des missions propres des SIS.

[1308] En revanche, chacun est plus nuancé sur les pratiques de l'autre : suivant les types d'appels, 84% à 85% des SAMU répondants estiment être saisis par les SIS dans les conditions prévues ; 81% des SIS ont la même appréciation concernant le transfert d'appels relevant de leurs missions propres par les SAMU.

2.1.3 Régulation médicale (items n° 31 à 34)

[1309] 93% des SAMU répondants indiquent mettre en œuvre un dialogue singulier entre le médecin régulateur et l'appelant (ou un témoin). Parmi les quatre SAMU qui n'ont répondu pas « oui » à cette question, celui des Alpes-Maritimes précise qu'il réserve cette pratique aux cas où un tel dialogue aura une « valeur ajoutée ». Celui de Maine-et-Loire explique que le SIS ne lui passe pas toujours directement le témoin appelant, lorsque celui-ci a quitté les lieux.

[1310] La même proportion de SAMU assure vérifier la disponibilité de la PDS (lorsque c'est la réponse pertinente) avant de solliciter un transporteur sanitaire privé pour conduite du patient aux urgences.

[1311] 100% des SAMU répondants disent solliciter les moyens des SIS en cas d'indisponibilité des transporteurs sanitaires privés. La perception des SIS sur ce point est très proche (99%). Les proportions de réponses indiquant que ces missions par carences des transporteurs sanitaires privés sont rémunérées sont du même ordre (98% pour les SAMU, 93% pour les SIS).

2.2 La réponse adaptée selon la nature et le lieu d'arrivée de l'appel

2.2.1 Réponse secouriste (items n° 35 à 64)

[1312] La plupart des éléments de la réponse secouriste paraissent bien bordés :

- l'équipement des secouristes, les résultats un peu plus faibles enregistrés pour le matériel des sapeurs-pompiers sans VSAV étant dû en partie au fait que, dans certains départements, les interventions secouristes sont toujours associées à un VSAV (explication donnée par les SDIS du Lot et des Yvelines) ;
- la composition des équipes VSAV : un chef d'agrès et deux équipiers pour 100% des SIS répondants ;
- l'utilisation de la radio (81% des SIS et 90% des SAMU) et du téléphone (83% des SIS et 83% des SAMU) pour la transmission des bilans secouristes. Les limites d'utilisation de la radio ont été évoquées plus haut ;
- le contenu du bilan : sur les six éléments énumérés par le référentiel, quatre sont présents systématiquement dans les bilans d'après les SIS (éléments physiologiques recueillis, lésions traumatiques éventuellement retrouvées, le cas échéant, antécédents et traitements en cours, geste entrepris), un autre pour 99% des SIS répondants (motifs de recours) et le sixième dans 92% des SIS (description et évaluation de l'intensité de la douleur). L'appréciation des SAMU sur ces différents points est un peu inférieure, mais proche (de 98% pour les gestes entrepris et les lésions traumatiques éventuelles à 87% pour les aspects relatifs à la douleur) ;
- le contact impératif avec le CRRA en cas d'aggravation (93% des SIS et des SAMU) ;
- le renseignement de la fiche bilan, sa signature par le chef d'agrès (96%) et sa remise à la structure d'accueil (100%).

[1313] La prise en compte des demandes de relevage et de brancardage paraît se mettre en place :

- 95% des SIS répondants indiquent engager un moyen secouriste en cas d'appel pour un relevage (93% d'après les SAMU) ;

- 90% transmettent un bilan secouriste au médecin régulateur (85% d'après les SAMU), ce dernier décidant des suites à donner pour 94% de SIS répondants (88% des SAMU) ;
- 97% des SIS disent être sollicités par la régulation médicale pour des renforts de brancardage (95% d'après les SAMU).

[1314] Quelques points restent néanmoins à améliorer dans une proportion significative de SIS ou de SAMU :

- l'utilisation des bilans simplifiés dans les cas prévus à l'annexe II du référentiel : SIS et SAMU convergent pour reconnaître que ces **bilans simplifiés** ne sont **mis en place que dans la moitié des départements environ** (53% d'après les SIS, 57% d'après les SAMU). Le complément du bilan simplifié par un bilan complet en cas de doute ou de signe d'aggravation est inégalement mis en œuvre ;
- la recommandation de clôture des dossiers par information spécifique du CRRA n'est respectée que par 52% des SIS répondants (66% des SAMU) ;
- la justification médicale de l'envoi d'un VSAV hors de son secteur opérationnel n'est fournie qu'à 78% des SIS répondants (86% des SAMU indiquent apporter cette information) ;
- le lien avec les acteurs des prises en charge sociales et médico-sociales est insuffisamment établi : non seulement le signalement médico-social prévu en cas d'interventions répétées pour une même personne n'est effectué que par 78% des SIS et 75% des SAMU, mais surtout, **l'évaluation des interventions sociales du SIS et du SAMU en lien avec la DDCS ou l'ARS est rare** (19% des SIS et 17% des SAMU).

2.2.2 Infirmiers sapeurs-pompiers volontaires ou professionnels dans le cadre des secours et soins d'urgence (items n° 65 à 74)

[1315] L'analyse de la mise en œuvre de cette partie du référentiel révèle d'une part, une application encore très incomplète sur plusieurs points, d'autre part, des divergences de perception sensibles entre les SIS et les SAMU.

[1316] Sur deux items, le nombre de non réponses rendent les données issues des SAMU non utilisables. En revanche, les données des SIS montrent l'attention qu'ils accordent aux conditions d'emploi et d'exercice des infirmiers sapeurs-pompiers : 88% d'entre eux indiquent ainsi respecter la priorité de l'employeur durant le temps de travail de l'infirmier et 92% disent procéder à une évaluation pratique et théorique avant d'inscrire un infirmier sapeur-pompier dans la liste des personnels mobilisables dans le cadre de l'aide médicale urgente.

[1317] **Parmi les points peu mis en œuvre, on relève les items relatifs à l'organisation des relations institutionnelles, à la planification et à la programmation** :

- la conclusion d'une convention entre l'établissement de santé employeur et le SIS sur les modalités de disponibilité des infirmiers sapeurs-pompiers volontaires hospitaliers pour les activités opérationnelles et la formation professionnelle : seuls 36% des SIS répondants indiquent avoir passé une telle convention (26% des SAMU) ;
- l'identification des moyens des SIS et des structures de médecine d'urgence et le partage d'information sur ce sujet entre les services ne se pratiquent que dans 58% des SIS des SAMU ;
- l'intégration d'une cartographie n'est opérée que par 44% des SIS dans les SDACR et 42% des SAMU dans le volet « urgences » du SROS ;

- la mise en cohérence du SDACR et du SROS n'est considérée comme réalisée que par 15% des SIS et 33% des SAMU (avec un fort taux de non réponse pour ces derniers).

[1318] Parmi les **points de divergence** entre SIS et SAMU, les plus notables sont :

- la **notification immédiate au CRRA de tout engagement d'infirmier sapeur-pompier par le CTA**, considérée comme systématique par 91% des SIS répondants mais par 59% seulement des SAMU ;
- le **respect du décret d'actes par les protocoles infirmiers de soins d'urgence**, que 93% des SIS estiment assuré, contre 71% seulement des SAMU.

2.2.3 Réponse médicale (items n° 75 à 88)

[1319] Les réponses aux items relatifs aux médecins correspondants du SAMU (MCS) ne sont pas d'interprétation immédiate car les réponses négatives peuvent refléter soit la non application des dispositions du référentiel, soit l'absence de MCS.

[1320] Plusieurs SAMU indiquent explicitement qu'ils n'ont pas de médecins correspondants. Tel est le cas notamment de l'Ain, l'Aube, de la Charente, de la Dordogne, de l'Eure-et-Loir, de la Loire (SAMU de Roanne), de la Meurthe-et-Moselle, de la Nièvre, des Hautes-Pyrénées, de Paris, du Territoire de Belfort, du Val-d'Oise et de la Réunion. D'autres commencent tout juste à essayer de recruter, comme l'Allier, les Côtes-d'Armor, la Creuse, la Drôme, l'Ille-et-Vilaine, la Moselle, le Pas-de-Calais, la Saône-et-Loire et la Vienne, ou envisagent de le faire (Mayenne).

[1321] Le dispositif des médecins correspondants du SAMU apparaît ainsi encore peu développé. Des projets existent, mais rien ne dit à ce stade qu'ils pourront se concrétiser, plusieurs départements ayant rencontré une impossibilité de recrutement, faute de candidats (Ain, Hautes-Pyrénées, Val-d'Oise par exemple).

[1322] Les médecins sapeurs-pompiers sont plus nombreux. Certaines de leurs conditions d'emploi sont assez bien cadrées : la règle de leur engagement par le CTA, le cas échéant sur demande du CRRA, est reconnue par 85% des SIS et des SAMU ; lorsqu'un médecin sapeur-pompier intervient, la décision sur les suites de l'intervention est prise conjointement par le médecin régulateur et lui pour 86% des SIS et 91% des SAMU.

[1323] La divergence d'appréciation entre SIS et SAMU sur les médecins sapeurs-pompiers porte sur l'obligation d'information immédiate du CRRA en cas d'engagement, considérée comme respectée par 90% des SIS mais seulement 67% des SAMU.

[1324] L'intégration au SDACR d'une cartographie des VLM et le fait de la porter à la connaissance du SAMU sont peu appliqués : seulement la moitié des SIS disent remplir cette obligation et 44% des SAMU partagent cette perception.

[1325] **Les échanges sur le sujet des médecins** (MCS et médecins sapeurs-pompiers) **entre l'ARS et le SIS, ainsi qu'entre le SAMU ou son établissement de rattachement et le SIS sont limités** :

- la concertation prévue par le référentiel entre ARS et SIS en vue de la définition de zones et de l'identification des médecins n'est engagée que pour 22% des SIS et 29% des SAMU ;
- l'information mutuelle du SAMU et du SIS sur la liste des médecins correspondants du SAMU et la liste des médecins sapeurs-pompiers n'existe que pour 26% des SIS et 30% des SAMU ;

- la signature d'une convention entre l'établissement de santé employeur et le SIS notamment sur les règles d'emploi des médecins sapeurs-pompiers volontaires n'est effective que pour 12% des SIS et 14% des SAMU.

[1326] Enfin, 100% des SAMU qui répondent sur cet item indiquent que l'implantation des SMUR est déterminée dans le SROS, comme prévu par le référentiel.

2.3 Démarche qualité (items n° 89 à 99)

[1327] Moins de 60% des SIS et 75% des SAMU affichent l'existence d'un comité de suivi départemental. Lorsqu'il existe, ce comité ne rend compte au CODAMUPS-TS que pour moins de la moitié des SIS et deux tiers des SAMU.

[1328] Les réunions trimestrielles d'analyse des tableaux de bord et des événements indésirables prévues par le référentiel ne sont organisées que pour 58% des SIS et 56% des SAMU.

[1329] Plusieurs items de la démarche qualité apparaissent comme appliqués par environ le quart ou le tiers des SIS répondants et 40% des SAMU. Tel est le cas pour les évaluations de plates-formes (26% des SIS et 36% des SAMU), celles des moyens d'intervention (28% des SIS et 43% des SAMU), l'intégration des courbes isochrones dans les documents de mise en cohérence des SDACR et des SROS (29% environ des SIS et 41% des SAMU) ou encore pour la mise en place d'un recueil de données qualitatives (29% des SIS et 43% des SAMU).

[1330] La fixation d'objectifs de délais d'intervention en fonction du degré et de la gravité de l'urgence ne se pratique que pour 19% des SIS répondants et pour 54%des SAMU, sans qu'il soit possible de savoir si la réponse des SIS caractérise leur propre pratique ou celle qu'ils perçoivent de la part des SAMU.

[1331] Inversement, 74% des SIS calculent des délais moyens d'intervention, contre seulement 45% des SAMU.

[1332] Le degré de mise en œuvre d'autres items paraît comparable entre les deux réseaux : relevés d'activité systématiques (72% des SIS et 78% des SAMU), réalisation d'études ponctuelles sous l'angle du service rendu (33% des SIS et 37% des SAMU).

[1333] Les réponses au questionnaire sur les items des quatre paragraphes qui précèdent sont néanmoins fragiles, les préconisations du référentiel pouvant être interprétées de manière plus ou moins rigoureuse et le contenu qui leur est donné, être plus ou moins fouillé.

2.4 Financement

2.4.1 Appuis logistiques (item n° 100)

[1334] Le sujet des conventions d'appui logistique entre SIS et SAMU est complexe à analyser car il est double : la première question qui se pose est celle de la réalisation, ou non, de prestations par le SIS au bénéfice des SMUR du département. Dans l'affirmative, une seconde question se pose, relative à la rémunération de ces prestations. La grille d'évaluation ne comprenant qu'un item sur les appuis logistiques, les réponses sont difficiles à interpréter. Pour autant, le sujet paraît donner lieu à des appréciations assez divergentes et à des situations locales parfois délicates.

[1335] 55% des SIS et 30% des SAMU qui répondent sur l'item relatif à une convention d'appui logistique avec le SAMU mentionnent l'existence d'une telle convention. Le SAMU de Meurthe-et-Moselle précise qu'une convention est en cours d'élaboration, prête à être signée.

[1336] Trois SIS (Indre, Yonne, Val-d'Oise) et huit SAMU (Charente, Côte-d'Or, Ille-et-Vilaine, Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Yvelines, Territoire-de-Belfort, Val-d'Oise) indiquent que la question est sans objet.

[1337] Pour d'autres, le sujet paraît plus compliqué : traitement par une délibération du conseil d'administration du SDIS à défaut d'une convention (Haute-Garonne), conflit avec l'ARS (Jura), réalisation de prestations sans convention (Allier). En Côte-d'Or, le SDIS fait état d'un refus de la part des acteurs Santé pour des raisons de financement, alors que le SAMU, de son côté, répond que la question est sans objet.

2.4.2 Interventions par indisponibilité des transporteurs sanitaires privés (item n° 101)

[1338] 81% des SIS répondants et 79% des SAMU font état d'une convention entre l'établissement de santé et le SIS **pour la prise en charge financière des carences ambulancières**. Ces chiffres peuvent aussi se lire en creux : **environ 20% des départements ne disposent pas encore de** telles **conventions**, six ans après l'adoption du référentiel.

[1339] Parmi les réponses commentées, le SAMU de Haute-Garonne précise que cette convention n'est pas encore signée à ce jour. Le SAMU du Pas-de-Calais répond que la situation se règle par un bilan annuel contradictoire entre les deux services, sans avis du CODAMUPS-TS. La BSPP signale qu'une telle convention est envisagée en 2014 dans le cadre de ses relations avec l'AP-HP. Le SDIS de Dordogne indique que, pour lui, la question est sans objet car il ne fait qu'appliquer les termes de l'arrêté ministériel de tarification. Enfin, un SAMU estime « scandaleux » de financer les SIS par la voie des carences ambulancières.

2.4.3 Relevages et brancardages (item n° 102)

[1340] En dépit du fort accroissement des interventions de relevage et de brancardage, sources de difficultés opérationnelles surtout pour les SIS, ces sujets ne font que rarement l'objet d'un suivi annuel avec les représentants de l'Etat : un bilan annuel n'est présenté en CODAMUPS-TS que pour 17% des SIS et 30% des SAMU.

2.5 Dispositions diverses (items n° 103 à 106)

[1341] Les réponses des SIS et des SAMU sont assez convergentes s'agissant du principe d'information mutuelle lorsque l'un d'eux porte une intervention à la connaissance des services de police : 55% des SIS et 62% des SAMU indiquent respecter cette règle.

[1342] Les SAMU évoquent plus spontanément que les SIS (38% contre 23%) des réunions de concertation, sous l'autorité du préfet, avec les services de la police et de la justice. Dans les deux cas toutefois, les départements où de telles réunions sont organisées sont nettement minoritaires.

[1343] Enfin, l'une des dispositions les moins appliquées du référentiel est celle sur les expérimentations de plates-formes télé-médico-sociales et sanitaires, lancées d'après seulement 8% des SIS et 10% des SAMU.

2.6 Refus d'évacuation (annexe V) (items n°107 à 112)

[1344] La procédure en cas de refus d'évacuation paraît dans l'ensemble bien respectée.

[1345] 99% des SIS indiquent transmettre un bilan au SAMU, le chiffre fourni par les SAMU étant un peu inférieur (93%). Les SAMU semblent organiser plus systématiquement un entretien téléphonique entre le médecin régulateur et la personne refusant l'évacuation (93%, contre 85% des SIS).

[1346] 100% des SIS et 98% des SAMU déclarent qu'en cas de maintien du refus, le formulaire *ad hoc* est renseigné. 100% des SIS et 97% des SAMU veillent à recueillir la signature du patient, si possible avec celle de témoins de surcroît (84% des SIS et 88% des SAMU).

[1347] Enfin, 89% des SIS et 95% des SAMU pensent à proposer une hospitalisation sans consentement si ce type de réponse paraît adapté à la situation.

2.7 Mise en place de protocoles de soins d'urgence pour les infirmiers sapeurs-pompiers habilités (annexe VI) (items n° 113 à 129)

[1348] L'annexe VI du référentiel dresse une liste indicative de protocoles infirmiers de soins d'urgence susceptibles d'être mis en place par les SIS pour les infirmiers formés et habilités à leur utilisation.

[1349] En dépit de l'échec des discussions du groupe d'experts issus des services de médecine d'urgence et des services d'incendie et de secours, qui auraient dû aboutir à la présentation de projets de protocoles nationaux à la Haute autorité de santé et à la validation de ces projets par cette dernière, de nombreux départements ont mis en place des protocoles sur tout ou partie des sujets évoqués par l'annexe VI du protocole.

[1350] Parmi les SIS répondants, six ne disposent pas de tels protocoles car ils n'emploient pas leurs infirmiers pour des interventions de secours à personne et d'aide médicale urgente. Il s'agit de l'Aube (faute d'une pharmacie à usage intérieur au sein du SDIS), de l'Eure-et-Loir (engagement des infirmiers seulement dans le cadre du plan NOVI), de l'Orne (soutien sanitaire opérationnel, plan ORSEC, plan NOVI), du Territoire de Belfort (soutien sanitaire opérationnel) et de la Martinique (insuffisance des moyens du SDIS), ainsi que de Paris et de la petite couronne (la BSPP, riche en médecins, ne ressent pas le besoin de développer une capacité d'intervention paramédicale hors la présence d'un médecin).

[1351] Dans le département du Val-d'Oise, le SDIS répond avoir développé 16 des 17 protocoles envisageables mais ne pas mobiliser les infirmiers sapeurs-pompiers sur des interventions SAP-AMU par refus du SAMU.

[1352] 67 SIS[215], soit 92% de ceux qui ont répondu, ont développé un dispositif de protocolisation d'infirmiers sapeurs-pompiers : 13 d'entre eux ont mis en place les 17 protocoles envisagés par l'annexe VI, 17 disposent de 16 protocoles et 10 travaillent avec 15 protocoles.

[1353] Les trois protocoles les plus souvent mis en place sont ceux relatifs à l'arrêt cardio-respiratoire adulte, à l'hypoglycémie et à l'antalgie adulte (66 SIS chacun).

[215] Le SDIS de Haute-Loire n'est pas compté ici car, bien que sa réponse littérale indique qu'il a mis en place des protocoles infirmiers de soins d'urgence, il n'a pas renseigné la partie de la grille d'évaluation relative aux 17 protocoles envisagés dans l'annexe VI du référentiel.

[1354] A l'inverse, le protocole le moins souvent développé est, de loin, celui relatif à l'intoxication médicamenteuse volontaire adulte (21 SIS seulement). Il est suivi par le protocole relatif aux femmes en couche et aux accouchements inopinés (43 SIS) et celui relatif à la réaction anaphylactique sévère « enfant et nourrisson » (47 SIS). Chacun des onze autres protocoles est utilisé dans 71% à 88% des SIS ayant répondu (52 à 64 SIS).

2.8 Suivi d'indicateurs (items n° 130 à 161)

[1355] Comme pour la démarche qualité, le référentiel du 25 juin 2008 est volontariste en matière de suivi d'indicateurs. La grille d'évaluation de la mission en identifie 32.

[1356] **Les indicateurs suivis par presque tous les SIS et SAMU répondants (plus de 90%) sont peu nombreux** (4 sur 32, soit 13%) :

- bilan des appels reçus au CTA et au CRRA (92% des SIS et 97% des SAMU) ;
- nombre d'affaires médicales ou de secours à personne (96% et 95%) ;
- nombre de missions (97% et 98%) ;
- nombre d'interventions par indisponibilité des transporteurs sanitaires privés (91% des SIS et 100% des SAMU).

[1357] Ce suivi quasi-systématique appelle deux nuances : d'abord, il ne donne pas forcément lieu à consolidation départementale, régionale ou nationale à des fins de pilotage ; ensuite, il n'est pas en soi une garantie de convergence d'appréciation des deux services sur les sujets communs, comme en témoigne les difficultés de décompte des interventions suite à carence ambulancière.

[1358] Bien qu'un peu moins suivis, le motif et le lieu d'intervention sont des éléments consignés par 78% des SIS et des SAMU ayant répondu.

[1359] A l'opposé des indicateurs listés ci-dessus, environ **un tiers des indicateurs identifiés dans le référentiel est suivi par moins d'un tiers des services répondants** :

- certains se rapportent aux flux téléphoniques :
- délai de décroché ou de réponse à la radio lors d'un appel du chef d'agrès ou du SMUR en intervention (21% des SIS, 19% des SAMU) ;
- délai de décroché de l'appel du CTA vers le CRRA (27% des SIS et 33%des SAMU) ;
- délai de décroché de l'appel du CRRA vers le CTA (28% des SIS et 26% des SAMU) ;
- délai de transfert (un peu mieux suivi, par 37% des SIS et 35% des SAMU) ;
- d'autres ont trait au patient, au choix de la réponse et aux difficultés de mise en œuvre :
- morbidité lors de la prise en charge (13% des SIS, 31% des SAMU) ;
- adéquation entre gravité réelle et nature de l'effecteur lors du transport (24% des SIS, 27% des SAMU) ;
- durée de recherche de destination (9% des SIS, 21% des SAMU) ;
- d'autres, enfin, sont relatifs au devenir du patient (hospitalisation ou non et suites) : si 47% des SAMU disent suivre le taux d'hospitalisation des patients qu'ils prennent en charge, 23% des SIS déclarent faire de même et ces chiffres chutent fortement pour les indicateurs « aval », suivis uniquement par certains SAMU :
- taux d'admission secondaire en réanimation (21% des SAMU) ;
- durée d'hospitalisation (14% des SAMU) ;

- morbi-mortalité hospitalière (24% des SAMU) ;
- iatrogénie hospitalière (20% des SAMU).

[1360] Entre les indicateurs suivis presque partout et ceux qui le sont peu, les autres le sont moyennement et de façon inégale.

[1361] L'indicateur général relatif au nombre de victimes et de patients pris en charge par rapport à la population est suivi par 58% des SIS et 42% des SAMU répondants.

[1362] L'importance accordée par les sapeurs-pompiers à la rapidité de la réponse se traduit par une attention plus marquée portée aux indicateurs correspondants : délais de décroché des appels (69% des SIS, 62% des SAMU), durée moyenne de communication (53% des SIS, 49%des SAMU), délai de départ d'un effecteur (67% des SIS, 58% des SAMU), délai d'arrivée de l'effecteur sur les lieux (67% des SIS, 53% des SAMU), rapidité d'intervention (58% des SIS, 42% des SAMU), durée d'intervention (71% des SIS, 55% des SAMU).

[1363] SIS et de SAMU sont attentifs dans des proportions proches à la durée de transport (44%). Les SAMU suivent davantage les interventions non suivies de transport (68% des SIS, 75% des SAMU), ainsi que les interventions donnant lieu à évacuation ou transport non médicalisé (65% des SIS, 77% des SAMU).

[1364] Les SAMU sont plus sensibles que les SIS aux indicateurs propres à la prise en charge médicale : durée de la prise en charge (43% des SIS, 57% des SAMU), morbidité (13% des SIS et 31% des SAMU) et mortalité lors de la prise en charge (28% des SIS, 59% des SAMU), indicateurs relatifs aux suites hospitalières (*cf. supra*).

[1365] Enfin, l'emploi du défibrillateur externe automatisé intéresse nettement plus de SIS que de SAMU (86% contre 43%).

Tableau 13 : agrégation des réponses des SIS sur la grille de mise en œuvre du référentiel

N°	Item du référentiel	Page	Nb de non réponses	Taux de non reponses	Nb de réponses positives	Part de réponses positives dans les réponses (hors non réponses)	Observations
	INTERCONNEXION INFORMATIQUE CTA-CRRA	17					
1	Logiciel d'interconnexion commun au CTA et au CRRA	17	0	0,0%	13	17,6%	
2	Interfaçage des logiciels d'interconnexion du CTA et du CRRA	17	0	0,0%	32	43,2%	
	Apparition simultanée des données clefs de l'appel sur les écrans du CRRA et du CTA :	17					
3	- Localisation et identification de l'appelant	17	1	1,4%	30	41,1%	
4	- Nature de l'appel	17	1	1,4%	32	43,8%	
5	- Localisation des moyens disponibles pour intervenir	17	1	1,4%	13	17,8%	
6	- Suivi des interventions communes en cours	17	1	1,4%	28	38,4%	
7	- Données opérationnelles (horaires, délais, géolocalisation)	17	2	2,7%	22	30,6%	
	INTERCONNEXION RADIOPHONIQUE OU TELEPHONIQUE	17					
8	Possibilité de bascule simple d'un appel vers l'autre centre	17	0	0,0%	73	98,6%	
9	Possibilité de passage en conférence à trois	17	0	0,0%	73	98,6%	
10	Existence de lignes téléphoniques dédiées entre le CRRA et le CTA	17	0	0,0%	53	71,6%	
11	Achèvement du déploiement du réseau radio ANTARES	17	0	0,0%	49	66,2%	
12	Suivi et écoute conjointe des moyens engagés	17	0	0,0%	51	68,9%	
13	Transmission et réception des bilans par radio	17	1	1,4%	58	79,5%	
14	Télétransmission de données	17	1	1,4%	10	13,7%	
	PROCEDURES D'INTERCONNEXION						
15	Procédures écrites formalisées d'interconnexion entre le CRRA et le CTA	18	0	0,0%	57	77,0%	
16	Algorithmes communs pour la définition de la réponse	18	0	0,0%	49	66,2%	
17	Information opérationnelle mutuelle des deux services à chaque déclenchement d'une opération	18	0	0,0%	46	62,2%	
18	Information mutuelle des deux services en cas d'alerte par l'un d'eux des services de police ou de gendarmerie sur une opération de SAP	18	0	0,0%	49	66,2%	
	Pratique du départ réflexe (pour les appels arrivant au CTA) :	18					
19	- Dans les situations décrites à l'annexe I	18	1	1,4%	67	91,8%	
20	- En cas de doute sur une urgence vitale	18	0	0,0%	74	100,0%	
21	- Pour tout appel concernant la voie publique ou un lieu public	18	0	0,0%	57	77,0%	
22	Après départ réflexe, transfert systématique de l'appel au CRRA pour régulation médicale	18	0	0,0%	72	97,3%	
	Engagement réflexe de moyens du SIS (cas des appels arrivant au CRRA) :	18					
23	- Dans les situations décrites à l'annexe I	18	7	9,5%	47	70,1%	
24	- En cas de doute sur une urgence vitale	18	7	9,5%	49	73,1%	
25	- Pour tout appel concernant la voie publique ou un lieu public	18	7	9,5%	47	70,1%	
26	Après engagement réflexe, transfert systématique de l'appel au médecin régulateur	18	10	13,5%	54	84,4%	Question SAMU
27	Bascule simple du CTA vers le CRRA pour les appels concernant la PDS, les demandes de transports ambulanciers ou les demandes de renseignements ou de conseils médicaux	19	1	1,4%	73	100,0%	
28	Transmission immédiate de l'information du CTA vers le CRRA pour un appel concernant l'aide médicale urgente	19	1	1,4%	70	95,9%	
29	Bascule du CRRA vers le CTA pour les appels relevant des missions du SIS	19	5	6,8%	56	81,2%	
30	Transmission au CRRA de tout appel "vécu par l'appelant comme ayant un caractère d'urgence médicale"	20	1	1,4%	73	100,0%	

N°	Item du référentiel	Page	Nb de non réponses	Taux de non reponses	Nb de réponses positives	Part de réponses positives dans les réponses (hors non réponses)	Observations
31	Analyse médicale de l'appel par un dialogue singulier entre le médecin régulateur du SAMU et l'appelant ou, lorsque c'est impossible, un témoin	20	22	29,7%	46	88,5%	Question SAMU
32	Vérification préalable de la disponibilité de la PDS (lorsque c'est la réponse pertinente) avant sollicitation d'un transporteur sanitaire privé pour conduite aux urgences	20	35	47,3%	29	74,4%	Question SAMU
33	Sollicitation des moyens des SIS en cas d'indisponibilité des transporteurs sanitaires privés	21	1	1,4%	72	98,6%	
34	Rémunération des SIS pour les missions effectuées sur carence des transporteurs sanitaires privés	21	0	0,0%	69	93,2%	
	REPONSE SECOURISTE	22					
	Equipement des secouristes sapeurs-pompiers sans VSAV avec du matériel de réanimation et un défibrillateur externe automatisé :	22					
35	- avec du matériel de réanimation et un défibrillateur externe automatisé	22	1	1,4%	64	87,7%	Question SIS
36	- avec des moyens d'alerte et de communication	22	1	1,4%	69	94,5%	Question SIS
37	Equipement des VSAV avec des moyens de communication le mettant en relation simultanément avec le CTA et le CRRA	22	0	0,0%	69	93,2%	
38	Composition systématique des équipes VSAV avec un chef d'agrès et deux équipiers	22	0	0,0%	74	100,0%	Question SIS
	Transmission du bilan secouriste au CTA et au CRRA dans les meilleurs délais :	23					
39	- par radio	23	0	0,0%	60	81,1%	
40	- par téléphone	23	2	2,7%	60	83,3%	
	Contenu du bilan :	23					
41	- Motif de recours, plaintes de la victime et circonstances de l'intervention	23	2	2,7%	71	98,6%	
42	- Eléments physiologiques recueillis	23	0	0,0%	74	100,0%	
43	- Description et évaluation de l'intensité de la douleur	23	1	1,4%	67	91,8%	
44	- Lésions traumatiques éventuellement retrouvées	23	1	1,4%	73	100,0%	
45	- Le cas échéant, antécédents et traitement en cours	23	0	0,0%	74	100,0%	
46	- Gestes entrepris	23	0	0,0%	74	100,0%	
47	Transmission d'un bilan simplifié dans les cas prévus dans l'annexe II	23	0	0,0%	39	52,7%	
48	Complément du bilan simplifié par un bilan complet en cas de doute ou de signe d'aggravation	23	3	4,1%	47	66,2%	
49	Contact impératif avec le CRRA en cas d'aggravation	51	0	0,0%	69	93,2%	
50	Clôture du dossier par information spécifique du CRRA	23	8	10,8%	34	51,5%	
51	Transmission des demandes de renfort médical en situation d'urgence absolue par voie radio (SSU)	24	0	0,0%	53	71,6%	
52	Complément de la demande de renfort médical en situation d'urgence absolue par un bilan complet dans les meilleurs délais	24	0	0,0%	71	95,9%	
53	Renseignement systématique de la fiche bilan et signature par le chef d'agrès	24	0	0,0%	71	95,9%	Question SIS
54	Remise de la fiche bilan à la structure d'accueil	24	0	0,0%	74	100,0%	Question SIS
55	Conservation d'un double de la fiche bilan par le SSSM du SIS	24	1	1,4%	65	89,0%	Question SIS
56	Actualisation de la fiche bilan en cas d'événement nouveau en cours d'intervention	24	0	0,0%	72	97,3%	
57	A réception du bilan, définition des modalités ultérieures de prise en charge par le médecin régulateur	24	5	6,8%	67	97,1%	
58	Justification médicale de l'envoi d'un VSAV hors de son secteur opérationnel	24	2	2,7%	56	77,8%	
59	Engagement d'un moyen secouriste sur demande de relevage de personne	25	0	0,0%	70	94,6%	

N°	Item du référentiel	Page	Nb de non réponses	Taux de non reponses	Nb de réponses positives	Part de réponses positives dans les réponses (hors non réponses)	Observations
60	Réalisation d'un bilan secouriste et transmission au médecin régulateur sur intervention de relevage	25	1	1,4%	66	90,4%	
61	Décision par le médecin régulateur sur suites à donner après relevage	25	4	5,4%	66	94,3%	
62	Signalement médico-social en cas d'interventions répétées pour une même personne	25	2	2,7%	56	77,8%	
63	Evaluation régulière des interventions sociales par le SIS et le SAMU en lien avec la DDASS (DDCS ? ARS ?)	26	0	0,0%	14	18,9%	
64	Sollicitation du SIS par la régulation médicale pour renfort de brancardage	26	0	0,0%	72	97,3%	
	INFIRMIERS SAPEURS-POMPIERS VOLONTAIRES OU PROFESSIONNELS DANS LE CADRE DES SECOURS ET SOINS D'URGENCE	26			0		
65	Priorité de l'employeur durant le temps de travail de l'infirmier	27	2	2,7%	63	87,5%	Question SIS
66	Convention entre l'établissement de santé et le SIS notamment sur les modalités de la disponibilité des ISP volontaires hospitaliers pour les activités opérationnelles et la formation professionnelle	27	1	1,4%	26	35,6%	Question SIS
67	Identification des moyens des SIS et des structures de médecine d'urgence et partage de l'information sur ce sujet entre les services	28	1	1,4%	42	57,5%	
68	Cartographie annexée au volet "urgences" du SROS	28	11	14,9%	6	9,5%	Question ARS
69	Cartographie intégrée dans le SDACR	28	2	2,7%	32	44,4%	Question SIS
70	Mise en cohérence entre le SROS et le SDACR, dans des conditions soumises au CODAMUPS-TS, en articulation avec le réseau des urgences	28	1	1,4%	11	15,1%	Question SIS et ARS
71	Notification immédiate au CRRA de tout engagement d'ISP par le CTA	28	0	0,0%	67	90,5%	
72	Possibilité de demande par le CRRA au CTA de l'engagement d'un ISP dans le cadre de l'AMU	28	0	0,0%	64	86,5%	
73	Respect du décret d'actes par les protocoles	29	2	2,7%	67	93,1%	
74	Evaluation pratique et théorique préalable à l'inscription de l'ISP sur la liste départementale des infirmiers habilité à mettre en œuvre les protocoles de soins infirmiers	30	3	4,1%	65	91,5%	Question SIS
	REPONSE MEDICALE	30					
75	Recrutement de médecins correspondants du SAMU dans les zones isolées identifiées dans le SROS	31	17	23,0%	10	17,5%	Question SAMU
76	Dans le recrutement des médecins correspondants de SAMU, pas de sollicitation de médecins déjà sapeurs-pompiers volontaires, sauf en cas de nécessité	31	14	18,9%	16	26,7%	Question SAMU
77	Concertation entre l'ARS et le SIS sur la définition des zones et l'identification des médecins	31	6	8,1%	15	22,1%	Question SIS et ARS
78	Engagement opérationnel du MCS sur régulation du SAMU	31	24	32,4%	14	28,0%	Question SAMU
79	Formation du MCS à la médecine d'urgence	32	27	36,5%	9	19,1%	Question SAMU
80	Information mutuelle du SAMU et du SIS sur la liste des MCS et la liste des médecins sapeurs-pompiers	32	9	12,2%	17	26,2%	
81	Bilan annuel des MCS présenté en CODAMUPS-TS	32	15	20,3%	4	6,8%	Question SAMU
82	Cartographie des VLM précisée dans le SDACR et connue du SAMU	34	0	0,0%	38	51,4%	Question SIS
83	Engagement des MSP par le CTA, le cas échéant sur demande du CRRA	34	1	1,4%	62	84,9%	
84	Processus d'engagement inscrits dans le règlement opérationnel arrêté par le préfet	34	3	4,1%	43	60,6%	
85	Information immédiate du CRRA en cas d'engagement d'un MSP	34	1	1,4%	66	90,4%	
86	Définition conjointe des suites de l'intervention par le MSP et le médecin régulateur	34	3	4,1%	61	85,9%	

N°	Item du référentiel	Page	Nb de non réponses	Taux de non reponses	Nb de réponses positives	Part de réponses positives dans les réponses (hors non réponses)	Observations
87	Convention entre l'établissement de santé et le SIS notamment sur les règles d'emploi des MSPV hospitaliers	34	0	0,0%	9	12,2%	Question SIS
88	Implantation des SMUR déterminée dans le SROS	34	16	21,6%	56	96,6%	Question SAMU
	DEMARCHE QUALITE	38					
89	Comité de suivi départemental	38	0	0,0%	43	58,1%	
90	Réunions trimestrielles d'analyse des tableaux de bord et des événements indésirables	38	0	0,0%	43	58,1%	
91	Compte-rendu par le comité de suivi au CODAMUPS-TS	38	2	2,7%	18	25,0%	
92	Evaluation des plates-formes	39	4	5,4%	18	25,7%	
93	Evaluation des moyens d'intervention	39	2	2,7%	20	27,8%	
94	Fixation d'objectifs de délais d'intervention en fonction du degré et de la gravité de l'urgence	39	2	2,7%	14	19,4%	
95	Intégration de courbes isochrones dans les documents de mise en cohérence des SDACT et SROS	39	2	2,7%	21	29,2%	Question SIS et ARS
96	Recueil de données qualitatives	39	5	6,8%	20	29,0%	
97	Relevés d'activité systématiques quotidiens, hebdomadaires, mensuels et annuels	39	0	0,0%	53	71,6%	
98	Calcul de délais moyens d'intervention	39	0	0,0%	55	74,3%	
99	Etudes ponctuelles sous l'angle du service rendu	40	2	2,7%	24	33,3%	
	FINANCEMENT	41					
100	Convention entre l'établissement de santé et le SIS si le SMUR fonctionne avec un appui logistique permanent, saisonnier ou temporaire du SIS	42	0	0,0%	41	55,4%	
101	Convention entre l'établissement de santé et le SIS, avec avis préalable du CODAMUPS-TS, pour la prise en charge financière par l'établissement de santé des carences ambulancières	42	0	0,0%	60	81,1%	
102	Bilan au moins annuel des interventions de relevage et brancardage, présenté en CODAMUPS-TS	43	2	2,7%	12	16,7%	
	DIVERS	47					
103	Information mutuelle du CTA et du CRRA lorsque l'un d'eux informe les services de police sur une intervention	47	1	1,4%	40	54,8%	
104	Organisation de réunions de concertation, sous l'autorité du préfet de département, avec les services de la police et de la justice	47	3	4,1%	16	22,5%	
105	Sanction systématique des éventuels enregistrements et mises en ligne d'images par les intervenants	48	5	6,8%	36	52,2%	
106	Expérimentation de plates-formes télé médico-sociales et sanitaires	48	2	2,7%	6	8,3%	
	REFUS D'EVACUATION (annexe IV)	53					
107	Transmission systématique d'un bilan au SAMU	53	0	0,0%	73	98,6%	
108	Entretien téléphonique (lorsque c'est possible) entre le médecin régulateur et la personne refusant l'évacuation	53	0	0,0%	63	85,1%	
109	Si maintien du refus malgré la nécessité de soins ou d'une hospitalisation, renseignement d'un formulaire de refus de soins (décharge de responsabilité)	53	0	0,0%	74	100,0%	
110	Signature du patient	53	0	0,0%	74	100,0%	
111	Signature en outre de témoins	53	0	0,0%	62	83,8%	
112	Si adapté, proposition d'une hospitalisation sans consentement	53	2	2,7%	64	88,9%	

N°	Item du référentiel	Page	Nb de non réponses	Taux de non reponses	Nb de réponses positives	Part de réponses positives dans les réponses (hors non réponses)	Observations
	MISE EN PLACE DE PROTOCOLES DE SOINS D'URGENCES POUR LES INFIRMIERS SAPEURS-POMPIERS HABILITES (annexe VI)	56					
113	- Arrêt cardio-respiratoire "adulte"	56	2	2,7%	66	91,7%	Question SIS
114	- Arrêt cardio-respiratoire "enfant et nourrisson"	56	2	2,7%	59	81,9%	Question SIS
115	- Hémorragie sévère "adulte"	56	2	2,7%	63	87,5%	Question SIS
116	- Réaction anaphylactique sévère "adulte"	56	2	2,7%	59	81,9%	Question SIS
117	- Hypoglycémie	56	2	2,7%	66	91,7%	Question SIS
118	- Douleur thoracique non traumatique "adulte"	56	2	2,7%	52	72,2%	Question SIS
119	- Difficulté respiratoires "adulte"	56	1	1,4%	64	87,7%	Question SIS
120	- Difficultés respiratoires aiguës "enfant et nourrisson"	56	1	1,4%	57	78,1%	Question SIS
121	- Convulsions "enfant et nourrisson"	56	2	2,7%	55	76,4%	Question SIS
122	- Intoxication médicamenteuse volontaire "adulte"	56	3	4,1%	21	29,6%	Question SIS
123	- Brûlé	56	2	2,7%	58	80,6%	Question SIS
124	- Intoxication au CO et/ou aux fumées d'incendie	56	2	2,7%	56	77,8%	Question SIS
125	- Réaction anaphylactique sévère "enfant et nourrisson"	56	2	2,7%	47	65,3%	Question SIS
126	- Femme en couche / accouchement inopiné	56	2	2,7%	43	59,7%	Question SIS
127	- Antalgie "adulte"	56	2	2,7%	66	91,7%	Question SIS
128	- Antalgie "enfant et nourrisson"	56	2	2,7%	58	80,6%	Question SIS
129	- Convulsions "adulte"	56	2	2,7%	55	76,4%	Question SIS
	SUIVI D'INDICATEURS	57					
130	- Bilan des appels reçus au CTA et au CRRA	57	0	0,0%	68	91,9%	
131	- Nombre d'affaires médicales ou de secours à personne	57	0	0,0%	71	95,9%	
132	- Nombre de missions	57	0	0,0%	72	97,3%	
133	- Cas particuliers, dont le nombre d'interventions par indisponibilité de transporteurs sanitaires privés	57	0	0,0%	67	90,5%	
134	- Délais de décroché de l'appel du public au CTA, au CRRA	58	1	1,4%	50	68,5%	
135	- Délai de transfert	58	1	1,4%	27	37,0%	
136	- Durée moyenne de communication	58	1	1,4%	39	53,4%	
137	- Délai de départ d'un effecteur	58	2	2,7%	48	66,7%	
138	- Délai d'arrivée de l'effecteur sur les lieux	58	2	2,7%	48	66,7%	
139	- Rapidité d'intervention	58	2	2,7%	42	58,3%	
140	- Délai de décroché ou de réponse à la radio de 'appel du chef d'agrès SP ou du SMUR en intervention au CTA et/ou au CRRA	58	1	1,4%	15	20,5%	
141	- Délai du décroché de l'appel du CTA vers le CRRA	58	1	1,4%	20	27,4%	
142	- Délai de décroché de l'appel du CRRA vers le CTA	58	10	13,5%	18	28,1%	Question SAMU
143	- Durée de recherche de destination	58	9	12,2%	6	9,2%	Question SAMU
144	- Durée de l'évacuation, du transport	59	4	5,4%	31	44,3%	
145	- Durée de la prise en charge	59	2	2,7%	31	43,1%	
146	- Durée d'intervention	59	1	1,4%	52	71,2%	
147	- Morbidité lors de la prise en charge	59	6	8,1%	9	13,2%	
148	- Mortalité lors de la prise en charge	59	7	9,5%	19	28,4%	
149	- Adéquation entre gravité réelle et nature de l'effecteur lors du transport	59	4	5,4%	17	24,3%	
150	- Taux d'hospitalisation et de non hospitalisation	59	8	10,8%	15	22,7%	Question SAMU
151	- Taux d'admission secondaire en réanimation	59	11	14,9%	1	1,6%	Question SAMU
152	- Durée d'hospitalisation	59	11	14,9%	1	1,6%	Question SAMU
153	- Morbi-mortalité hospitalière	59	11	14,9%	2	3,2%	Question SAMU
154	- Iatrogénie pré-hospitalière	59	11	14,9%	2	3,2%	Question SAMU

N°	Item du référentiel	Page	Nb de non réponses	Taux de non reponses	Nb de réponses positives	Part de réponses positives dans les réponses (hors non réponses)	Observations
155	- Motifs d'intervention	60	3	4,1%	55	77,5%	
156	- Lieu d'intervention	60	3	4,1%	55	77,5%	
157	- Interventions non suivies de transport	60	3	4,1%	48	67,6%	
158	- Interventions suivies d'une évacuation ou d'un transport non médicalisé	60	3	4,1%	46	64,8%	
159	- Nombre de victimes et de patients pris en charge par rapport à la population	60	2	2,7%	42	58,3%	
160	- Emploi du défibrillateur externe automatisé	60	1	1,4%	63	86,3%	
161	Respect du calendrier prévisionnel de déploiement du réseau Antarès	et sui	1	1,4%	49	67,1%	

Tableau 14 : agrégation des réponses des SAMU sur la grille de mise en œuvre du référentiel

N°	Item du référentiel	Page	Nb de non réponses	Taux de non réponses	Nb de réponses positives	Part des réponses positives dans les réponses	Observations
	INTERCONNEXION INFORMATIQUE CTA-CRRA	17					
1	Logiciel d'interconnexion commun au CTA et au CRRA	17	1	1,6%	15	25,0%	
2	Interfaçage des logiciels d'interconnexion du CTA et du CRRA	17	1	1,6%	34	56,7%	
	Apparition simultanée des données clefs de l'appel sur les écrans du CRRA et du CTA :	17					
3	- Localisation et identification de l'appelant	17	1	1,6%	32	53,3%	
4	- Nature de l'appel	17	2	3,3%	31	52,5%	
5	- Localisation des moyens disponibles pour intervenir	17	1	1,6%	12	20,0%	
6	- Suivi des interventions communes en cours	17	1	1,6%	29	48,3%	
7	- Données opérationnelles (horaires, délais, géolocalisation)	17	1	1,6%	20	33,3%	
	INTERCONNEXION RADIOPHONIQUE OU TELEPHONIQUE	17					
8	Possibilité de bascule simple d'un appel vers l'autre centre	17	0	0,0%	61	100,0%	
9	Possibilité de passage en conférence à trois	17	0	0,0%	61	100,0%	
10	Existence de lignes téléphoniques dédiées entre le CRRA et le CTA	17	0	0,0%	47	77,0%	
11	Achèvement du déploiement du réseau radio ANTARES	17	0	0,0%	37	60,7%	
12	Suivi et écoute conjointe des moyens engagés	17	0	0,0%	46	75,4%	
13	Transmission et réception des bilans par radio	17	0	0,0%	53	86,9%	
14	Télétransmission de données	17	0	0,0%	12	19,7%	
	PROCEDURES D'INTERCONNEXION						
15	Procédures écrites formalisées d'interconnexion entre le CRRA et le CTA	18	0	0,0%	44	72,1%	
16	Algorithmes communs pour la définition de la réponse	18	0	0,0%	38	62,3%	
17	Information opérationnelle mutuelle des deux services à chaque déclenchement d'une opération	18	0	0,0%	53	86,9%	
18	Information mutuelle des deux services en cas d'alerte par l'un d'eux des services de police ou de gendarmerie sur une opération de SAP	18	0	0,0%	45	73,8%	
	Pratique du départ réflexe (pour les appels arrivant au CTA) :	18					
19	- Dans les situations décrites à l'annexe I	18	1	1,6%	55	91,7%	
20	- En cas de doute sur une urgence vitale	18	1	1,6%	56	93,3%	
21	- Pour tout appel concernant la voie publique ou un lieu public	18	1	1,6%	36	60,0%	
22	Après départ réflexe, transfert systématique de l'appel au CRRA pour régulation médicale	18	2	3,3%	45	76,3%	
	Engagement réflexe de moyens du SIS (cas des appels arrivant au CRRA) :	18					
23	- Dans les situations décrites à l'annexe I	18	1	1,6%	49	81,7%	
24	- En cas de doute sur une urgence vitale	18	0	0,0%	48	78,7%	
25	- Pour tout appel concernant la voie publique ou un lieu public	18	0	0,0%	39	63,9%	
26	Après engagement réflexe, transfert systématique de l'appel au médecin régulateur	18	0	0,0%	55	90,2%	Question SAMU
27	Bascule simple du CTA vers le CRRA pour les appels concernant la PDS, les demandes de transports ambulanciers ou les demandes de renseignements ou de conseils médicaux	19	0	0,0%	51	83,6%	
28	Transmission immédiate de l'information du CTA vers le CRRA pour un appel concernant l'aide médicale urgente	19	0	0,0%	52	85,2%	
29	Bascule du CRRA vers le CTA pour les appels relevant des missions du SIS	19	1	1,6%	56	93,3%	
30	Transmission au CRRA de tout appel "vécu par l'appelant comme ayant un caractère d'urgence médicale"	20	0	0,0%	51	83,6%	

N°	Item du référentiel	Page	Nb de non réponses	Taux de non réponses	Nb de réponses positives	Part des réponses positives dans les réponses	Observations
31	Analyse médicale de l'appel par un dialogue singulier entre le médecin régulateur du SAMU et l'appelant ou, lorsque c'est impossible, un témoin	20	0	0,0%	57	93,4%	Question SAMU
32	Vérification préalable de la disponibilité de la PDS (lorsque c'est la réponse pertinente) avant sollicitation d'un transporteur sanitaire privé pour conduite aux urgences	20	0	0,0%	57	93,4%	Question SAMU
33	Sollicitation des moyens des SIS en cas d'indisponibilité des transporteurs sanitaires privés	21	0	0,0%	61	100,0%	
34	Rémunération des SIS pour les missions effectuées sur carence des transporteurs sanitaires privés	21	1	1,6%	59	98,3%	
	REPONSE SECOURISTE	22					
	Equipement des secouristes sapeurs-pompiers sans VSAV avec du matériel de réanimation et un défibrillateur externe automatisé :	22					
35	- avec du matériel de réanimation et un défibrillateur externe automatisé	22	5	8,2%	40	71,4%	Question SIS
36	- avec des moyens d'alerte et de communication	22	3	4,9%	44	75,9%	Question SIS
37	Equipement des VSAV avec des moyens de communication le mettant en relation simultanément avec le CTA et le CRRA	22	1	1,6%	51	85,0%	
38	Composition systématique des équipes VSAV avec un chef d'agrès et deux équipiers	22	5	8,2%	48	85,7%	Question SIS
	Transmission du bilan secouriste au CTA et au CRRA dans les meilleurs délais :	23					
39	- par radio	23	2	3,3%	53	89,8%	
40	- par téléphone	23	3	4,9%	48	82,8%	
	Contenu du bilan :	23					
41	- Motif de recours, plaintes de la victime et circonstances de l'intervention	23	1	1,6%	58	96,7%	
42	- Eléments physiologiques recueillis	23	1	1,6%	57	95,0%	
43	- Description et évaluation de l'intensité de la douleur	23	1	1,6%	52	86,7%	
44	- Lésions traumatiques éventuellement retrouvées	23	1	1,6%	59	98,3%	
45	- Le cas échéant, antécédents et traitement en cours	23	1	1,6%	57	95,0%	
46	- Gestes entrepris	23	1	1,6%	59	98,3%	
47	Transmission d'un bilan simplifié dans les cas prévus dans l'annexe II	23	1	1,6%	34	56,7%	
48	Complément du bilan simplifié par un bilan complet en cas de doute ou de signe d'aggravation	23	2	3,3%	43	72,9%	
49	Contact impératif avec le CRRA en cas d'aggravation	51	1	1,6%	56	93,3%	
50	Clôture du dossier par information spécifique du CRRA	23	6	9,8%	36	65,5%	
51	Transmission des demandes de renfort médical en situation d'urgence absolue par voie radio (SSU)	24	1	1,6%	51	85,0%	
52	Complément de la demande de renfort médical en situation d'urgence absolue par un bilan complet dans les meilleurs délais	24	2	3,3%	55	93,2%	
53	Renseignement systématique de la fiche bilan et signature par le chef d'agrès	24	4	6,6%	54	94,7%	Question SIS
54	Remise de la fiche bilan à la structure d'accueil	24	2	3,3%	56	94,9%	Question SIS
55	Conservation d'un double de la fiche bilan par le SSSM du SIS	24	5	8,2%	44	78,6%	Question SIS
56	Actualisation de la fiche bilan en cas d'événement nouveau en cours d'intervention	24	4	6,6%	51	89,5%	
57	A réception du bilan, définition des modalités ultérieures de prise en charge par le médecin régulateur	24	2	3,3%	59	100,0%	

N°	Item du référentiel	Page	Nb de non réponses	Taux de non réponses	Nb de réponses positives	Part des réponses positives dans les réponses	Observations
58	Justification médicale de l'envoi d'un VSAV hors de son secteur opérationnel	24	2	3,3%	51	86,4%	
59	Engagement d'un moyen secouriste sur demande de relevage de personne	25	2	3,3%	55	93,2%	
60	Réalisation d'un bilan secouriste et transmission au médecin régulateur sur intervention de relevage	25	2	3,3%	50	84,7%	
61	Décision par le médecin régulateur sur suites à donner après relevage	25	1	1,6%	53	88,3%	
62	Signalement médico-social en cas d'interventions répétées pour une même personne	25	2	3,3%	44	74,6%	
63	Evaluation régulière des interventions sociales par le SIS et le SAMU en lien avec la DDASS (*DDCS / ARS ?*)	26	3	4,9%	10	17,2%	
64	Sollicitation du SIS par la régulation médicale pour renfort de brancardage	26	3	4,9%	55	94,8%	
	INFIRMIERS SAPEURS-POMPIERS VOLONTAIRES OU PROFESSIONNELS DANS LE CADRE DES SECOURS ET SOINS D'URGENCE	26					
65	Priorité de l'employeur durant le temps de travail de l'infirmier	27	16	26,2%	32	71,1%	Question SIS
66	Convention entre l'établissement de santé et le SIS notamment sur les modalités de la disponibilité des ISP volontaires hospitaliers pour les activités opérationnelles et la formation professionnelle	27	10	16,4%	13	25,5%	Question SIS
67	Identification des moyens des SIS et des structures de médecine d'urgence et partage de l'information sur ce sujet entre les services	28	6	9,8%	32	58,2%	
68	Cartographie annexée au volet "urgences" du SROS	28	9	14,8%	22	42,3%	Question ARS
69	Cartographie intégrée dans le SDACR	28	12	19,7%	27	55,1%	Question SIS
70	Mise en cohérence entre le SROS et le SDACR, dans des conditions soumises au CODAMUPS-TS, en articulation avec le réseau des urgences	28	9	14,8%	17	32,7%	Question SIS et ARS
71	Notification immédiate au CRRA de tout engagement d'ISP par le CTA	28	3	4,9%	34	58,6%	
72	Possibilité de demande par le CRRA au CTA de l'engagement d'un ISP dans le cadre de l'AMU	28	3	4,9%	51	87,9%	
73	Respect du décret d'actes par les protocoles	29	6	9,8%	39	70,9%	
74	Evaluation pratique et théorique préalable à l'inscription de l'ISP sur la liste départementale des infirmiers habilité à mettre en œuvre les protocoles de soins infirmiers	30	9	14,8%	29	55,8%	Question SIS
	REPONSE MEDICALE	30					
75	Recrutement de médecins correspondants du SAMU dans les zones isolées identifiées dans le SROS	31	1	1,6%	21	35,0%	Question SAMU
76	Dans le recrutement des médecins correspondants de SAMU, pas de sollicitation de médecins déjà sapeurs-pompiers volontaires, sauf en cas de nécessité	31	7	11,5%	15	27,8%	Question SAMU
77	Concertation entre l'ARS et le SIS sur la définition des zones et l'identification des médecins	31	10	16,4%	15	29,4%	Question SIS et ARS
78	Engagement opérationnel du MCS sur régulation du SAMU	31	8	13,1%	23	43,4%	Question SAMU

N°	Item du référentiel	Page	Nb de non réponses	Taux de non réponses	Nb de réponses positives	Part des réponses positives dans les réponses	Observations
79	Formation du MCS à la médecine d'urgence	32	9	14,8%	20	38,5%	Question SAMU
80	Information mutuelle du SAMU et du SIS sur la liste des MCS et la liste des médecins sapeurs-pompiers	32	8	13,1%	16	30,2%	
81	Bilan annuel des MCS présenté en CODAMUPS-TS	32	11	18,0%	7	14,0%	Question SAMU
82	Cartographie des VLM précisée dans le SDACR et connue du SAMU	34	9	14,8%	23	44,2%	Question SIS
83	Engagement des MSP par le CTA, le cas échéant sur demande du CRRA	34	3	4,9%	49	84,5%	
84	Processus d'engagement inscrits dans le règlement opérationnel arrêté par le préfet	34	22	36,1%	15	38,5%	
85	Information immédiate du CRRA en cas d'engagement d'un MSP	34	3	4,9%	39	67,2%	
86	Définition conjointe des suites de l'intervention par le MSP et le médecin régulateur	34	4	6,6%	52	91,2%	
87	Convention entre l'établissement de santé et le SIS notamment sur les règles d'emploi des MSPV hospitaliers	34	10	16,4%	7	13,7%	Question SIS
88	Implantation des SMUR déterminée dans le SROS	34	2	3,3%	59	100,0%	Question SAMU
	DEMARCHE QUALITE	38					
89	Comité de suivi départemental	38	1	1,6%	45	75,0%	
90	Réunions trimestrielles d'analyse des tableaux de bord et des événements indésirables	38	0	0,0%	34	55,7%	
91	Compte-rendu par le comité de suivi au CODAMUPS-TS	38	4	6,6%	32	56,1%	
92	Evaluation des plates-formes	39	5	8,2%	20	35,7%	
93	Evaluation des moyens d'intervention	39	3	4,9%	25	43,1%	
94	Fixation d'objectifs de délais d'intervention en fonction du degré et de la gravité de l'urgence	39	5	8,2%	30	53,6%	
95	Intégration de courbes isochrones dans les documents de mise en cohérence des SDACR et SROS	39	12	19,7%	20	40,8%	Question SIS et ARS
96	Recueil de données qualitatives	39	3	4,9%	25	43,1%	
97	Relevés d'activité systématiques quotidiens, hebdomadaires, mensuels et annuels	39	3	4,9%	45	77,6%	
98	Calcul de délais moyens d'intervention	39	3	4,9%	26	44,8%	
99	Etudes ponctuelles sous l'angle du service rendu	40	7	11,5%	20	37,0%	
	FINANCEMENT	41					
100	Convention entre l'établissement de santé et le SIS si le SMUR fonctionne avec un appui logistique permanent, saisonnier ou temporaire du SIS	42	5	8,2%	17	30,4%	
101	Convention entre l'établissement de santé et le SIS, avec avis préalable du CODAMUPS-TS, pour la prise en charge financière par l'établissement de santé des carences ambulancières	42	3	4,9%	46	79,3%	
102	Bilan au moins annuel des interventions de relevage et brancardage, présenté en CODAMUPS-TS	43	4	6,6%	17	29,8%	

N°	Item du référentiel	Page	Nb de non réponses	Taux de non réponses	Nb de réponses positives	Part des réponses positives dans les réponses	Observations
	DIVERS	47					
103	Information mutuelle du CTA et du CRRA lorsque l'un d'eux informe les services de police sur une intervention	47	1	1,6%	37	61,7%	
104	Organisation de réunions de concertation, sous l'autorité du préfet de département, avec les services de la police et de la justice	47	1	1,6%	23	38,3%	
105	Sanction systématique des éventuels enregistrements et mises en ligne d'images par les intervenants	48	6	9,8%	19	34,5%	
106	Expérimentation de plates-formes télé médico-sociales et sanitaires	48	2	3,3%	6	10,2%	
	REFUS D'EVACUATION (annexe IV)	53					
107	Transmission systématique d'un bilan au SAMU	53	0	0,0%	57	93,4%	
108	Entretien téléphonique (lorsque c'est possible) entre le médecin régulateur et la personne refusant l'évacuation	53	0	0,0%	57	93,4%	
109	Si maintien du refus malgré la nécessité de soins ou d'une hospitalisation, renseignement d'un formulaire de refus de soins (décharge de responsabilité)	53	1	1,6%	59	98,3%	
110	Signature du patient	53	1	1,6%	58	96,7%	
111	Signature en outre de témoins	53	2	3,3%	52	88,1%	
112	Si adapté, proposition d'une hospitalisation sans consentement	53	0	0,0%	58	95,1%	
	MISE EN PLACE DE PROTOCOLES DE SOINS D'URGENCES POUR LES INFIRMIERS SAPEURS-POMPIERS HABILITES (annexe VI)	56					
113	- Arrêt cardio-respiratoire "adulte"	56	4	6,6%	39	68,4%	Question SIS
114	- Arrêt cardio-respiratoire "enfant et nourrisson"	56	4	6,6%	33	57,9%	Question SIS
115	- Hémorragie sévère "adulte"	56	4	6,6%	36	63,2%	Question SIS
116	- Réaction anaphylactique sévère "adulte"	56	4	6,6%	39	68,4%	Question SIS
117	- Hypoglycémie	56	4	6,6%	39	68,4%	Question SIS
118	- Douleur thoracique non traumatique "adulte"	56	4	6,6%	33	57,9%	Question SIS
119	- Difficulté respiratoires "adulte"	56	4	6,6%	35	61,4%	Question SIS
120	- Difficultés respiratoires aiguës "enfant et nourrisson"	56	4	6,6%	30	52,6%	Question SIS
121	- Convulsions "enfant et nourrisson"	56	4	6,6%	37	64,9%	Question SIS
122	- Intoxication médicamenteuse volontaire "adulte"	56	4	6,6%	22	38,6%	Question SIS
123	- Brûlé	56	4	6,6%	36	63,2%	Question SIS
124	- Intoxication au CO et/ou aux fumées d'incendie	56	4	6,6%	36	63,2%	Question SIS
125	- Réaction anaphylactique sévère "enfant et nourrisson"	56	4	6,6%	30	52,6%	Question SIS
126	- Femme en couche / accouchement inopiné	56	4	6,6%	26	45,6%	Question SIS
127	- Antalgie "adulte"	56	4	6,6%	39	68,4%	Question SIS
128	- Antalgie "enfant et nourrisson"	56	4	6,6%	36	63,2%	Question SIS
129	- Convulsions "adulte"	56	4	6,6%	38	66,7%	Question SIS

N°	Item du référentiel	Page	Nb de non réponses	Taux de non réponses	Nb de réponses positives	Part des réponses positives dans les réponses	Observations
	SUIVI D'INDICATEURS	57					
130	- Bilan des appels reçus au CTA et au CRRA	57	2	3,3%	57	96,6%	
131	- Nombre d'affaires médicales ou de secours à personne	57	2	3,3%	56	94,9%	
132	- Nombre de missions	57	1	1,6%	59	98,3%	
133	- Cas particuliers, dont le nombre d'interventions par indisponibilité de transporteurs sanitaires privés	57	0	0,0%	61	100,0%	
134	- Délais de décroché de l'appel du public au CTA, au CRRA	58	1	1,6%	37	61,7%	
135	- Délai de transfert	58	3	4,9%	20	34,5%	
136	- Durée moyenne de communication	58	2	3,3%	29	49,2%	
137	- Délai de départ d'un effecteur	58	1	1,6%	35	58,3%	
138	- Délai d'arrivée de l'effecteur sur les lieux	58	1	1,6%	32	53,3%	
139	- Rapidité d'intervention	58	4	6,6%	24	42,1%	
140	- Délai de décroché ou de réponse à la radio de l'appel du chef d'agrès SP ou du SMUR en intervention au CTA et/ou au CRRA	58	3	4,9%	11	19,0%	
141	- Délai du décroché de l'appel du CTA vers le CRRA	58	4	6,6%	19	33,3%	
142	- Délai de décroché de l'appel du CRRA vers le CTA	58	6	9,8%	14	25,5%	Question SAMU
143	- Durée de recherche de destination	58	3	4,9%	12	20,7%	Question SAMU
144	- Durée de l'évacuation, du transport	59	2	3,3%	26	44,1%	
145	- Durée de la prise en charge	59	1	1,6%	34	56,7%	
146	- Durée d'intervention	59	1	1,6%	33	55,0%	
147	- Morbidité lors de la prise en charge	59	3	4,9%	18	31,0%	
148	- Mortalité lors de la prise en charge	59	3	4,9%	34	58,6%	
149	- Adéquation entre gravité réelle et nature de l'effecteur lors du transport	59	6	9,8%	15	27,3%	
150	- Taux d'hospitalisation et de non hospitalisation	59	3	4,9%	27	46,6%	Question SAMU
151	- Taux d'admission secondaire en réanimation	59	3	4,9%	12	20,7%	Question SAMU
152	- Durée d'hospitalisation	59	2	3,3%	8	13,6%	Question SAMU
153	- Morbi-mortalité hospitalière	59	3	4,9%	14	24,1%	Question SAMU
154	- Iatrogénie pré-hospitalière	59	2	3,3%	12	20,3%	Question SAMU
155	- Motifs d'intervention	60	1	1,6%	47	78,3%	
156	- Lieu d'intervention	60	1	1,6%	47	78,3%	
157	- Interventions non suivies de transport	60	1	1,6%	45	75,0%	
158	- Interventions suivies d'une évacuation ou d'un transport non médicalisé	60	1	1,6%	46	76,7%	
159	- Nombre de victimes et de patients pris en charge par rapport à la population	60	2	3,3%	25	42,4%	
160	- Emploi du défibrillateur externe automatisé	60	1	1,6%	26	43,3%	
161	Respect du calendrier prévisionnel de déploiement du réseau Antarès	1 et sui	3	4,9%	39	67,2%	

ANNEXE 7
SECOURS A PERSONNE ET AIDE MEDICALE URGENTE : ELEMENTS DE CADRAGE HISTORIQUES ET JURIDIQUES

« *Il est regrettable de constater que s'interposent malheureusement parfois des cloisons étanches entre des organismes œuvrant dans le même but et dont la collaboration cependant serait féconde.* » Etude sur la place des médecins sapeurs-pompiers dans une organisation de secours et de ramassage des blessés de la circulation, P. Dufraisse, le 20 octobre 1959.

1 HISTORIQUE : DES EXPERIENCES PIONNIERES A LA FORMALISATION DU SAP ET DE L'AMU 249
1.1 Les premières expériences de secours et de soins urgents 249
1.2 La consécration législative et la définition des missions du SAP et de l'AMU 250
1.2.1 L'aide médicale urgente 250
1.2.2 La reconnaissance du « secours à personne » 251
2 L'ARTICULATION ENTRE SECOURS A PERSONNE ET AIDE MEDICALE URGENTE 254
2.1 Les enjeux de doctrine 254
2.2 Les modalités de coopération opérationnelle 255
2.2.1 Avant 1992 : de l'absence de coordination à la concertation locale 255
2.2.2 La circulaire de 1992 : le critère de la voie publique et le prompt secours 255
2.2.3 La circulaire du 29 mars 2004 et l'abandon du critère territorial 256
2.2.4 Le référentiel commun du 2 juin 2008 et la circulaire du 14 octobre 2009 257
2.3 La question des « carences ambulancières » 258

1 HISTORIQUE : DES EXPERIENCES PIONNIERES A LA FORMALISATION DU SAP ET DE L'AMU

1.1 Les premières expériences de secours et de soins urgents

[1366] Au lendemain de la seconde guerre mondiale, le ramassage des blessés est majoritairement assuré par les forces de sécurité ou par des intervenants de proximité (passants…), la plupart du temps sans matériel ou geste secouriste adaptés. Les conséquences furent dramatiques en particulier pour les blessés de la route souffrant de traumatismes multiples, ce qui fit dire au professeur Marcel Arnaud, pionnier du secourisme routier et de la médicalisation des secours : « *on relève un blessé, on transporte un mourant, et on hospitalise un mort* »[216].

[1367] A compter des années 1950, la croissance de la mortalité routière suscite des réflexions sur l'organisation de secours d'urgence médicalisés, inspirées des expériences récentes de médecine militaire. Emerge ainsi l'idée d'une organisation nationale de secours rapide fondée sur un réseau d'alerte téléphonique, un maillage de centres de secours et l'intervention d'antennes médicalisées mobiles[217].

[1368] Encouragée par le professeur Arnaud, une première expérience d'antenne mobile de réanimation est menée par le professeur Bourret dès 1957, à Salon-de-Provence, non loin d'une des sections les plus meurtrières de la RN7. Au cours des années suivantes, d'autres hôpitaux prennent des initiatives similaires. Le professeur Louis Serre, à Montpellier, lance en particulier dès le début des années 1960 une expérience de « SMUR » qui étend son champ d'intervention au-delà de l'accidentologie routière.

[1369] La création d'antennes hospitalières mobiles est vue comme le moyen de « *porter l'art du bloc opératoire au pied de l'arbre* »[218] et de garantir la continuité des soins[219]. Toutefois, très vite émerge un débat sur la pertinence d'adosser le réseau des secours d'urgence aux seuls hôpitaux : le médecin-chef du SDIS du Vaucluse, Pierre Dufraisse[220], propose de mettre à contribution le maillage des centres de secours et de médicaliser les interventions en recourant au réseau des services de santé et de secours médicaux. Il mène une expérimentation à partir de 1960 dans son département du Vaucluse.

[1370] En parallèle, sous l'impulsion notamment du professeur Arnaud, à l'Institut national d'études de sécurité civile, des techniques adaptées de secourisme routier et de désincarcération sont développées et enseignées, au bénéfice des sapeurs-pompiers, qui entament ainsi leur montée en compétence dans le domaine de l'accidentologie routière. Un standard de véhicule adapté (le véhicule de secours aux asphyxiés et blessés, VSAB) est élaboré. Dès 1967, la BSPP s'équipe d'ambulances de réanimation et médicalise ses interventions[221].

[1371] D'autres formules sont expérimentées : service « SOS » lancé en 1962 par le professeur Larcan, consistant en une garde permanente d'externe des hôpitaux au centre de secours de Nancy ; appui logistique des sapeurs-pompiers au service des ambulances Grand Secours du professeur Kempf à Strasbourg (avec création d'une filière directe pour les blessés graves vers le service de chirurgie), mobilisation des associations de sécurité civile le long de certains axes routiers, etc.

---

[216] Denis Durand de Bousingen, Histoire de la médecine et des secours routiers, Heures de France, 2010, p.49
[217] Motion de synthèse du congrès de chirurgie de 1957, après un débat mené par le professeur Marcel Arnaud.
[218] Expression du professeur Arnaud, in Bousingen, 2010
[219] Revue « sécurité routière », 1er trimestre 1958, au sujet de l'expérience du professeur Bourret : « *[l'antenne chirurgicale mobile] doit être […] rattachée à l'hôpital de référence pour assurer la continuité des soins.*»
[220] Article du médecin-commandant Pierre Dufraisse dans la revue officielle du comité national du secours routier français du 1er trimestre 1962.
[221] Bousingen, 2010, p.82

[1372] Le recueil de l'alerte et des demandes du public est longtemps resté à la charge des forces de sécurité[222]. A partir des années 1960 se développe le concept d'une régulation médicale accessible par le grand public, inspirée des « stations de secours d'urgence » en URSS, notamment sous l'impulsion des professeurs Louis Serre à Montpellier et Louis Lareng à Toulouse. Ce dernier crée à la fin des années 1960 un service assurant une écoute de tous les appels d'urgence médicale[223]. Toutefois, le numéro 15 ne sera ouvert aux SAMU qu'à partir de 1978. La problématique du traitement et de la régulation des demandes du public concerne également les sapeurs-pompiers, qui disposent déjà du numéro 18 : le développement de l'activité de secours de la BSPP impose à partir de 1974 de consacrer un sapeur-pompier à l'accueil téléphonique et au tri des demandes de secours[224].

[1373] Longtemps, le développement de ces expériences a reposé sur des initiatives locales : au début des années 1970, on ne compte encore qu'une vingtaine de SAMU en France[225]. La généralisation de ces dispositifs a été progressive et a pu se heurter à des réticences internes : les hôpitaux, en particulier, hésitent devant la problématique du financement de ces services ; l'affirmation des médecins sapeurs-pompiers a pu susciter des tensions au sein même du monde sapeur-pompier[226].

1.2 La consécration législative et la définition des missions du SAP et de l'AMU

[1374] Le développement des secours d'urgence et de leur médicalisation a d'abord reposé sur un cadre juridique règlementaire et sur des circulaires ministérielles. Au cours des années 1980, les notions d'aide médicale urgente et de secours à personne ont été formalisées et traduites dans la loi.

1.2.1 L'aide médicale urgente

[1375] Le premier texte généralisant les expériences d'antennes mobiles hospitalières est un décret de 1965[227] qui prévoit la création de services mobiles d'urgence et de réanimation dans les centres hospitaliers régionaux et d'autres centres hospitaliers désignés par arrêté. A cette fin, les hôpitaux peuvent se doter de moyens propres, ou encore passer des conventions avec les sapeurs-pompiers, les ambulanciers privés ou encore un service municipal d'ambulance[228]. Quant aux « centres 15 », c'est une circulaire de 1979 qui officialisa et systématisa leur existence[229], tandis que le numéro « 15 » était mis à disposition des SAMU.

[222] Pendant longtemps, les forces de l'ordre sont chargées de la réception et de la retransmission des alertes : la circulaire du 1er juillet 1959 relative à l'organisation des secours aux blessés de la route charge par exemple la police et la gendarmerie de recevoir les alertes et de les répercuter sur les ambulances ou hôpitaux désignés à l'avance.
[223] Bousingen, 2010, p.76
[224] Bousingen, 2010, p.83
[225] Bousingen, 2010, p.85
[226] Source : entretien mission
[227] Décret n°65-1045 du 2 décembre 1965
[228] Xavier Prétot, La sécurité civile et l'aide médicale urgente, des missions de service public partagées, colloque du 16 mai 2012
[229] Circulaire DAS/103/AS du 6 février 1979.

[1376] L'idée d'un texte de loi consacré aux SAMU est envisagée dès le début des années 1980 et notamment portée par le professeur Louis Lareng. Adoptée dans un contexte conflictuel, la loi du 6 janvier 1986[230] consacre l'existence d'une politique d'aide médicale urgente dans les termes suivants :

[1377] « *L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état.* »[231]

[1378] Elle consacre l'existence des SAMU et des SMUR et rend obligatoire leur rattachement à un établissement de santé. Le décret du 16 décembre 1987[232] précise leur rôle (aujourd'hui articles R. 6311-1 et R 6311-2 du code de la santé publique):

[1379] *« Les services d'aide médicale urgente ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence. Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les services d'aide médicale urgente joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les services d'incendie et de secours. »*

[1380] *« […] les S.A.M.U. exercent les missions suivantes :*

1° Assurer une écoute médicale permanente ;

2° Déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;

3° S'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix, et faire préparer son accueil ;

4° Organiser le cas échéant le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ;

5° Veiller à l'admission du patient. »

1.2.2 La reconnaissance du « secours à personne »

1.2.2.1 La définition progressive des missions des sapeurs-pompiers

[1381] L'expression de « secours à personne » (SAP) ne figure dans les textes que depuis une circulaire de 2004[233], puis dans le référentiel de 2008. Le SAP se prête d'ailleurs à des interprétations divergentes selon les interlocuteurs. Pour certains, le SAP recouvre tout ce qui ne relève pas du soin (et exclurait ainsi toute dimension paramédicale ou médicale). Pour d'autres, au contraire, la mission de secours à personne subsume l'AMU dans une approche globale des secours[234].

[230] Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transporteurs sanitaires
[231] Art. 2 de la loi du 6 janvier 1986, Art. L6311-1 du code de la santé publique.
[232] Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au SAMU.
[233] Circulaire DHOS/01 n° 2004-151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente.
[234] IGA IGAS, *rapport sur le secours à personne*, 2006, p.3

[1382] Le SAP, dans son contenu, repose sur un certain nombre de dispositions législatives et règlementaires. La première « brique » juridique en est le décret du 1953[235], qui étend les missions des sapeurs-pompiers au-delà de l'incendie et privilégie une définition large de leur mission, à savoir les « *secours et* […] *la protection tant contre les incendies que contre les périls ou accidents de toute nature menaçant la sécurité publique* »[236]. Ce décret a notamment légitimé à l'époque la participation des sapeurs-pompiers aux secours routiers.

[1383] La loi du 22 juillet 1987[237] décrit de manière plus précise les missions des sapeurs-pompiers et prévoit notamment leur participation aux « *secours aux personnes victimes d'accidents sur la voie publique ou consécutifs à un sinistre ou présentant un risque particulier et de leur évacuation d'urgence* »[238].

[1384] Ces dispositions sont remplacées par la loi dite de départementalisation du 3 mai 1996[239], dont les termes figurent aujourd'hui à l'article L 1424-2 du code général des collectivités territoriales :

- « Les services d'incendie et de secours sont chargés de la prévention, de la protection et de la lutte contre les incendies.
- Ils concourent, avec les autres services et professionnels concernés, à la protection et à la lutte contre les autres accidents, sinistres et catastrophes, à l'évaluation et à la prévention des risques technologiques ou naturels **ainsi qu'aux secours d'urgence**.
- Dans le cadre de leurs compétences, ils exercent les missions suivantes :
- 1° La prévention et l'évaluation des risques de sécurité civile ;
- 2° La préparation des mesures de sauvegarde et l'organisation des moyens de secours ;
- 3° **La protection des personnes**, des biens et de l'environnement ;
- 4° Les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation »[240]

[1385] Si l'expression « secours à personne » n'est pas utilisée en tant que telle, les missions de « protection des personnes » et de « secours d'urgence aux personnes victimes d'accident […] » en constituent les fondements.

[1386] La partie règlementaire du CGCT précise par ailleurs le vecteur et l'équipage qu'il convient d'affecter aux missions de secours à personne : « *Les missions de secours d'urgence aux personnes nécessitent au moins un véhicule de secours aux asphyxiés et blessés et trois ou quatre sapeurs-pompiers*».[241]

[235] Décret n°53-170 du 7 mars 1953 portant règlement d'administration publique pour l'organisation des corps de sapeurs-pompiers et statuts des sapeurs-pompiers communaux.
[236] Décret du 7 mars 1953, Art. 1.
[237] Loi n°87-565 du 22 juillet 1987 relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs.
[238] Art. 16.
[239] Loi 96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours.
[240] Art 2 de la loi du 3 mai 1996.
[241] Art. R1424-42 du CGCT.

1.2.2.2 La médicalisation des secours assurés par les sapeurs-pompiers

[1387] Le décret de 1953 prévoit la création d'un « *service de santé et de secours médical* », qui doit être assuré dans chaque centre de secours par un médecin[242]. Au niveau départemental, le service départemental d'incendie et de secours dispose d'un médecin-chef qui doit notamment veiller « *à l'organisation du service de santé et de secours médical dans les corps de sapeur-pompier* »[243].

[1388] Le décret de 1953 ne détaille pas les missions du SSSM (qui dépendent du règlement de chaque SDIS). Une circulaire de 1962[244] ouvre la possibilité d'ajouter aux missions des médecins sapeurs-pompiers la participation aux opérations de secours au bénéfice des victimes. Par une circulaire de 1977[245] « *relative à la médicalisation des secours d'urgence* », le ministre de l'intérieur demande aux préfets de systématiser ce dispositif sur les zones non couvertes par les SMUR.

[1389] Le décret du 6 mai 1988[246], pris à la suite de la loi du 22 juillet 1987, ancre cette compétence au niveau réglementaire: les médecins sapeurs-pompiers « *dispensent des soins d'urgence aux victimes d'accidents et de sinistres de toute nature* »[247].

[1390] Enfin, la loi du 3 mai 1996 consacre l'existence des SSSM, dans son article 1er : « *Il est créé dans chaque département un établissement public, dénommé << service départemental d'incendie et de secours >> […]. Il comprend un service de santé et de secours médical.* » Le décret du 26 décembre 1997[248] maintient leur compétence en matière de médicalisation des secours, en explicitant le lien avec l'aide médicale urgente : les SSSM participent désormais « *aux missions de secours d'urgence définies par l'article L. 1424-2 et par l'article 2 de la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986* ». Cette disposition a été codifiée à l'article R1424-24 du CGCT.

Le cas spécifique de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris

De par son statut militaire, la BSPP est régie par des dispositions du code de la défense qui lui sont spécifiques. Certaines d'entre elles sont parallèles à celles du CGCT relatives aux SDIS. L'article R 3222-14 du code de la défense prévoit ainsi l'existence d'un service de santé et de secours médical. L'article R. 3222-15 prévoit que ce SSSM « *concourt en particulier à l'aide médicale urgente telle que définie par l'article L. 6311-1 du code de la santé publique.* »

Le code de la défense se démarque toutefois du CGCT en prévoyant explicitement une coordination propre des moyens du SSSM de la BSPP : l'article R. 3222-16 du code de la défense prévoit en effet que « *le général commandant la brigade de sapeurs-pompiers de Paris dispose d'un centre de coordination des opérations et des transmissions* » lui permettant notamment d'assurer « *la coordination médicale de la brigade et le déclenchement des interventions des équipes médicales du service de santé et de secours médical de la brigade* ».

Sur la base de cette disposition, la régulation médicale des appels arrivant au 18/112 est considérée comme une mission réglementaire de la BSPP[249]. La compatibilité avec le référentiel SAP-AMU est préservée dans la mesure où « *l'arrêté interministériel du 27 avril 2009, relatif à sa mise en œuvre, précise que ce texte est applicable à la BSPP et au BMPM, sous réserve des dispositions particulières qui régissent ces unités.* »[250]

[242] Décret du 7 mars 1953, Art. 47.
[243] Décret du 7 mars 1953, Art. 48.
[244] Circulaire n°79 du 5 février 1962
[245] Circulaire 77-426 du 3 octobre 1977 relative à la médicalisation des secours d'urgence assurés par les sapeurs-pompiers.
[246] Décret n°88-623 du 6 mai 1988 relatif à l'organisation générale des services d'incendie et de secours.
[247] Art. 40 du décret précité.
[248] Décret du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des centres de secours.
[249] SIDACR d'Ile-de-France, p. 77 : « *la régulation médicale des appels reçus au 18/112 entre donc pleinement dans les missions réglementaires dévolues à la coordination médicale de la BSPP.* »
[250] Ibid.

2 L'ARTICULATION ENTRE SECOURS A PERSONNE ET AIDE MEDICALE URGENTE

[1391] L'implication croissante et parallèle des sapeurs-pompiers et des acteurs hospitaliers dans la prise en charge des urgences pré-hospitalières a suscité des fortes tensions. Un cadre commun d'articulation a néanmoins été forgé au fil des années.

2.1 Les enjeux de doctrine

[1392] Le débat sur le rôle respectif du monde hospitalier et des sapeurs-pompiers dans la prise en charge des urgences vitales est ancien ; le décret du 7 mars 1953 avait déjà, en son temps, suscité des réserves de la part des acteurs du monde sanitaire[251]. Dès le début des années 1960 s'opposent deux conceptions de la prise en charge des urgences médicales, dans un débat dont les termes, dans une certaine mesure, sont restés inchangés jusqu'à aujourd'hui.

[1393] Selon la première conception, l'hôpital doit être le pivot de la médicalisation des secours d'urgence. Cette vision a été notamment portée par le professeur Louis Lareng en tant que rapporteur de la loi du 6 janvier 1986 : « *A côté des moyens traditionnels de réponse à l'urgence : sapeurs-pompiers, police, médecine libérale, s'est progressivement mise en place une organisation des secours émanant de l'hôpital qui correspond à la médicalisation croissante des interventions en cas d'urgence, aux progrès des techniques médicales et à la continuité du service public de l'intervention hospitalière*. » Deux arguments sont souvent présentés à l'appui de cette conception :

- l'idée que les praticiens hospitaliers disposent d'une compétence supérieure par rapport aux médecins sapeurs-pompiers libéraux, du fait de leur formation[252], et d'une pratique régulière de la médecine d'urgence[253] ;
- le souci de la continuité du parcours de soins du patient avec l'hôpital[254.]

[1394] La seconde conception, portée par des acteurs du monde sapeurs-pompiers, reprend notamment sur les arguments présentés par le docteur Dufraisse (cf. *supra*), à savoir :

- l'importance d'une intervention prompte des secours afin d'augmenter les chances de survie des victimes ;
- l'insuffisance du réseau hospitalier pour couvrir l'ensemble du territoire dans des délais optimaux ;
- la pertinence de s'adosser au maillage existant des centres d'incendie et de secours, ainsi que de la ressource formée que constituent les sapeurs-pompiers et leurs médecins.

[1395] Au-delà des différences de vision, ce débat reflète également les craintes réciproques, plus ou moins fondées, de chaque acteur :

- du côté du monde sanitaire, la crainte d'un « expansionnisme » incontrôlé des acteurs sapeurs-pompiers, forts de leurs moyens, de leur réseau et de leur visibilité, au détriment de la sphère sanitaire ;

---

[251] Prétot, 2012

[252] Les « pionniers » des SAMU et des SMUR étaient pour la plupart anesthésistes-réanimateurs. Par la suite se sont développés l'enseignement de la capacité de médecine d'urgence, puis le diplôme d'études spécialisées complémentaires de médecine d'urgence à partir de 2004.

[253] Le professeur Lareng évoque notamment « *la supériorité des médecins du SAMU [...] véritables spécialistes […]* ».

[254] Argument présenté dans une brochure relative à l'expérience fondatrice du SMUR de Salon-de-Provence : revue « sécurité routière », 1er trimeste 1958.

- du côté des sapeurs-pompiers, la crainte d'un « hospitalo-centrisme » et d'une « hégémonie » des acteurs sanitaire qui revienne soit à exclure les sapeurs-pompiers du champ du secours, soit à les mettre sous tutelle et à dévaluer leur fonction (crainte de n'être perçus que comme de simples « bras » et non comme des partenaires).

[1396] D'autres facteurs ont pu aviver les tensions : absence de coordination locale, oppositions de personnalités, concurrence des administrations centrales, tensions suscitées par les différences de moyen budgétaires, etc. Néanmoins, l'élaboration de règles de coordination a pu permettre d'apaiser en partie ces tensions.

2.2 Les modalités de coopération opérationnelle

2.2.1 Avant 1992 : de l'absence de coordination à la concertation locale

[1397] Avant les années 1980, le développement respectif de chaque réseau s'est fait de manière non coordonnée, même si en pratique des coopérations locales ont pu être nouées : seule la circulaire du ministre de l'intérieur de 1977 évoque un critère de répartition entre SMUR et sapeurs-pompiers, sur une base géographique, selon lequel les médecins sapeurs-pompiers avaient vocation à assurer la médicalisation des secours dans les zones non couvertes par les SMUR, charge aux préfets de déterminer ces zones.

[1398] La consécration législative de l'AMU et du SAP en 1986 et 1987 imposait de déterminer l'articulation entre les deux champs. La solution choisie à la fin des années 1980 repose avant tout sur la concertation locale et le maintien de l'égalité entre les deux services publics : le décret du 16 décembre 1987 relatif à l'organisation des SAMU prévoit ainsi l'interconnexion entre les centres d'appel 15 et 18, l'information mutuelle sur leur activité respective[255] et la création d'une enceinte de concertation locale (CODAMU).

2.2.2 La circulaire de 1992 : le critère de la voie publique et le prompt secours

[1399] La circulaire du 18 septembre 1992[256] constitue un progrès majeur : elle est le premier document conçu en commun par les administrations de l'intérieur et de la santé. Elle prévoit notamment la signature d'une convention SDIS – CHU siège de SAMU. Elle réaffirme la nécessité d'une interconnexion des centres 15 et 18 et établit des règles de transmission mutuelle de l'information.

[1400] La circulaire pose le principe selon lequel la régulation médicale relève du centre 15 du SAMU. S'agissant de l'engagement des moyens, la répartition des missions s'effectue selon un critère géographique :

- pour les interventions sur voie publique, l'engagement des sapeurs-pompiers est systématique, en application de la loi de 1987[257]. Le SAMU peut déclencher des moyens complémentaires s'il l'estime nécessaire ;
- dans le cas d'interventions dans des lieux fréquentés par le public, les deux services doivent se concerter pour en fixer les modalités ;

[255] Art. 8 du décret du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des SAMU.
[256] Circulaire du 18 septembre 1992 concernant les relations entre le service départemental d'incendie et de secours et les établissements hospitaliers publics dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours.
[257] La loi du 22 juillet 1987 utilise l'expression de « *secours aux personnes victimes d'accidents sur la voie publique* ».

- s'agissant enfin des interventions à domicile et dans les lieux privés, les sapeurs-pompiers ne peuvent intervenir qu'à la demande du centre « 15 ».

[1401] La circulaire instaure ainsi un équilibre subtil :

- sur la voie publique, chaque acteur demeure autonome dans l'engagement de ses moyens ;
- dans les autres situations, l'intervention des sapeurs-pompiers est conditionnée, selon les cas, à une concertation ou à une décision du centre « 15 ». Le centre « 18 » conserve néanmoins la faculté de déclencher de sa propre initiative une action de « prompt secours »[258] en cas de risque vital imminent (« détresse vitale avérée ou potentielle»), mais doit en informer immédiatement le centre « 15 » pour régulation *a posteriori*[259].

2.2.3 La circulaire du 29 mars 2004[260] et l'abandon du critère territorial

[1402] La circulaire du 2 février 1996[261] fait le constat des difficultés de mise en œuvre de la circulaire précédente[262], mais en réaffirme les principes. La circulaire de 2004 fait le même constat[263] mais modifie les critères de répartition des missions, considérant que, suite à la loi de départementalisation de 1996, « *le lieu géographique qu'il soit public ou privé ne constitue donc plus un facteur déterminant d'attribution de compétence* »[264].

[1403] En l'absence de critère géographique, l'exégèse est donc la suivante : *« Les missions confiées aux services d'incendie et de secours consistent donc à délivrer des secours d'urgence lorsque l'atteinte à l'individu est caractérisée par un dommage corporel provenant d'une action imprévue et soudaine, d'une cause ou d'un agent agressif extérieurs.* »

[1404] Pour autant, le critère géographique ne disparaît pas complètement, notamment du fait des problématiques de sécurité et d'ordre public : « *Le lieu d'intervention s'il ne constitue pas un élément prépondérant dans l'attribution des missions, reste déterminant pour ce qui concerne les demandes d'intervention sur la voie publique et dans des lieux publics qui présentent par leur nature un risque d'aggravation ou de pauvreté des informations transmises lors de l'alerte. La rapidité requise dans ces circonstances pourra justifier un envoi immédiat des moyens secouristes des services d'incendie et de secours* ».

---

[258] Défini par la circulaire comme « *l'action de secouristes agissant en équipes et qui vise à prendre en charge sans délai des détresses vitales ou à pratiquer des gestes de secourisme. […] Son intérêt réside dans son caractère réflexe, il ne doit pas conduire à des actions relevant de la compétence des médecins généralistes (médecin traitant ou médecin de garde) et/ou des ambulanciers privés, voire du simple conseil.* »

[259] « *Lorsque le C.T.A. 18 reçoit un appel provenant d'un domicile et qu'il existe un risque vital imminent (détresse vitale avérée ou potentielle), le stationnaire sapeur-pompier peut déclencher d'emblée les moyens des services d'incendie et de secours. Il transmet immédiatement l'information au médecin régulateur du C.R.R.A. 15 du S.A.M.U. qui peut après information et régulation, interrompre l'intervention des moyens du S.D.I.S. qui ont été engagés.*
La procédure applicable au prompt secours, qui ne doit en aucun cas transgresser les règles générales relatives à la régulation médicale, peut être précisée localement par le C.O.D.A.M.U. dans le respect des dispositions qui précèdent ».

[260] Circulaire DHOS/01 n° 2004-151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente.

[261] Circulaire du 2 février 1996 relative aux relations entre le service départemental d'incendie et de secours et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours

[262] La circulaire précise que : « *la pratique montre que la conception du prompt secours varie d'un département à l'autre et s'éloigne parfois notablement de son critère essentiel : la détresse vitale. Dans les conventions à conclure, et, bien sûr, dans l'application de celles déjà conclues, cette définition du prompt secours doit être rigoureusement respectée et sa mise en œuvre faire l'objet d'une évaluation régulière.*»

[263] « *L'application concrète de ces circulaires a posé quelques problèmes d'interprétation et de mise en œuvre sur le terrain.* »

[264] Cf. *supra*. La loi du 3 mai 1996 abandonne toute référence à la voie publique dans la définition des missions des sapeurs-pompiers.

[1405] La définition du prompt secours demeure inchangée par rapport à la circulaire de 1992 (critère du risque vital imminent). Outre le prompt secours, cette circulaire fait référence au cas d'interventions des SDIS, hors AMU, mais qui s'avèrent susceptibles de comporter une action de secours à personne. Si des moyens du SSSM sont engagés, leur intervention doit être signalée au SAMU (mais on peut dès lors comprendre que leur engagement n'est pas soumis à régulation tant que la nature « secours à personne » de l'intervention n'est pas vérifiée).

[1406] Le bilan de l'application de la circulaire de 2004 est mitigé : le rapport IGA/IGAS relatif au secours à personne de juin 2006 signalait par exemple que le critère géographique demeurait largement pratiqué.

2.2.4 Le référentiel commun du 2 juin 2008 et la circulaire du 14 octobre 2009

[1407] La circulaire du 14 octobre 2009 tire les conséquences du référentiel et abroge les dispositions de la circulaire de 2004. A première analyse, le référentiel de 2008 ne bouleverse pas l'équilibre préexistant.

[1408] La régulation médicale demeure du ressort des centres « 15 », comme dans la circulaire de 1992 : « *La régulation médicale de l'appel d'une personne en détresse […] incombe aux SAMU-Centre 15 des établissements publics de santé* »[265].

[1409] Le référentiel de 2008 introduit la notion de « *départ réflexe* », qui se définit comme les situations où « *l'engagement des moyens de secours précède la régulation médicale* ». Les situations justifiant un départ réflexe sont de trois natures :

- l'urgence vitale identifiée à l'appel : il s'agit de la reprise du critère du prompt secours défini depuis 1992. La nouveauté réside en ce que ces urgences vitales sont détaillées à l'annexe I du référentiel (liste non limitative toutefois) ;
- la voie publique ou le lieu public : le critère de la voie publique, tel qu'il figure dans la loi de 1987 et dans la circulaire de 1992, réapparaît ;
- les circonstances d'urgence : ce critère ne se retrouve pas dans les corpus doctrinaux précédents (circulaires de 1994 et de 2004). Mais, à la lecture de la liste de ces « circonstances » présentées à l'annexe I, il s'agit moins d'une nouveauté conceptuelle que d'une déclinaison de notions déjà présentes dans la loi : « *personnes victimes d'accidents […]* ***consécutifs à un sinistre ou présentant un risque particulier*** » (loi de 1987), « *personnes victimes d'accidents,* ***de sinistres ou de catastrophes*** » (loi de 1996)**.**

[1410] L'équilibre ainsi atteint n'est pas si éloigné de celui décrit par la circulaire de 1992. Le principe du « départ réflexe » ne diffère pas de celui du prompt secours : il s'agit dans les deux cas d'une décision d'engagement préalable à la régulation médicale. Trois différences peuvent néanmoins être notées :

- le « prompt secours » se définit, dans la circulaire de 1992, en référence à des moyens secouristes, mais le référentiel de 2008 ne fait plus référence à la nature des moyens engagés dans le cadre du « départ réflexe » ;
- le « prompt secours » s'appliquait aux CTA 18, tandis qu'une action de « départ réflexe » peut être indifféremment engagée par un stationnaire du CTA 18 ou un assistant de régulation médicale du centre 15 ;
- le champ de la régulation médicale couvre désormais l'ensemble des missions de secours à personne menées par les services d'incendie et de secours, tandis que la

[265] Référentiel du 25 juin 2008, p. 19

circulaire de 1992 reconnaissait l'existence d'un champ de compétence propre aux sapeurs-pompiers (la voie publique), sans régulation médicale a posteriori.

2.3 La question des « carences ambulancières »

[1411] La problématique des carences est prise en compte depuis peu dans les textes. La circulaire de 1992 n'en fait pas mention. La loi du 3 mai 1996 introduit dans le CGCT le principe général selon lequel les SDIS ne sont tenus de procéder qu'aux seules interventions qui se rattachent à leurs missions définies par la loi. Pour les autres interventions, le SDIS « *peut demander aux personnes bénéficiaires une participation aux frais, dans les conditions déterminées par délibération du conseil d'administration* » (Art L 1424-44 du CGCT).

[1412] La loi du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité enrichit cet article du CGCT d'une mention explicite des carences ambulancières et prévoit l'établissement de conventions financières entre le SDIS et le CHU siège de SAMU :

- « Les interventions effectuées par les services d'incendie et de secours à la demande de la régulation médicale du centre 15, lorsque celle-ci constate le défaut de disponibilité des transporteurs sanitaires privés, et qui ne relèvent pas de l'article L. 1424-2, font l'objet d'une prise en charge financière par les établissements de santé, sièges des services d'aide médicale d'urgence.
- Les conditions de cette prise en charge sont fixées par une convention entre le service départemental d'incendie et de secours et l'hôpital siège du service d'aide médicale d'urgence, selon des modalités fixées par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et du ministre chargé de la sécurité sociale. »

ANNEXE 8
L'ACTIVITE DES URGENCES HOSPITALIERES ET PRE HOSPITALIERES

1 DES SERVICES D'AIDE MEDICALE URGENTE ORGANISES AUTOUR D'UNE FONCTION PREMIERE DE REGULATION 261

2 UNE ACTIVITE DE SMUR EN FAIBLE CROISSANCE, MOBILISEE POUR DES CAS GRAVES..... 265

3 UNE ACTIVITE D'ACCUEIL DES URGENCES IMPORTANTE, EN CROISSANCE ET TRES DISPERSEE 268

3.1 Une activité très variable des services d'urgences 268

3.2 Des données qualitatives issues des observatoires régionaux 270

3.2.1 L'ORU Midi-Pyrénées fournit des données qualitatives plus précises 270

3.2.2 Le mode d'arrivée aux urgences est analysé dans trois régions 271

3.2.3 Une enquête nationale de la DREES 273

[1413] L'activité d'urgence reflète trois notions matériellement distinctes mais progressivement imbriquées : l'accueil et la prise en charge dans les services d'urgence (SU) et l'activité des services de l'urgence pré-hospitalière au sein des services d'aide médicale urgente (SAMU) qui regroupent la fonction de régulation téléphonique médicale (centre 15) et la fonction de projection médicalisée sur le terrain par les structures ou services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR).

1 DES SERVICES D'AIDE MEDICALE URGENTE ORGANISES AUTOUR D'UNE FONCTION PREMIERE DE REGULATION

[1414] Il existe 104 SAMU dans les départements français, tous publics, rattachés à un centre hospitalier le plus souvent départemental au sein duquel ils constituent un service ou un pôle. Certains départements en comptent deux, pour des raisons historiques : la Loire avec Saint-Etienne et Roanne, la Seine-Maritime avec Rouen et Le Havre, les Pyrénées-Atlantiques avec Pau et Bayonne. Celui de Mayotte est en voie de création.

[1415] Les SAMU sont le point de rattachement des centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU) qui sont chargés de la formation initiale et continue des acteurs de l'urgence ; il en existe un dans chaque département sauf l'Ardèche, le Gers, le Lot et la Nièvre.

[1416] SAMU gère deux des trois activités liées à l'urgence, intégralement pour l'écoute téléphonique, partiellement pour le SMUR qui lui est rattaché, soit moins d'un quart du potentiel, tout en disposant d'une autorité fonctionnelle sur les moyens déclenchés auprès des autres hôpitaux.

[1417] L'écoute et la régulation téléphonique sont l'activité principale, décrite par le CSP et financée par une ressource non liée à l'activité (mission d'intérêt général), reconnue comme telle au niveau législatif (article L. 6112-1 du CSP).

[1418] La participation de la médecine libérale à cette activité est prévue sous un double aspect : les médecins généralistes se sont longtemps investis comme effecteurs de complément à la régulation hospitalière ; ils assurent aussi régulièrement une régulation médicale de leurs missions soit dans le cadre d'une association, soit directement au sein du Centre 15.

[1419] L'activité des centres de réception et de régulation des appels (CRRA) est difficile à apprécier, en l'absence de normalisation technique ou réglementaire de sa description. Conscients de ces fragilités, les pouvoirs publics et les professionnels tentent d'améliorer la situation, par les outils de diagnostic et d'analyse à leur disposition.

[1420] Ainsi, en 2008, l'activité des CRRA a fait l'objet d'un travail d'audit et d'accompagnement de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH)[266] ; conformément à sa méthode, la comparaison du fonctionnement des CRRA de huit SAMU à partir de leurs outils, méthodes et pratiques a débouché sur l'élaboration d'un guide d'autoévaluation mis à la disposition des acteurs.

[1421] Le tableau ci-dessous montre pourtant l'ampleur des failles d'information à l'époque puisque la moitié des centres 15 ne pouvaient indiquer le nombre d'appels sur l'année de référence et un seul rendait compte de l'activité du médecin régulateur.

[266] Intégrée depuis dans l'ANAP agence nationale d'appui à la performance

Tableau 15 : activité comparée de huit CRRA

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
ACTIVITE								
Points communs à tous	- le numéro 15 est la source n°1 des appels, suivie par le 18							
Population desservie (hab)	749 919	852 418	1 330 683	650 000	224 053	1 100 000	1 600 000	814 000
Variabilité annuelle	+ en 07 et - en 08 + en été 39, mont. ++ hiver 39, mont.	+ en été, océan	+ en été, océan - en été, ville	- en été	+++ en été, mont.	- en été	- en été	- en été
Nombre d'appels total en 2005		310 000	400 000	262 524				427 044
Appel entrant					*79 868*			*286 119*
Appel sortant								*140 925*
Dossiers (dossier créé par le PARM avec ou sans régulation médicale) en 2005	168 870	171 668	223 861	87 382	47 045	222 325	339 064	144 749
Affaires (dossier impliquant une régulation médicale effective) en 2005			139 806					
Ratio appels/dossier		1,81	1,79	3,00		NR		2,95
Ratio dossiers/habitant	0,23	0,20	0,17	0,13	0,21	0,20	0,21	0,18
% du 15	75 %	76 %	à préciser	76 %	73 %	à préciser	66 %	80 %
% du 18	25 %	21 %	à préciser	24% (dt 112)	15 %	à préciser	21 %	11 %
% des autres	0 %	3 %	à préciser	0 %	12 %	à préciser	13 %	9 %
Nb de SMUR primaires	7 620	6 750	7 571	5 651	3 927	13 086	10 178	6 685
Nb de SMUR secondaires	1 298	2 270	4 219	928	1 105	3 740	4 202	989
Nb de SMUR intrahospitaliers	418	455	123	30	194	53	117	641
Ratio SMUR/dossier	0,055	0,055	0,053	0,076	0,111	0,076	0,043	0,057
Ratio SMUR primaires/dossier	0,045	0,039	0,034	0,065	0,083	0,059	0,030	0,046

Source : MEAH rapport de fin de chantier pilote avril 2008

[1422] Entre temps, en mars 2009, une réflexion commune entre SAMU de France et la SFMU a conduit à élaborer une « note de définition et de standardisation des données », en particulier sur la manière de décrire et de comptabiliser les appels.

[1423] Mais aucune référence contraignante n'existe. Les SAMU ne sont pas tenus de présenter un rapport annuel d'activité à l'ARS et il n'existe pas de document type pour l'établir dans des conditions qui permettraient la synthèse ou la comparaison des données. Le seul rapport remis à la mission dans ses six déplacements n'opère pas de distinction entre appels entrants et sortants.

[1424] En dépit d'un effort significatif de précision depuis 2010, les incohérences relevées dans les chiffres recueillis dans le cadre de la SAE conduisent à s'interroger sur la cohérence des modes de saisie, même si les ordres de grandeur sont révélateurs d'un type d'activité. Le tableau ci-dessous n'est donc pas homogène sur la période et soulève quelques questions :

- le nombre d'appels présentés est important, supérieur à 20 millions par an mais subit de fortes variations, sans que l'on sache si elles reflètent la charge ou si cela résulte des modalités de la saisie ; la mission note en particulier une division par deux du nombre d'appels enregistrés entre 2009 et 2010, sans explication claire de cet écart ;
- une autre incohérence résulte d'un nombre d'appels décroché plus élevé que celui des appels présentés en 2011 ;
- de même, en cinq ans, l'activé totale de centre d'appels apparaît en baisse, passant de 22,9 à 21,4 millions d'appels (-6,5%).

[1425] Depuis 2010, l'évolution est compréhensible avec une forte augmentation de l'activité téléphonique, en phase avec les indications recueillies lors des entretiens.

[1426] Un progrès dans le recueil d'information résulte de l'intégration d'un indicateur de délai de décroché inférieur à 1 minute ; en 2012, le nombre d'appels de ce type est de 9 971 775, soit près de la moitié des appels décrochés.

[1427] Au-delà de la fonction de réception d'appels, l'activité se mesure par le nombre et la nature des dossiers de régulation. Par rapport à un dossier non qualifié, un dossier de régulation médicale (DRM) est défini par le fait qu'il a « *bénéficié d'un acte de régulation médicale par application des règles spécifiées dans le règlement intérieur du Samu-centre 15* », cette référence n'étant ni publique, ni *a priori* homogène.

[1428] Entre 2010 et 2012, le nombre d'affaires a progressé d'un tiers, la partie régulée par les assistants de régulation médicale étant majoritaire (12,5 millions vs 9,7 millions) et augmentant plus nettement que la partie médicale.

[1429] En termes d'organisation, la participation des médecins libéraux à la régulation est quasi systématique puisqu'elle existe dans 94 des 101 départements de métropole et d'outre-mer.

[1430] Depuis 2010, le temps de présence efficace, mesuré par le nombre moyen d'heures postées, distingue celui des médecins régulateurs de l'aide médicale urgente (qu'ils soient urgentistes hospitaliers ou libéraux attachés de l'hôpital) de celui des médecins affectés à la régulation libérale et rémunérés par l'assurance maladie.

[1431] La force de travail disponible diminue de près de 13% pour un nombre de DRM qui s'accroît de 26,8%, ce qui semble indiquer une intensification du travail, en particulier par un temps de présence téléphonique médicale par affaire plus faible pouvant traduire une meilleure efficacité de la régulation.

Tableau 16 : description et évolution de l'activité de régulation

	2007	2008	2009		2010	2011	2012	Evolution 2012 / 2010
ACTIVITE								
Nombre d'appels enregistrés dans l'année	22 952 959	25 726 428	30 110 077	*Appels présentés*	15 541 930	19 666 557	21 447 708	38,0%
				Appels décrochés	15 328 620	20 809 910	20 247 603	32,1%
Nombre d'affaires dans l'année (ouverture d'un dossier médical)	10 028 204	10 778 785	12 319 725	*Nombre de dossiers de régulation médicale*	7 705 146	9 647 541	9 770 807	26,8%
				Nombre de dossiers de régulation	8 877 382	12 097 842	12 505 445	40,9%
				Total dossiers	16 582 528	21 745 383	22 276 252	34,3%
Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées par les médecins	329 880	25 419	326	*Médecins régulateurs AMU*	256	216	226	
				Médecins régulateurs généralistes	144	135	128	
				Total	400	351	354	12,9%
Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées par les assistants de régulation médicale			597		615	521	609	
ORGANISATION								
Nombre de départements avec participation des libéraux	83	85	84		84	90	94	
Nombre de départements avec numéro spécifique de la médecine libérale	27	29	30		27	28	31	

Source : SAE+traitement mission

2 UNE ACTIVITE DE SMUR EN FAIBLE CROISSANCE, MOBILISEE POUR DES CAS GRAVES

[1432] L'autorisation d'exercer l'activité de traitement et d'accueil des urgences peut être accordée à un établissement de santé pour y faire aussi fonctionner un service ou une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), destiné à effectuer les interventions médicales hors de l'établissement ; la structure peut être permanente ou saisonnière.

[1433] Les SMUR ont pour mission d'assurer 24 heures sur 24, sur décision du médecin régulateur du SAMU, en tous lieux et sur l'ensemble du territoire, la médicalisation des interventions auprès des patients dont l'état nécessite une surveillance ou des soins médicaux d'urgence et de réanimation. Les patients peuvent être pris en charge sur place (domicile, voie publique, lieu de travail etc.) et/ou transportés vers la structure la plus adaptée à leur état.

[1434] Les vecteurs utilisés sont principalement terrestres (ambulance de réanimation ou véhicule médicalisé de liaison).

[1435] Les sorties primaires consistent en l'intervention d'une équipe hospitalière[267] en vue d'assurer la prise en charge d'un patient hors de l'établissement de santé et, le cas échéant, son transport vers un établissement de santé apte à assurer la suite des soins.

[1436] Les sorties secondaires assurent le transfert, accompagné par une équipe hospitalière médicalisée, entre deux établissements de santé, des patients nécessitant une surveillance médicale pendant le trajet.

[1437] En 2012, on comptait 428 SMUR autorisés dont 25 à vocation pédiatrique, contre 382 en 2007 (avec le même nombre de SMUR pédiatriques) ; 62 fonctionnaient sous forme d'antenne et 8 en activité saisonnière. La quasi-totalité (98%) est implantée dans des établissements publics.

[1438] Le tableau ci-dessous montre une évolution globale de l'activité de SMUR général de 6,1% en cinq ans, (5,8% y compris les SMUR pédiatriques), soit un peu plus de 1% par an et en décélération en fin de période. Seule l'activité aérienne progresse plus nettement, en particulier sur le versant primaire, et représente 5,2% des interventions en 2012 contre 4,7% en 2007.

[1439] Les sortie primaire représentent 78,5% de l'ensemble des sorties, sans changement depuis 2007.

[267] Deux personnes au moins dont le médecin responsable de l'intervention auxquelles s'ajoute un infirmier si l'intervention requiert des techniques de réanimation.

Tableau 17 : évolution des sorties des SMUR

Sorties	2007	2008	2009	2010	2011	2012	variation 2012 /2007	variation 2012 /2009
terrestres primaires	543 384	541 921	561 539	548 916	560 145	576 109	6,0%	2,6%
terrestre primaire pédiatrique	5 024	4 258	4 386	3 656	4 246	4 634		
terrestre secondaire	125 986	119 341	123 327	122 295	128 489	130 411	3,5%	
terrestre secondaire pédiatrique	13 791	14 498	12 857	11 508	11 301	12 750		
aériennes primaires	15 897	16 925	17 230	16 372	18 091	18 866	18,7%	9,5%
aérien primaire pédiatrique	125	188	185	147	145	233		
aérien secondaire	16 607	18 319	19 029	17 564	19 676	19 480	17,3%	2,4%
aérien secondaire pédiatrique	984	1 286	1 399	782	866	1 299		
TOTAL	721 798	716 736	739 952	721 240	742 959	763 782	5,8%	

Source : SAE + traitement mission

[1440] Les SMUR disposent d'un nombre limité de véhicules. En cinq ans, le nombre d'ambulances de réanimation évolue peu (+3,2%), avec un glissement vers des moyens détenus en propre.

[1441] Pour autant, les chiffres bruts apparaissent si peu fiables que la DGOS a décidé de retirer cette mention du questionnaire lors de sa prochaine révision. Il n'est donc pas possible de connaître l'état du parc de véhicules utilisé par les SMUR.

Tableau 18 : véhicules utilisés par les SMUR

	2007		2008		2009		2010		2011		2012	Variation		Total
véhicules utilisés par le SMUR général *propres P ou à disposition AD*	P	AD	P	AD	P	AD	P	AD	P	AD	P	AD	P	AD	
ambulance secours de soins d'urgence	183	93	181	77	194	87	198	78	208	74	206	79	12,5 %	- 17,7%	3,2%
autres ambulances et VSL	162	66	181	56	188	62	205	60	205	73	222	64	37%	NS	
moyens aériens	24	111	28	115	29	107	22	115	20	112	19	113	NS	NS	
moyens maritimes	1	0	2	12	0	15	0	15	0	18	2	11	NS	NS	
total vecteurs	370	270	392	260	411	271	425	268	433	277	449	267	21,4 %	NS	11,9%

Source : SAE et mission

[1442] Un véhicule léger (VL) est utilisé dans plus de 90 % des missions par l'équipe SMUR pour se rendre sur les lieux.

[1443] L'analyse des sorties primaires montre la variété des situations dans les deux activités du SMUR. La part des patients non transportés est de l'ordre du tiers, en légère croissance. Ce type de sorties augmente plus que les cas de transport vers un établissement de soins (+12,4% contre +8,0%) en cinq ans. Le nombre de décès constatés - en augmentation - souligne la part des sorties pour les cas les plus graves (8,6% du total des interventions).

[1444] Les patients transportés sont médicalisés vers l'établissement siège du SAMU dans un peu moins de trois quarts des situations ; l'augmentation beaucoup plus sensible des orientations vers un autre établissement (+18,7% contre +5% vers l'établissement siège) indique le mouvement d'accompagnement vers les centres hospitaliers qui disposent du plateau technique pour traiter les cas plus lourds et donc une régionalisation de la prise en charge.

Tableau 19 : ventilation des sorties primaires en SMUR général selon la destination

Sorties SMUR général	2007	2008	2009	2010	2011	2012	évolution 2012/2007
Sorties primaires non suivies de transport médicalisé par le SMUR	**169 136**	**167 537**	**184 521**	**176 498**	**192 867**	**190 140**	**12,4%**
Patients décédés	42 010	44 312	47 083	46 969	49 009	49 435	17,7%
Patients laissés sur place par refus d'évacuation	6 449	6 713	8 173	7 574	7 446	8 858	37,4%
Patients traités sur place	38 172	39 659	45 180	39 799	39 353	40 143	5,2%
Patients transportés à l'hôpital par un moyen non médicalisé	70 734	74 329	82 135	84 711	94 657	90 514	28,0%
Part des patients non transportés	*32,20%*	*31,21%*	*32,41%*	*32,14%*	*32,92%*	*33,09%*	
Total patients transportés vers un établissement de soins	**356 165**	**369 293**	**384 843**	**372 685**	**392 938**	**384 519**	**8,0%**
Patients transportés vers l'établissement siège du SMUR	264 009	268 705	283 265	273 259	282 148	277 403	5,1%
	74,13%	72,76%	73,61%	73,32%	71,80%	72,14%	
Patients transportés vers un autre établissement	90 396	91 185	100 599	99 392	105 183	107 296	18,70%
	25,38%	24,69%	26,14%	26,67%	26,77%	27,90%	
Total sorties primaires terrestres	**525 301**	**536 830**	**569 364**	**549 183**	**585 805**	**574 659**	**9,40%**

Source : SAE. Les sous-totaux ne sont pas la somme des sous-rubriques.

[1445] L'ORU Midi-Pyrénées fournit des données sur la typologie des interventions. Le taux de recours au SMUR est de 0,6,8% de la population en moyenne régionale. Près des deux tiers des interventions ont lieu au domicile des patients soit 64% ; la voie publique ne compte que pour 11,7% des sorties SMUR.

[1446] En 2012, le principal motif des missions est médical (76,6 %) avec près d'un tiers de douleurs thoraciques (28,1 %) et 8,7 % d'arrêts cardio-respiratoires. Chez les patients de 75 ans et plus, les missions ont pratiquement toutes un motif médical (91,8 %).

[1447] L'âge moyen des patients pris en charge est de 57 ans mais les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 30% des missions.

[1448] En 2012, un quart des patients (25,1 %) ont un pronostic vital engagé (CCMU 4 et 5), 6 % sont décédés avant l'arrivée sur les lieux de l'équipe SMUR. Ces patients CCMU 4, 5 et décédés ont 65 ans en moyenne et sont principalement des hommes (62,0 %).

[1449] Comme en 2011, les patients présentant un risque d'aggravation fonctionnelle (CCMU 3) représentent la plus grande part des patients (31,7 %), suivis des patients ayant un pronostic fonctionnel jugé stable nécessitant un examen complémentaire (CCMU 2) pour 28,6 %. La part des patients ne nécessitant aucun acte complémentaire (CCMU 1) reste inférieure à 5 % (4,6 % en 2012 et 4,2 % en 2011). Ces patients ont un âge moyen plus jeune que les autres CCMU (41 ans) et la durée médiane de médicalisation la plus faible (23 minutes).

[1450] Plus de 8 patients sur 10 sont hospitalisés suite à leur prise en charge par une équipe SMUR (82,9 %). Leur transport est médicalisé dans près de trois quarts des cas, la durée de médicalisation y est alors deux fois plus élevée (50 minutes contre 24 minutes pour les transports non médicalisés). Un véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) est utilisé pour huit patients sur dix tandis que 6,1 % des transports se font par hélicoptère.

3 UNE ACTIVITE D'ACCUEIL DES URGENCES IMPORTANTE, EN CROISSANCE ET TRES DISPERSEE

[1451] Le panorama des établissements de santé (édition 2013) de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) présente des données retraitées de cette activité.

[1452] En 2011, les 750 structures d'accueil et de traitement des urgences de France métropolitaine et de ses départements d'outre-mer ont accueilli 18,5 millions de passages. Ces structures d'urgences sont implantées dans 655 établissements de santé (certains sites disposant de plusieurs structures), publics pour 76 %, privés à but non lucratif pour 6 %, et privés à but lucratif pour 18 % ; 85 % d'entre elles accueillent les urgences générales et 15 % sont exclusivement pédiatriques.

3.1 Une activité très variable des services d'urgences

[1453] L'activité est très variable d'un service à l'autre : 28 % des structures comptent moins de 40 passages quotidiens ; 43 % accueillent de 40 à 80 passages; 18 % de 80 à 120 et 11 % plus de 120 passages quotidiens (tableau 1).

Tableau 20 : nombre de structures d'urgence et passages quotidiens selon le type d'établissement

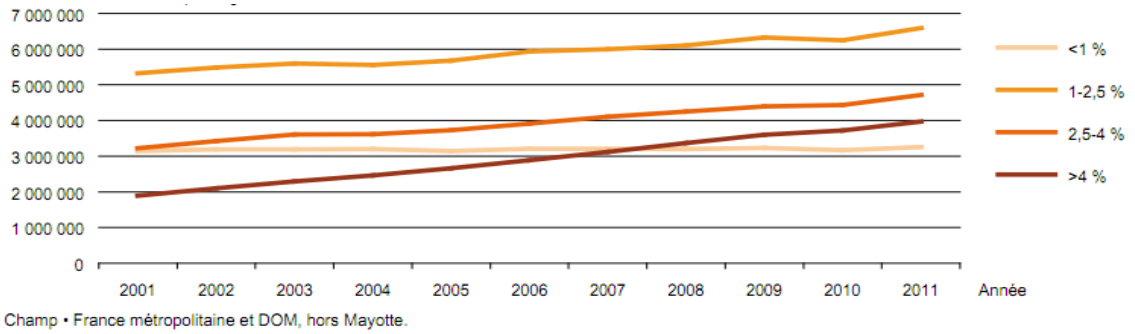
Établissements		Urgences		Passages quotidiens			
				<40	40-80	80-120	>120
Publics	494	Générales	479	116	179	109	75
		Pédiatriques	106	43	48	11	4
Privés à but non lucratif	41	Générales	41	12	23	6	
		Pédiatriques	4	1	3		
Privés à but lucratif	120	Générales	119	37	72	8	2
		Pédiatriques	1				1

Note • Les sites géographiques des établissements sont pris en considération; certains sites disposent d'un accueil pédiatrique distinct de celui des urgences générales.
Champ • France métropolitaine et DOM, y compris Mayotte, y compris SSA.

Source : DREES SAE2011 traitement DREES

[1454] En dix ans, entre 2001 et 2011, le nombre annuel de passages aux urgences est passé de 13,6 millions à 18,5 millions, soit une hausse de 36%[268]. Là aussi, les évolutions ne sont pas uniformes d'un établissement à l'autre : pour 23 % d'entre eux, l'augmentation moyenne de l'activité a été inférieure à 1 % par an ; pour 30 %, elle a été comprise entre 1 % et 2,5 % ; pour 24 %, elle a été comprise entre 2,5 % et 4 % ; et pour 23 % des établissements, elle a été supérieure à 4 %.

Graphique 5 : évolution du nombre de passage cumulé aux urgences par catégorie de SU



Source : DREES SAE 2001-2011 - traitement DREES

[1455] Un autre tableau extrait de ce même panorama montre l'évolution différenciée de l'activité selon le statut de l'établissement ou les régions françaises.

[1456] Les établissements privés à but lucratif ont pour 43 % d'entre eux une évolution annuelle de l'activité supérieure à 4 % ; cette proportion est de 17 % pour les établissements publics et de 32 % pour les établissements privés à but non lucratif.

[1457] Au niveau de l'activité, c'est la région Centre qui, en France métropolitaine, a la plus forte proportion (41%) d'établissements présentant une évolution annuelle d'activité de plus de 4 %, suivie de la région Languedoc-Roussillon (38%). Les régions Alsace et Franche-Comté ont à l'inverse les plus fortes proportions d'établissements présentant une évolution annuelle de l'activité inférieure à 1 % (respectivement 74% et 54%). Dans les départements d'outre-mer, la quasi-totalité des établissements voient leur activité d'accueil et de traitement des urgences augmenter de plus de 2,5% par an en moyenne.

[1458] Ce tableau indique également le nombre de décisions de création/suppression de service pendant cette décennie et plus encore les réorganisations de service sur la décennie. Le nombre de 68 ouvertures de service contre 16 fermetures s'inscrit en faux contre l'idée d'une réduction du maillage hospitalier en matière d'accueil d'urgence. En revanche les décisions de réorganisation (101 au total) imposent une adaptation des services, de la population et par conséquent impacte également l'activité de transport des sapeurs-pompiers et des ambulanciers.

[268] En plus longue période, la pente de croissance se réduit après avoir connu des hausses annuelles de fréquentation de 5,8% entre 1996 et 1998, puis 4,5% entre 1999 et 2002.

Tableau 21 : profil d'évolution de l'activité des établissements, des services et des régions

	Évolution annuelle moyenne de l'activité sur la période 2001-2011			
	<1 %	Entre 1 % et 2,5 %	Entre 2,5 % et 4 %	>4 %
Nombre d'établissements	158	209	164	161
Publics	117	177	130	88
Privés à but non lucratif	13	10	7	14
Privés à but lucratif	28	22	27	59
Nombre d'ouvertures	15	10	11	32
Nombre de fermetures	6	0	1	9
Nombre de réorganisation des établissements	24	37	21	19
Population dans un périmètre de 7,5 km, médiane	71 690	76 181	62 556	68 053
Distribution par région				
Île-de-France	23	46	19	12
Rhônes-Alpes	22	19	16	13
Provence Alpes du Sud	9	26	8	11
Nord-Pas-de-Calais	5	7	17	13
Midi-Pyrénées	7	12	11	8
Aquitaine	7	10	12	6
Bretagne	5	12	8	7
Centre-Val de Loire	6	6	5	12
Languedoc-Roussillon	3	5	9	11
Basse-Normandie	7	7	5	8
Pays de la Loire	4	6	8	9
Bourgogne	9	4	3	8
Picardie	2	3	12	6
Lorraine-Vosges	7	6	7	3
Poitou-Charentes	4	8	3	8
Haute-Normandie	5	7	6	3
Alsace	14	1	1	3
Champagne-Ardenne	5	6	3	2
Auvergne	2	7	4	3
Franche-Comté	7	5	1	0
Limousin	4	2	1	4
Guadeloupe	1	0	2	3
Corse	0	2	0	2
Martinique	0	0	2	2
Ocean Indien	0	2	1	1
Guyane	0	0	0	3

Note • Tous les établissements ayant déclaré une activité au moins deux années consécutives sur la période 2001-2011 ont été pris en considération
Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte.

Source : DREES SAE 2001-2011 traitement DREES

3.2 Des données qualitatives issues des observatoires régionaux

3.2.1 L'ORU Midi-Pyrénées fournit des données qualitatives plus précises

[1459] L'analyse de l'âge des patients met en lumière une part des moins de 16 ans de l'ordre du quart des passages ; celle des plus de 70 ans est de l'ordre de 18%, en augmentation de cinq points en dix ans en région Midi Pyrénées.

[1460] La part des pathologies de faible gravité, mesurée par un score CCMU 1 et 2[269] varie de 80 à 93% selon les régions. Elle est plus importante dans les régions faiblement peuplées ; inversement, la part des pathologies les plus graves, classées en 4 ou 5 est de l'ordre de 1,4 à 1,7% selon les régions.

[1461] La part de la traumatologie s'est progressivement réduite ; en dix ans, elle passe de 45 à 39,4% en Midi-Pyrénées, chiffre identique en Limousin ; la part des pathologies à dimension psychiatrique reste inférieure à 3% ; les autres interventions concernent des motifs médico-chirurgicaux.

[269] Classification clinique des malades aux urgences caractérisée lors de la première évaluation après le traitement ; le niveau 1 ne nécessite pas d'acte mais un simple examen clinique ; le niveau 2 impose un acte diagnostique ou thérapeutique (radio, réduction de fracture) mais l'état lésionnel est stable ; le niveau 3 décrit un état lésionnel ou un pronostic fonctionnel pouvant s'aggraver ; pour les niveaux 4 et 5, le pronostic vital est engagé et impose ou non des manœuvres de réanimation.

[1462] Le passage aux urgences est suivi d'hospitalisation dans 25 à 31% des cas.

[1463] Les personnes âgées fréquentent de plus en plus les urgences ; le taux de passage des personnes âgées de 75 ans et plus en Midi-Pyrénées est passé de 26,5% en 2002 à 36,9% en 2012 alors que, pour le reste de la population, il n'était que de 19% en 2002 et augmentait faiblement à 23,1% dix ans plus tard. Plus de la moitié des patients âgés est hospitalisée après (54%), contrairement aux plus jeunes qui, à 80%, rentrent à domicile.

3.2.2 Le mode d'arrivée aux urgences est analysé dans trois régions

[1464] Les observatoires régionaux des urgences de Midi-Pyrénées, de PACA et, dans une moindre mesure, de Lorraine, fournissent des données convergentes sur la part d'arrivée des patients par leurs propres moyens ou par un transport par un tiers, et sur la place des moyens de transport mis en œuvre par les sapeurs-pompiers.

3.2.2.1 L'observatoire de Midi-Pyrénées

[1465] L'ORU Midi-Pyrénées a produit une analyse[270] portant sur la moitié des services (18/37) et 49% des passages en 2012.

[1466] Sur les 353 898 passages étudiés, 69,6% des patients sont arrivés par leurs moyens personnels, 10,6% par un VSAV, contre 15% par ambulance. Le SMUR ne représente que 1,8% des véhicules mobilisés.

Tableau 22 : répartition des passages par moyen d'arrivée

Mode de transport	Nombre	Part
Moyens personnels	246 309	69,60%
Ambulances	53 206	15,03%
Sapeurs-pompiers	36 675	10,36%
SMUR	6 327	1,79%
Autres	994	0,28%
Forces de l'ordre	659	0,19%
VSL	333	0,09%
Hélicoptère	232	0,07%
Taxi	172	0,05%
Non renseigné	8 991	2,54%
TOTAL	353 898	

Tableau 23 : répartition des passages par âge

	Sapeurs-pompiers	%	Autres moyens	%
< 15 ans	1 190	3,2%	45 947	14,8%
15-74 ans	25 174	68,7%	214 551	69,6%
75 ans et plus	10 306	28,1%	47 628	15,5%

[270] Analyse du mode de transport d'arrivée dans les structures d'urgence de Midi-Pyrénées ; nov. 2013

[1467] La part des patients les plus âgés (75 ans et plus) transportée par les sapeurs-pompiers est sensiblement plus importante que pour les autres personnes fréquentant les urgences (28,1% contre 15,5%).

Tableau 24 : devenir des patients

Devenir	Sapeurs-pompiers	%	Autres moyens	%
Retour domicile	21 402	58,8%	235 518	76,9%
Hospitalisation	13 863	38,1%	64 433	21,0%
Transfert définitif	1 066	2,9%	6 056	2,0%
Décès	63	0,2%	254	0,1%

Source : ORU Midi Pyrénées et mission

[1468] Les patients véhiculés par les sapeurs pompiers sont plus souvent hospitalisés que le reste de la population se présentant aux urgences.

3.2.2.2 L'observatoire de Provence-Alpes-Côte d'Azur

[1469] En 2012, 72% des patients sont arrivés par leurs propres moyens aux urgences, 16,1% en VSAV, 9,6% en ambulance, 1,6% par le SMUR et 0,7% par les forces de l'ordre[271].

[1470] Une étude plus récente[272] centrée sur les vecteurs VSAB confirme cette proportion au niveau de 20% depuis trois ans, après une progression de l'utilisation de ce vecteur de près de 50% en moyenne des SAMU de la région sur les dernières années.

[1471] Les arrivées en VSAV sont caractérisées par une proportion importante d'adultes jeunes (48,9%) et de traumatologie (42,5%).

[1472] La proportion de CCMU 4 et 5, correspondant aux situations les plus graves, est assez similaire à celle des arrivées en ambulance (1,8% contre 2,2%[273]).

[1473] Néanmoins, compte tenu du nombre total d'interventions de chaque acteur, les VSAV transportent plus du quart des patients les plus graves (CCMU4 ou CCMU5) arrivant aux urgences, soit plus que les ambulanciers privés, plus que le SMUR pour les patients à CCMU4 mais moins pour les CCMU5.

Tableau 25 : mode d'admission aux urgences en PACA en 2012

Proportion de patients avec CCMU → arrivant par le mode de transport ↓	**CCMU4**	**CCMU5**
Ambulances	21,6%	16,5%
Forces de l'ordre	0,2%	0,3%
Personnel	30,2%	25,3%
SMUR	19,2%	30,9%
VSAV	28,9%	27,1%

Source : ORU PACA. Atlas 2012. Activité des services d'urgences. p.126

[271] ORU Provence-Alpes-Côte d'Azur : Atlas 2012. Activité des services d'urgences.
[272] Analyse des évolutions du transport par VSAV en région Provence-Alpes-Côte d'Azur ; déc. 2013
[273] ORU PACA. Atlas 2012. Activité des services d'urgences. p.122. Le pourcentage est de 13% pour les patients transportés par les SMUR.

[1474] La durée médiane d'attente des patients arrivés en VSAV (36 mn) est similaire à celle des arrivées en ambulance (35 mn), proche de celle des arrivées par les moyens de transport personnels (38 mn) mais nettement plus longue que celles des arrivées par le SMUR (14 mn)[274].

[1475] La durée de séjour est nettement plus longue que pour les arrivées par les moyens propres (375 mn contre 179 mn), mais plus courte que pour les arrivées en SMUR (527 mn) ou en ambulance (453 mn). 42,2% des patients amenés par un VSAV restent plus de 4 heures contre 17,6% pour les arrivées par les moyens propres. C'est parmi les arrivées en VSAV que les sorties non convenues (fugues ou sorties contre l'avis médical) sont les plus fréquentes (3,1%)[275].

3.2.2.3 L'observatoire de Lorraine

[1476] L'observatoire lorrain des urgences (ORULOR) indique une part de 14,96% pour les patients arrivant aux urgences avec un VSAV, équivalent à la part des patients transportés par les ambulances (15,20%).

3.2.3 Une enquête nationale de la DREES

[1477] La DREES a inscrit à son programme d'étude pour 2013 la réalisation d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières pour actualiser les profils médicaux des patients pris en charge par rapport aux résultats de la précédente enquête nationale de 2002, comprendre la genèse des recours, caractériser les difficultés d'aval et décrire la diversité des organisations et des modes de fonctionnement des services des urgences.

[1478] La méthode retenue est celle de l'enquête un jour donné, qui a eu lieu le 11 juin 2013, sur 24h avec deux volets :

- un volet sur les structures avec la description de leur organisation et de leurs moyens sur l'ensemble de l'année et le jour de l'enquête (décompte des personnels et patients présents à différentes heures de la journée) ;
- un volet sur les patients avec une collecte des motifs de recours, de la pathologie, et un descriptif de la prise en charge réalisée aux urgences jusqu'à la sortie de la structure. L'ensemble des patients se présentant entre 8 heures le jour de l'enquête et 8 heures le lendemain, a été enquêté.

[1479] Les résultats de cette enquête seront présentés et analysés par les équipes de la DREES au moment de leur publication, les données disponibles ne sont que provisoires. Elles confirment les diagnostics régionaux précédents.

[1480] Une donnée nouvelle concerne le temps d'attente entre l'arrivée aux urgences et le moment du premier enregistrement, délai dont se plaignent souvent les sapeurs-pompiers contraints de patienter à l'entrée du service avec l'ensemble des transporteurs avant de pouvoir confier la victime aux soignants de l'hôpital.

[1481] Le tableau ci-dessous montre que les patients transportés en VSAV ont une durée d'attente avant prise en charge plus longue que celle des SMUR mais plus courte que celle des ambulanciers ; 72,8% des patients transportés par un VSAV sont pris en charge en moins de 10 mn contre 83% pour les SMUR mais 70% pour les ambulanciers.

[1482] Les durées d'attente ne dépassent pas 30 mn dans 95% des arrivées des SMUR, 91% des arrivées VSAV et des ambulances. Ces résultats sont toutefois homogènes quel que soit le mode d'arrivée y compris pour les patients qui se rendent aux urgences par leurs propres moyens.

[274] Ibid. Page 132.
[275] Ibid. Page 122.

Tableau 26 : durée d'attente pour enregistrement selon le mode d'arrivée

Durée entre la première évaluation et l'enregistrement	Mode d'arrivée (en %)									
	Arrivée par ses propres moyens ou ceux de l'accompagnant pour un enfant mineur	Arrivée par véhicule conduit par un tiers	Arrivée par un taxi ou ambulance privée	Arrivée par les forces de l'ordre sous contrainte	Arrivé par véhicule sapeurs pompiers	Arrivée par SMUR	Ne sait pas le mode d'arrivée	Non réponse	Patients non interrogés car question filtrée	Ensemble
0-10 min	64,2	64,0	70,0	75,6	72,8	83,0	76,2	61,1	57,7	65,8
10-30 min	22,6	22,0	20,6	18,4	18,4	11,9	17,1	18,8	21,6	21,5
30-60 min	7,6	8,2	5,5	3,8	4,9	2,8	4,4	8,7	7,6	7,1
60-90 min	2,5	2,7	1,2	0,4	1,3	0,6	0,0	3,6	2,7	2,2
90-120 min	1,0	1,1	0,7	0,2	0,7	0,3	0,0	0,3	1,1	0,9
120 min et +	1,2	1,4	0,8	0,2	0,7	0,4	0,0	1,5	0,7	1,1
Non réponse	0,9	0,6	1,3	1,3	1,2	1,1	2,3	6,0	8,6	1,4
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total	26524	8708	5900	514	5971	730	51	641	2978	52018
Source : Drees, enquête du 11 juin 2013, données statistiques										

[1483] Les résultats détaillés seront publiés au cours du 2ème trimestre 2014.

[1484] Si on rapproche les différentes études réalisées, il apparaît des différences qui interrogent sur le caractère significatif des résultats et montrent les limites des comparaisons.

[1485] Une coupe transversale un jour donné ne reflète pas la même réalité qu'une observation en moyenne ou médiane annuelle. Inversement, une présentation de durée d'attente par classe (<10 mn, 30 mn etc.) donne plus d'informations qu'une simple médiane.

ANNEXE 9
EVOLUTION COMPAREE DE LA POPULATION, DES PASSAGES AUX URGENCES GENERALES, DE L'ACTIVITE DE SAP DES SAPEURS-POMPIERS ET DE L'ACTIVITE DES SAMU-SMUR

1 EVOLUTION COMPAREE DE LA POPULATION, DES PASSAGES AUX URGENCES ET DE L'UTILISATION DES NUMEROS D'URGENCE 278

2 EVOLUTION COMPAREE DE PLUSIEURS ELEMENTS DE REPONSE AUX APPELS D'URGENCE 280

.....

[1486] Souhaitant disposer d'un éclairage quantitatif sur l'évolution du secours à personne et de l'aide médicale urgente, la mission s'est heurtée à l'absence de système d'information fiable, tant du côté des services d'incendie et de secours que du côté des établissements de santé.

[1487] La présente fiche est établie sur la base d'un rapprochement des données issues de deux grandes enquêtes nationales conduites chaque année auprès des SIS (enquête INFOSDIS) et des établissements de santé (enquête SAE). Si ces deux enquêtes ont le mérite d'exister, leurs limites sont importantes (caractère déclaratif des réponses, faiblesse des contrôles de cohérence, différences d'interprétation suivant les répondants, évolution des notions utilisées au fil des années, ce qui induit des ruptures de séries…).

[1488] La mission a néanmoins choisi d'utiliser les bases existantes, dans les conditions méthodologiques exposées dans l'encadré ci-dessous.

Méthodologie

Sources :

- INFOSDIS pour les données d'activité des SIS ;
- SAE pour celles relatives aux SAMU, aux SMUR et aux services des urgences ;
- populations légales par département déterminées par l'INSEE et officialisées par voie de décret chaque année pour les chiffres de population.

Approche par groupes de départements :

Les problématiques urbaines et rurales pouvant être assez différentes, la mission a établi quatre groupes de départements :

- le groupe 1 (19 départements) réunit les départements de plus d'un million d'habitants ;
- le groupe 2 (29 départements) comprend sept départements chefs-lieux de région moins peuplés et vingt-deux gros départements non chefs-lieux de région, la population de tous ces départements étant comprise entre 500 000 et 1 000 000 habitants ;
- le groupe 3 (24 départements) est composé des départements comptant entre 300 000 et 500 000 habitants ;
- le groupe 4 (24 départements) est constitué des départements de moins de 300 000 habitants.

La mission a choisi d'écarter Paris et la petite couronne, dont l'organisation (BSPP compétente sur les quatre départements, 4 SAMU relevant tous de l'AP-HP) et les spécificités internes (statut militaire de la BSPP) ne sont pas comparables au reste de la France.

Les chiffres du BMPM ont également été mis de côté, en raison de son statut militaire.

Périmètre :

En ce qui concerne les données hospitalières, les analyses ont été conduites sur l'activité SAMU, des services d'urgences générales et SMUR généraux, à l'exclusion des services d'urgences et des SMUR pédiatriques.

Utilisation des données :

La mission n'a pas procédé à des redressements de données, faute d'éléments permettant de les étayer. En revanche, les séries incomplètes ont été éliminées, ainsi que les séries présentant un fort degré d'incertitude (valeur aberrante, arrondis au millier ou à la centaine de millier suivant les types de données).

Cette approche conduit à écarter des départements parfois différents d'une analyse à l'autre.

Le choix a été fait de retenir, pour une analyse donnée, les mêmes départements côté SIS et côté SAMU. Ceci permet de comparer des données applicables à un même contexte local (population, offre de santé, habitude plus ou moins grande de recours aux services assurant les prises en charge urgentes…).

La limite de ce mode de sélection est la difficulté, parfois, de pouvoir retenir un nombre suffisant de départements dans un groupe donné.

Dans chacun des développements ci-après, le nombre de départements concourant aux résultats est précisé.

Enfin, dès lors que les chiffres de certains départements ne peuvent être pris en compte et que l'on considère qu'ils sont représentés par les chiffres des autres départements de leur catégorie, les valeurs absolues n'ont pas grand sens. Les analyses sont donc réalisées en dynamique (augmentation ou réduction sur trois ans ou cinq ans, selon les cas).

1 EVOLUTION COMPAREE DE LA POPULATION, DES PASSAGES AUX URGENCES ET DE L'UTILISATION DES NUMEROS D'URGENCE

[1489] La première analyse porte sur le recours aux services assurant des prises en charge urgentes. Ce recours peut prendre la forme d'un passage aux urgences ou d'un appel au 18, au 15 ou au 112.

[1490] Sur cinq ans, il n'est pas possible de suivre l'évolution du nombre d'appels reçus par les SAMU, la notion d'« appels enregistrés » ayant été abandonnée en 2010 au profit de celles d'« appels présentés » et d'« appels décrochés ».

[1491] L'analyse est donc dédoublée : sur 2008-2012 sont comparées les évolutions de la population, du nombre de passages aux urgences générales et du nombre d'appels reçus dans les SDIS ; sur 2010-2012, la comparaison est étendue aux appels présentés aux CRRA, avec toutefois une base chiffrée plus étroite (33 départements retenus contre 61 dans le tableau sur cinq ans), le suivi des appels présentés étant assez lacunaire parmi les SAMU.

[1492] Il ressort des deux tableaux ci-dessous que la hausse de la population entre 2008 et 2012 est plus marquée dans les départements moyens (+2,5% et +2,7% respectivement pour les groupes 2 et 3) que dans les départements les plus peuplés (+1,9%) ou les moins peuplés (+1,5%).

[1493] La tendance est la même pour les trois dernières années, avec une dynamique plus favorable au groupe 2 (populations entre 500 000 et 1 000 000 habitants).

[1494] Pour les quatre groupes, l'augmentation de la population est très inférieure à celle du nombre de passages aux urgences générales. En moyenne, ces passages ont progressé de 9,3% entre 2008 et 2012, avec une accélération depuis 2010 (+5,6%).

[1495] Toutefois, la pression sur les services d'urgences ne s'intensifie pas au même rythme suivant les groupes : elle est nettement plus marquée dans les départements de plus de 500 000 habitants que dans les départements moins peuplés, avec un taux de croissance trois fois moindre dans les petits départements que dans les départements « millionnaires » et un écart encore plus important avec le groupe 2.

[1496] Sur les trois années les plus récentes (2010-2012), les rythmes de progression des passages aux urgences tendent à s'homogénéiser entre les groupes, à la hausse sauf dans le groupe 2.

Tableau 27 : Evolution comparée sur 2008-2012 de la population, des passages aux urgences générales et des appels aux sapeurs-pompiers

PERIODE 2008-2012	Nombre de départements retenus dans l'analyse	Evolution population	Evolution nombre de passages aux urgences générales	Evolution nombre d'appels au CTA
Groupe 1	13 / 19	1,9%	9,8%	-0,5%
Groupe 2	23 / 29	2,5%	10,6%	3,9%
Groupe 3	12 / 24	2,7%	7,4%	12,8%
Groupe 4	13 / 24	1,5%	3,2%	16,6%
Total	61 / 96	2,2%	9,3%	3,8%

Départements retenus dans le groupe 1 : 13, 35, 38, 44, 57, 59, 62, 67, 69, 76, 77, 78, 95
Départements retenus dans le groupe 2 : 1, 17, 21, 22, 25, 27, 29, 30, 37, 42, 45, 49, 51, 56, 60, 63, 68, 71, 72, 74, 80, 84, 85
Départements retenus dans le groupe 3 : 7, 11, 40, 47, 61, 66, 73, 79, 81, 86, 87, 89
Départements retenus dans le groupe 4 : 5, 8, 9, 12, 15, 19, 23, 32, 39, 43, 46, 48, 70

[1497] L'évolution du recours aux sapeurs-pompiers (appréhendée par les appels reçus par les SDIS[276]) est globalement plus maîtrisée que celle des passages aux urgences (+3,8% contre +9,3% entre 2008 et 2012). Elle est toutefois plus rapide que celle de la population, signe possible d'une évolution des besoins et des comportements.

[1498] Dans les départements les plus peuplés, la pression se porte surtout sur les services d'urgences, alors que les appels destinés aux pompiers augmentent modérément (groupe 2), voire se tassent (groupe 1). Dans les départements moins urbanisés, soit parce que les distances constituent un obstacle aux déplacements, soit parce que les habitudes de recours aux services hospitaliers sont différentes, ce sont les pompiers qui voient leur sollicitation augmenter.

Tableau 28 : évolution comparée sur 2010-2012 de la population, des passages aux urgences générales, des appels aux sapeurs-pompiers et des appels présentés au SAMU

PERIODE 2010-2012	Nombre de départements retenus dans l'analyse	Evolution population	Evolution nombre de passages aux urgences générales	Evolution nombre d'appels au CTA	Evolution nombre d'appels présentés au CRRA
Groupe 1	10 / 19	0,9%	6,2%	0,2%	17,9%
Groupe 2	11 / 29	1,3%	4,6%	22,7%	6,8%
Groupe 3	5 / 24	1,2%	5,5%	21,0%	16,3%
Groupe 4	7 / 24	0,6%	4,8%	4,9%	-0,3%
Total	33 / 96	1,0%	5,6%	7,5%	13,2%

Départements retenus dans le groupe 1 : 13, 35, 38, 44, 57, 59, 62, 69, 76, 78
Départements retenus dans le groupe 2 : 17, 22, 29, 37, 45, 49, 51, 71, 72, 74, 85
Départements retenus dans le groupe 3 : 7, 11, 73, 86, 87
Départements retenus dans le groupe 4 : 9, 12, 15, 23, 32, 43, 46

[276] Les chiffres comptabilisent tous les appels, quels qu'en soient les motifs c'est-à-dire y compris feux, accidents, erreurs…).

[1499] Sur les trois dernières années (2010-2012), pour lesquelles s'ajoute une information relative aux appels présentés aux CRRA, on observe une convergence entre urgences hospitalières et sollicitation des SAMU : les groupes 1 et 3, qui connaissent les plus fortes croissances de passages aux urgences, sont aussi marqués par une augmentation à deux chiffres des appels vers les CRRA, alors que les deux autres groupes connaissent des évolutions plus modérées.

[1500] Ces données sont toutefois à interpréter avec précaution, compte tenu du fait que seuls 33 départements présentent des séries complètes et que des confusions entre appels présentés et appels décrochés sont probables dans certains d'entre eux.

2 EVOLUTION COMPAREE DE PLUSIEURS ELEMENTS DE REPONSE AUX APPELS D'URGENCE

[1501] La deuxième analyse est relative à l'évolution de trois éléments de réponse aux appels reçus aux CTA ou aux CRRA : régulation médicale conduisant à la création d'un dossier de régulation médicale (DRM), intervention des sapeurs-pompiers au titre du secours à personne (SAP), envoi d'un véhicule du SMUR (sortie primaire).

[1502] Ici aussi, l'analyse est dédoublée, le comptage des DRM n'ayant démarré qu'en 2010 dans les SAMU.

[1503] Le tableau n° 3 montre que, sur 2008-2012, les interventions de secours à personne progressent en moyenne de 3,8% par an, avec un rythme plus soutenu dans les deux groupes extrêmes (les plus urbains et les plus ruraux). Les moteurs de cette croissance sont sans doute assez différents dans les deux groupes.

[1504] L'évolution des sorties SMUR primaires est sensiblement inférieure dans tous les groupes, avec une moyenne sur 2008-2012 de +1,1% par an. Il n'y a que dans le groupe 2 que, le secours à personne augmentant moins vite qu'ailleurs et les sorties SMUR, plus rapidement, les deux croissances sont presque comparables sur cinq ans.

Tableau 29 : évolution comparée sur la période 2008-2012 des interventions SAP et des sorties primaires de SMUR

PERIODE 2008-2012	Nombre de départements retenus dans l'analyse	Evolution du nombre d'interventions SAP	Evolution du nombre de sorties SMUR primaires
Groupe 1	19 / 19	18,7%	3,1%
Groupe 2	29 / 29	7,3%	6,6%
Groupe 3	20 / 24	12,6%	2,8%
Groupe 4	19 / 24	17,8%	4,4%
Total	87 / 96	15,9%	4,3%

Départements retenus dans le groupe 1 : 06, 13, 31, 33, 34, 35, 38, 44, 57, 59, 62, 67, 69, 76, 77, 78, 83, 91, 95
Départements retenus dans le groupe 2 : 1, 2, 14, 17, 22, 25, 26, 29, 30, 37, 42, 45, 49, 51, 54, 56, 60, 63, 64, 68, 71, 73, 74, 80, 84, 85, 974
Départements retenus dans le groupe 3 : 7, 10, 11, 16, 18, 24, 26, 28, 40, 47, 53, 61, 66, 73, 79, 81, 86, 87, 88, 89
Départements retenus dans le groupe 4 : 5, 8, 9, 12, 15, 19, 23, 36, 39, 43, 46, 48, 52, 55, 58, 65, 70, 82, 973

[1505] Le tableau n° 4, centré sur les trois dernières années, révèle une légère décélération de la progression des interventions de secours à personne (+3,1% par an en moyenne), avec le maintien d'un écart entre les groupes 1 et 4, d'une part, 2 et 3 de l'autre.

[1506] Sur la même période 2010-2012, le nombre de sorties primaires des SMUR diminue dans le groupe 4, alors que dans le groupe 3, il augmente plus vite que les interventions de secours à personne.

[1507] Enfin, le tableau n° 4 fournit également le rythme d'évolution du nombre de dossiers de régulation médicale, rapide dans le groupe 1 des départements les plus peuplés (+10% par an), également net dans le groupe 2 mais en stagnation dans le groupe 4 voire en diminution dans le groupe 3. Des erreurs de décompte ne sont pas à exclure, s'agissant d'une nouvelle rubrique de l'enquête SAE.

Tableau 30 : évolution comparée sur la période 2010-2012 des interventions de SAP, des dossiers de régulation médicale et des sorties primaires de SMUR

PERIODE 2010-2012	Nombre de départements retenus dans l'analyse	Evolution du nombre d'interventions SAP	Evolution du nombre de DRM	Evolution du nombre de sorties SMUR primaires
Groupe 1	14 / 19	8,1%	33,4%	1,8%
Groupe 2	24 / 29	5,0%	11,7%	2,0%
Groupe 3	15 / 24	3,7%	-1,4%	6,2%
Groupe 4	14 / 24	7,7%	1,2%	-2,3%
Total	67 / 96	6,4%	15,7%	3,1%

Départements retenus dans le groupe 1 : 6, 13, 31, 35, 38, 44, 59, 62, 69, 76, 77, 78, 91, 95
Départements retenus dans le groupe 2 : 2, 14, 17, 21, 22, 25, 29, 30, 37, 45, 49, 50, 51, 54, 56, 60, 63, 64, 71, 72, 74, 80, 85, 974
Départements retenus dans le groupe 3 : 7, 10, 11, 16, 18, 26, 28, 40, 53, 61, 73, 79, 81, 87, 88
Départements retenus dans le groupe 4 : 5, 8, 9, 12, 15, 36, 43, 46, 52, 55, 58, 65, 82, 973

ANNEXE 10
L'EVOLUTION DES PROFESSIONS DE SANTE

1 UNE EVOLUTION CONTRASTEE DES EFFECTIFS DE MEDECINS ET D'INFIRMIERS 286
1.1 Les médecins 286
1.2 Les infirmiers une profession dont les effectifs devraient continuer à croître 288
2 UNE EVOLUTION SENSIBLE DES EFFECTIFS DES SAMU SMUR 291
2.1 Evolution des effectifs de médecins et d'infirmiers dans les SAMU-SMUR 291
2.2 Une présence des médecins libéraux en fonction de régulation 292
2.3 Des soignants sapeurs-pompiers en mutation 292

[1508] Trois catégories de médecins participent à la prise en charge des urgences pré-hospitalières :

- des praticiens hospitaliers urgentistes affecté dans les SAMU-SMUR, de plus en plus souvent mutualisés avec les services d'urgence (SU) ;
- des médecins sapeurs-pompiers professionnels, membres du service de santé et de secours médical (SSSM) et intervenant sous la responsabilité du SDIS ;
- des médecins généralistes libéraux formés à l'urgence. Parmi ceux-ci, on trouve des médecins sapeurs-pompiers volontaires[277] intervenant, comme leurs collègues professionnels, en qualité de membres du SSSM, et des médecins correspondant du SAMU.

[1509] Des médecins libéraux – parfois les mêmes - participent également à l'activité de régulation soit au titre de la permanence des soins ambulatoire (PDSA), soit pour renforcer les effectifs du SAMU sur l'aide médicale urgente.

[1510] Les infirmiers peuvent intervenir soit comme salariés de l'hôpital (SU, SMUR) soit comme sapeurs-pompiers volontaires.

[1511] Cette annexe vise à rappeler quelques données quantitatives concernant les professions de médecins et d'infirmiers (évolution des effectifs hospitaliers, perspectives démographiques). Il n'existe pas de données ni rétrospectives ni prospectives sur la participation des médecins libéraux à l'activité d'urgence.

[1512] Les données disponibles proviennent du répertoire d'inscription des professionnels de santé ADELI[278] puis du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS)[279] ; la SAE produit les seuls effectifs hospitaliers colligés par la DREES.

[1513] Au niveau global, le rapport de l'Observatoire national des professionnels de santé (ONPDS) pour 2010 soulignait un deux éléments importants :

- une progression constante des effectifs dans les deux professions entre 2000 et 2010 : +7% pour les médecins et +35% pour les infirmiers ;
- le doublement du *numerus clausus* médical entre 1998 et 2009, passé de 3 900 à 7 400, avec une répartition inégale selon les subdivisions. Ceci a induit une forte progression des promotions d'internes de médecine générale en cours de formation : +76% entre 2006 et 2010 pour une moyenne de 36% sur l'ensemble des disciplines. Au niveau national, 72% des candidats ayant choisi le DES de médecine générale sont restés dans leur subdivision d'origine.

[1514] Pour les professionnels non médicaux, l'allongement des durées de formation et l'introduction de formations débouchant sur des pratiques avancées peut détourner une partie des effectifs du métier de base.

[277] Certains médecins sapeurs-pompiers volontaires sont praticiens hospitaliers.

[278] Répertoire d'enregistrement obligatoire des diplômes des professionnels de santé, du social et d'usagers de titres professionnels du champ sanitaire. Le champ de ces statistiques est constitué par l'ensemble des professionnels de santé ayant déclaré une activité au répertoire ADELI (automatisation des listes). Les statistiques sont élaborées à partir du répertoire brut corrigé des erreurs manifestes de saisie ou des incohérences relevées.

[279] Ce répertoire a concerné dans une première phase les quatre professions médicales dotées d'un Ordre (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes). Il a vocation à intégrer progressivement les autres professions de santé.

1 UNE EVOLUTION CONTRASTEE DES EFFECTIFS DE MEDECINS ET D'INFIRMIERS

[1515] La situation est différente entre les médecins et les infirmiers avec, d'un côté, le paradoxe d'un pays qui n'a jamais eu autant de médecins mais dont la densité médicale va faiblir, de l'autre, des infirmières dont les effectifs devraient continuer à croître dans les prochaines années.

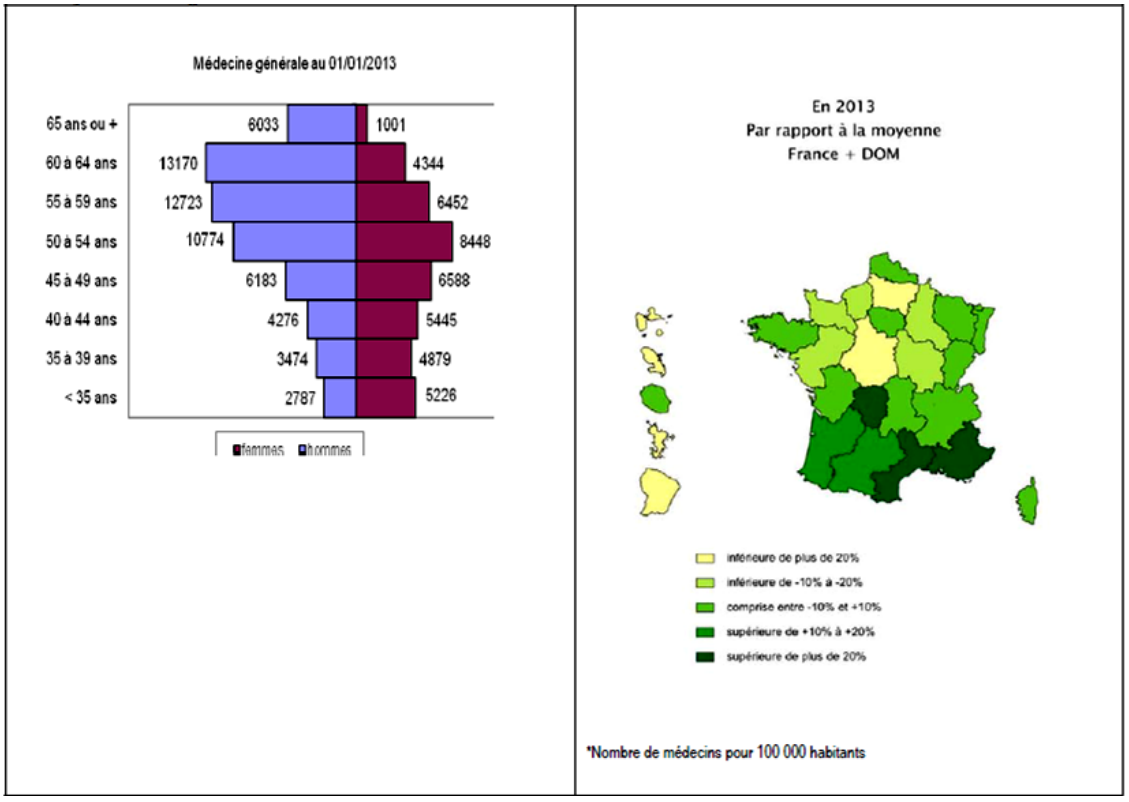
1.1 Les médecins

[1516] La DREES édite un document annuel[280] sur les médecins, élaboré depuis 2012 à partir du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) auquel tous les médecins sont tenus de s'inscrire. Au 1er janvier 2013, le RPPS recense 218 296 médecins en activité, dont 213 227 en métropole. Pourtant, du fait de l'évolution de la population, on enregistre sur la même période une légère baisse de la densité de l'ensemble des médecins (-0,3 %) par rapport à l'année 2012.

[1517] Parmi eux, la spécialité de médecine générale compte 115 443 médecins dont 41,9% de femmes. Ceux qui exercent en milieu hospitalier sont au nombre de 21 576 soit 18,7% du total. Plus de la moitié des effecteurs de cette spécialité exerce en statut libéral (55%). Un quart d'entre eux (24%) est âgé de 60 ans et plus, pour un âge moyen de 51,4 ans.

[1518] La densité nationale de 157 médecins généralistes pour 100 000 habitants masque des disparités s'échelonnant de 20% au-dessous en région Centre et Picardie à plus de 20% au-dessus en Limousin, Languedoc Roussillon et PACA.

Graphique 6 : pyramide des âges et densités régionales



Source : ASIP Santé RPPS, traitements DREES

[280] Document de travail « les médecins au 1er janvier 2013 » série statistique n° 179 avril 2013.

[1519] Par ailleurs, la DREES a établi en 2009 des projections de la démographie médicale à l'horizon 2030[281] qui indiquent que le nombre de médecins devrait baisser de près de 10% au cours des dix prochaines années avant de pouvoir remonter, sur la base des décisions des pouvoirs publics et des comportements antérieurs des jeunes médecins.

[1520] La baisse continue du *numerus clausus* entre 1972 et 1990, passé de 8 000 à 3 500 places produira des effets de long terme même si son niveau a été progressivement relevé pour atteindre 7 400 places en 2009. En effet, les médecins qui partiront à la retraite appartiennent à des générations qui ont connu des *numerus clausus* élevés, voire ont fait leurs études avant sa mise en place. Toutes choses égales par ailleurs, ce n'est qu'à partir de 2020 que le solde entre les sorties et les entrées redeviendra positif.

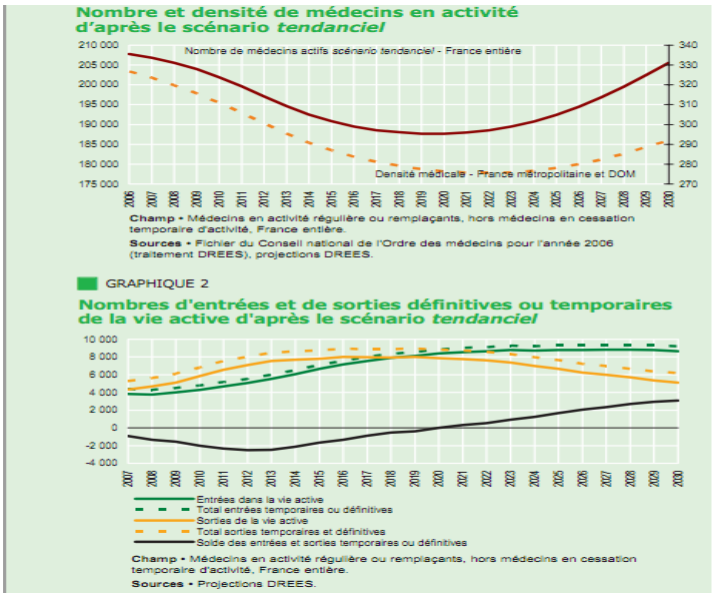
[1521] Les vingt prochaines années seront ainsi marquées par des évolutions contrastées entre les spécialités et les régions. Compte tenu des évolutions de population, les densités médicales devraient chuter de 20 à 35% dans plusieurs régions (Corse, Languedoc-Roussillon, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Midi-Pyrénées) et croître de 10 à 16% dans les régions Poitou-Charentes, Franche-Comté, Basse-Normandie, Bretagne, Auvergne et Lorraine.

[1522] De même, les projections indiquent qu'à l'horizon 2030, le nombre de médecins exerçant en zone rurale diminuerait de 25% tandis que l'effectif des médecins qui travaillent dans un pôle urbain avec CHU augmenterait de 6,5%.

[1523] Enfin, à terme, le nombre de médecins à exercice exclusivement libéral serait moins élevé que celui observé en 2006 : pour les généralistes, 55,5% du total en 2030 contre 60,2% en 2006 ; pour les spécialistes, 28,5% au lieu de 35,6%. Inversement, plus de la moitié des spécialistes et le quart des généralistes exercerait à l'hôpital, à terme.

[1524] Ces projections sont fondées sur un scenario qui repose sur des tendances lourdes, en prolongement de la situation actuelle ; elles restent peu impactées par l'introduction de variantes qui produisent des effets complexes à maîtriser en raison du nombre de variables qui entrent en jeu, tenant en particulier aux incertitudes sur les effets de la mobilité interrégionale.

Graphique 7 : projection des ressources médicales sur 2030 sur un scénario tendanciel



Source : DREES : la démographie médicale à l'horizon 2030 ; études et résultats n° 679 fév. 2009

[281] Etudes et résultats février 2009 ; nouvelles projections nationales et régionales sur la démographie médicale à l'horizon 2030

[1525] L'ensemble de ces évolutions aura des impacts sur la ressource médicale disponible pour prendre en charge les soins d'urgence, à plusieurs niveaux :

- la ressource médicale continuera à se concentrer dans les grands centres urbains ; les difficultés de prise en charge en secteur diffus feront émerger des solutions innovantes qui amplifieront les orientations actuelles (exercice groupé, recours à un effecteur de premier niveau pour l'urgence vitale, délégation de tâches) ;
- la diversité des situations va croître au sein même d'une région, ce qui conduira à organiser les réponses territoriales de manière fine et ajustée aux contraintes locales ; la concertation entre les deux secteurs sur l'implantation et la mobilisation des moyens humains et techniques s'imposera plus encore qu'aujourd'hui ;
- la raréfaction tendancielle de la ressource libérale autant que le passage à une véritable spécialité d'urgentiste à l'hôpital confirmeront une évolution des missions des SAMU vers la permanence voire la continuité des soins, aux côtés de médecins purement généralistes à exercice salarié et de groupe ; les frontières entre les missions et les modes d'exercice devraient s'estomper et en priorité dans ce secteur de l'urgence.

[1526] L'étude de la DREES n'intègre pas, par construction, les effectifs d'étudiants partis se former dans d'autres pays de l'Union européenne ou les médecins étrangers européens ou non qui s'installent. Ainsi, sur l'ensemble des médecins nouvellement inscrits au 1er janvier 2013, 24,1% d'entre eux sont titulaires d'un diplôme obtenu hors de France[282].

1.2 Les infirmiers une profession dont les effectifs devraient continuer à croître

[1527] Avec 579 866 membres au 1er janvier 2013, la profession infirmière est la plus nombreuse parmi les professions de santé. Le nombre d'infirmiers a augmenté de 2,8% par an en moyenne au cours des vingt dernières années. La densité[283] moyenne est ainsi passée de 633 infirmiers de moins de 65 ans pour 100 000 habitants en 2000 à 809 en 2010. En 2013, la densité moyenne, toujours en augmentation, est de 909 (914 en métropole) et varie de 217 à Mayotte jusqu'à 1 469 dans les Hautes-Alpes.

[1528] L'exercice salarié à l'hôpital concerne 68,2% des effectifs, l'exercice libéral ou mixte 16%. Les infirmiers sont âgées en moyenne d'un peu plus de 43 ans. La profession reste très féminisée, à 87%.

[282] Atlas de la démographie médicale édition 2013 publié par l'ONCD et le CNOM.
[283] Nombre d'infirmiers en activité par habitant.

Tableau 31 : mode d'exercice des infirmiers

	Libéral ou mixte		Salarié hospitalier		Autres salariés		TOTAL				Age moyen
SECTEUR D'ACTIVITE	% Fem	H+F	% Fem	H+F	% Fem	H+F	H	F	H+F	% Fem	
Établissement public de santé	80,8	609	86,6	301 023	0,0	0	40 375	261 257	301 632	86,6	42,4
Établissement privé ESPIC	80,4	718	85,7	31 975	0,0	0	4 718	27 975	32 693	85,6	44,1
Établissement privé lucratif	85,6	1 350	89,9	62 529	0,0	0	6 518	57 361	63 879	89,8	40,8
Centre de santé	86,3	139	0,0	0	93,8	6 684	431	6 392	6 823	93,7	44,7
Cabinet individuel	83,9	51 688	0,0	0	89,6	595	8 387	43 896	52 283	84,0	45,4
Cabinet de groupe	84,2	31 679	0,0	0	89,7	435	5 045	27 069	32 114	84,3	43,8
Exercice en société	80,0	4 970	0,0	0	89,2	93	1 005	4 058	5 063	80,2	46,1
Entreprise d'intérim	83,0	353	0,0	0	83,9	14 678	2 428	12 603	15 031	83,8	36,1
Prévention et soins en entreprise	88,6	35	0,0	0	90,5	3 333	321	3 047	3 368	90,5	51,3
Sante scolaire et universitaire	96,6	29	0,0	0	96,3	5 061	187	4 903	5 090	96,3	50,6
P.M.I. Planification familiale	100,0	4	0,0	0	98,6	1 403	19	1 388	1 407	98,6	49,4
Etablissement pour handicapés	87,9	99	0,0	0	91,1	6 327	577	5 849	6 426	91,0	47,4
Etablissement pour personnes âgées	85,7	370	0,0	0	92,1	26 447	2 141	24 676	26 817	92,0	44,4
Autres	86,7	760	0,0	0	92,1	26 480	2 204	25 036	27 240	91,9	47,5
Total	**83,8**	**92 803**	**87,1**	**395 527**	**91,1**	**91 536**	**74 356**	**505 510**	**579 866**	**87,2**	**43,1**

Source : DREES répertoire ADELI ; champ France métropolitaine

Tableau 32 : répartition des infirmiers selon la taille de la commune

	Libéral ou mixte		Salarié hospitalier		Autres salariés		TOTAL				En %
TRANCHE D'UNITE URBAINE	% Fem.	H + F	% Fem.	H + F	% Fem.	H + F	H	F	H + F	% Fem.	du total
Commune rurale	87,2	21 700	83,3	10 093	92,9	11 515	5 279	38 029	43 308	87,8	7,5
U. u. de moins de 5 000 hab.	86,3	7 904	84,2	11 127	93,2	5 613	3 222	21 422	24 644	86,9	4,2
de 5 000 à - de 10 000 hab.	85,6	6 241	85,7	18 193	93,2	4 689	3 812	25 311	29 123	86,9	5,0
de 10 000 à - de 20 000 hab.	85,4	5 184	87,3	22 088	93,5	4 136	3 837	27 571	31 408	87,8	5,4
de 20 000 à - de 50 000 hab.	84,9	6 348	87,4	45 477	92,7	6 278	7 125	50 978	58 103	87,7	10,0
de 50 000 à - de 100 000 hab.	83,0	7 481	87,1	50 184	92,8	8 085	8 331	57 419	65 750	87,3	11,3
de 100 000 à - de 200 000 hab.	82,0	5 394	88,0	39 677	90,1	7 762	6 509	46 324	52 833	87,7	9,1
de 200 000 à - de 2 000 000 hab.	80,2	25 224	87,5	132 882	89,7	30 563	24 763	163 906	188 669	86,9	32,5
Agglomération parisienne	81,9	7 327	86,7	65 806	89,0	12 895	11 478	74 550	86 028	86,7	14,8
Total	**83,8**	**92 803**	**87,1**	**395 527**	**91,1**	**91 536**	**74 356**	**505 510**	**579 866**	**87,2**	**100,0**

Source : DREES répertoire ADELI ; champ France métropolitaine

[1529] La DREES[284] a réalisé un exercice de projection à trente ans, en supposant constants les comportements des personnels et le niveau des quotas décidé par les pouvoirs publics. Il en résulte une prolongation de la tendance observée dans le passé avec une augmentation de 37% du nombre d'infirmiers à cette échéance par rapport à l'année 2006. La France compterait 657 800 infirmiers en 2030, soit une densité à terme de 929 infirmiers en activité pour 100 000 habitants.

[1530] Les infirmiers libéraux devraient connaître la croissance la plus forte, passant de 57 800 en 2006 à 116 100 en 2030, soit un doublement en 25 ans, avec des variations régionales dépendant de l'évolution corrélative de la population. Les écarts entre les densités régionales, très importants pour les libéraux (1 à 5 en 2006) se réduiraient fortement (1 à 2 en fin de période).

[1531] Les infirmiers continueraient à travailler en majorité (50%) à l'hôpital public, comme au aujourd'hui.

[284] La démographie des infirmiers à l'horizon 2030 Etudes et résultats mai 2011

2 UNE EVOLUTION SENSIBLE DES EFFECTIFS DES SAMU SMUR

[1532] Il faut ici se référer à la SAE en mesurant l'évolution des équivalents temps plein affectés et ayant travaillé[285] dans des services d'urgence au mois de décembre entre 2007 et 2012. Dans le décompte des médecins, il est demandé d'exclure les internes et autres étudiants en médecine. Seuls ont été repris ici les effectifs soignants.

2.1 Evolution des effectifs de médecins et d'infirmiers dans les SAMU-SMUR

[1533] L'augmentation des effectifs est générale, mais plus particulièrement pour la part des effectifs mutualisés, c'est-à-dire qui dépendent d'un pôle urgence et travaillent tour à tour soit entre SAMU et SMUR, soit plus largement avec les services d'urgence.

Tableau 33 : évolution des effectifs soignants de l'activité d'urgence

	2007	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**variation 2012/2007**
ETP médicaux des SU	3 215	3 358	3 507	3 476	3 340	3 299	2,61%
ETP médicaux dédiés SAMU-SMUR	1 329	1 524	1 523	1 588	1 647	1 634	22,95%
ETP médicaux mutualisés	1 834	1 801	1 847	2 094	2 260	2 687	46,51%
Sous-total médecins	6 378	6 683	6 877	7 158	7 247	7 620	19,47%

	2007	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**variation 2012/2007**
ETP infirmiers et cadres des SU	11 708	13 606	15 071	15 398	14 908	15 009	28,19%
ETP infirmiers et cadres dédiés SAMU SMUR	1 355	1 701	1 892	2 288	2 092	1 934	42,73%
ETP infirmiers et cadres mutualisés	2 300	2 142	2 686	2 892	3 426	3 696	60,70%
Sous-total infirmiers et cadres	15 363	17 449	19 649	20 578	20 426	20 639	34,34%

Source : SAE+ mission

[1534] La mutualisation est à la fois un moyen d'égaliser l'attractivité entre des services d'urgence qui peinent à recruter et des SMUR-SAMU qui correspondent plus facilement à l'image d'une médecine de terrain, plus technique et essentielle. La mutualisation gagne du terrain parce que les deux types d'exercice se complètent et améliorent la qualité de la prise en charge dans toute la chaîne de l'urgence.

[1535] Aussi, quand le nombre de médecins affectés aux divers services de l'urgence croît de 19,5%, celui des effectifs médicaux mutualisés entre les trois types de service a augmenté de 46%.

[1536] Il en va de même pour les infirmiers avec la même proportion (34,3% vs 60,7%).

[285] Il est prévu à avenir de lui substituer la notion de temps de travail rémunéré.

2.2 Une présence des médecins libéraux en fonction de régulation

[1537] La régulation médicale de l'activité d'AMU est assurée par des praticiens hospitaliers, appuyés par des médecins libéraux salariés par l'hôpital pour cette activité. Ils sont aidés par les assistants de régulation médicale.

[1538] Dans un paysage d'augmentation des appels, la pression est plus forte sur les assistants qui doivent faire face à une hausse de 40% de leur charge en trois ans, à effectif constant.

[1539] Parallèlement, la régulation au titre de la permanence des soins ambulatoires PDSA est prise en charge par des médecins libéraux, alors bénéficiaires d'un forfait de régulation versé par l'assurance maladie par l'intermédiaire des ARS. L'activité est identifiée pour la première fois en 2012 avec 2,4 millions d'appels traités par 128 médecins.

Tableau 34 : activité des effectifs de régulation médicale au titre de l'AMU et de la PDSA

	2009		2010	2011	2012	variation
Nombre d'appels décrochés			15 328 620	20 809 910	20 247 603	32,0%
Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur le mois d'octobre par les médecins	326	*Médecins régulateurs AMU*	256	216	226	
Nombre de dossiers de régulation médicale			7 705 146	9 647 541	9 770 807	26,8%
		Médecins régulateurs généralistes	144	135	128	
Nombre de dossiers de régulation médicale au titre de la PDSA					2 470 815	
			400	351	354	
Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées par les assistants de régulation médicale	597		615	521	609	
Nombre de dossiers de régulation ouverts dans l'année			8 877 382	12 097 842	12 505 445	40,9%

Source : SAE+mission

2.3 Des soignants sapeurs-pompiers en mutation

[1540] L'activité du service de santé et de secours médical est d'abord tournée vers l'interne. En 2012, la fonction de médecine du travail recouvre 25 828 visites de recrutement et 179 542 visites d'aptitude pour le maintien en activité, à l'occasion desquelles 12,5% d'inaptitudes ont été prononcées.

[1541] En 2012, les SSSM comptait 11 832 sapeurs-pompiers dont 4,7% de professionnels, 94,8% de volontaires et 0,5% de contractuels. Parmi ceux-ci, les personnels à statut militaire relevant de la BSPP ou du BMPM comptent pour 211 personnes.

[1542] A l'extérieur, outre le soutien à leurs collègues en intervention (13 621 interventions), médecins et infirmiers prennent en charge des victimes, à raison de près de 179 765 interventions, dont 69% sont le fait des infirmières. Ce volume donne la mesure de la montée en puissance des infirmiers diplômés d'Etat au sein du SSSM, alors que parallèlement on observe une diminution rapide des effectifs médicaux.

Tableau 35 : effectifs de médecins et d'infirmiers des SSSM (2008-2012)

Graphique 8 :	Graphique 9 **008**	Graphique 1 **009**	Graphique 1 **010**	Graphique 1 **011**	Graphique 1 **012**	Graphique 14 : **volution 2008-2012**
Graphique 15 : **édecins professionnels**	Graphique 1 75	Graphique 1 84	Graphique 1 96	Graphique 1 13	Graphique 2 12	Graphique 21 : 3%
Graphique 22 : **édecins volontaires**	Graphique 2 336	Graphique 2 164	Graphique 2 881	Graphique 2 717	Graphique 2 368	Graphique 28 : 18%
Graphique 29 : ***ous-total***	Graphique 3 *611*	Graphique 3 *448*	Graphique 3 *177*	Graphique 3 *030*	Graphique 3 *680*	Graphique 35 :
Graphique 36 : **nfirmiers professionnels**	Graphique 3 68	Graphique 3 02	Graphique 3 15	Graphique 4 23	Graphique 4 20	Graphique 42 : 9%
Graphique 43 : **nfirmiers volontaires**	Graphique 4 553	Graphique 4 999	Graphique 4 265	Graphique 4 579	Graphique 4 865	Graphique 49 : 9%
Graphique 50 : ***ous-total***	Graphique 5 *821*	Graphique 5 *301*	Graphique 5 *580*	Graphique 5 *902*	Graphique 5 *185*	Graphique 56 :
Graphique 57 : ***otal***	Graphique 5 *0 432*	Graphique 5 *0 749*	Graphique 6 *0 757*	Graphique 6 *0 932*	Graphique 6 *0 865*	Graphique 63 :

Source : INFOSDIS+ mission

[1543] Le tableau qui précède compare des effectifs professionnels et volontaires dont la capacité de mobilisation est différente.

[1544] Il apparaît que l'effectif global disponible reste stable en cinq ans, masquant une montée en charge des infirmiers de 29% entre 2008 et 2012 quand sur la même période le nombre de médecins volontaires diminuent de 18%. L'âge moyen des deux catégories est très différent[286] : 53 ans pour les médecins (48% ont plus de 55 ans) et seulement 37 ans pour les infirmiers (43% ont moins de 35 ans).

[1545] Parallèlement, l'origine professionnelle des personnels soignants sapeurs-pompiers volontaires évolue profondément. La baisse de la part des libéraux est compensée par l'augmentation de la part des hospitaliers.

[1546] Cette évolution peut expliquer les inquiétudes de chefs de service hospitaliers dont le personnel soignant s'investit sur les mêmes fonctions dans un cadre différent en plus de son activité au sein de l'établissement. Pourtant le recrutement de volontaires infirmiers de statut libéral s'accroît plus rapidement (+23% en trois ans) que celui des salariés issus de l'hôpital (+15%). Cette évolution est cohérente avec les tendances à moyen terme et peut ouvrir de nouvelles perspectives de prise en charge en tout point du territoire.

Tableau 36 : origine professionnelle des médecins et infirmiers sapeurs-pompiers volontaires (hors BMPM, BSPP, 01, 973)

	2009	**2012**	**Evolution**
Médecins libéraux	4 082	3 260	*-20%*
Médecins hospitaliers	747	798	*7%*
Autres	209	209	*0%*
Infirmiers libéraux	810	999	*23%*
Infirmiers hospitaliers	3 517	4 048	*15%*
Autres	545	691	*27%*
Sous-total libéral	4 892	4 259	-14,86%
Sous-total hospitalier	4 264	4 846	13,65%

Source : INFOSDIS et mission

[1547] Ces évolutions doivent être croisées avec celles de la demande en soins, d'assistance et de soutien, dont le niveau devrait continuer à croître avec le vieillissement de la population et de sa part la plus âgée. L'ensemble des services et de professionnels de santé sera sollicité, plus encore qu'aujourd'hui, pour la prise en charge de cette catégorie de patients.

[286] INFOSDIS 2013 sur donnée 2012.

ANNEXE 11
APPROCHES EVALUATIVES DES MODES DE PRISE EN CHARGE ET DES PRATIQUES MEDICALES D'URGENCE

1. EVALUATION DE MODES DE PRISE EN CHARGE 297
1.1 Evaluation de la médicalisation pré-hospitalière 297
1.2 Evaluation de la filiarisation 299
1.3 Evaluation de la pertinence de certains gestes 301
1.3.1 Administration d'adrénaline en pré-hospitalier en cas d'arrêt cardiaque 301
1.3.2 Préservation de la qualité des organes à des fins de greffe chez des patients frappés par un arrêt cardiaque traumatique hors hôpital 302
2 EVALUATION DES PRATIQUES INDIVIDUELLES 303
2.1 Evaluation des compétences des effecteurs médicaux hors SMUR 303
2.2 Evaluation de la régulation médicale 303
2.3 Retours d'expérience 304

[1548] Plusieurs interlocuteurs de la mission ont posé des questions d'évaluation des prises en charge médicales d'urgence, sous deux angles différents : évaluation des modes de prise en charge et évaluation des pratiques.

[1549] L'objet de la présente annexe n'est pas de fournir une réponse exhaustive à ces deux questions, mais d'apporter des éclairages sur les approches existantes, le type de résultats qu'elles permettent d'établir et les champs restant à couvrir.

Méthodologie

Pour approfondir les questions soulevées, la mission a demandé à ses interlocuteurs, au fil de ses entretiens, les sources qu'ils pouvaient lui communiquer. Les articles reçus ont été adressés par le Professeur Jeannot Schmidt, président de la société française de médecine d'urgence (SFMU) et responsable du pôle SAMU-SMUR-urgences au CHU de Clermont-Ferrand, le Professeur Pierre Carli, président du conseil national de l'urgence hospitalière et responsable du SAMU de Paris et le Docteur Dominique Savary, responsable du SAMU 74.

La mission a posé deux conditions pour évoquer un article : d'abord, disposer de l'article lui-même, toute exploitation indirecte sans accès à la source pouvant faire perdre de la substance ou induire un risque de mauvaise interprétation ; ensuite, que l'article ait un lien direct avec les questions énumérées ci-dessus.

Enfin, compte tenu du fait qu'aucun membre de la mission n'est médecin, la présentation se veut la plus à plat possible (citations dans la langue de l'article, sans traduction et en évitant les reformulations).

1. EVALUATION DE MODES DE PRISE EN CHARGE

[1550] Le questionnement sur les modes de prise en charge va de l'évaluation générale du modèle français de médicalisation pré-hospitalière à celle de l'apport de certains gestes « au pied de l'arbre », en passant par l'évaluation de la pertinence d'une admission directe dans le service disposant du bon plateau technique, sans orientation initiale vers un service d'urgence (« filiarisation »).

1.1 Evaluation de la médicalisation pré-hospitalière

[1551] La question de l'évaluation de la médicalisation pré-hospitalière à la française peut paraître pertinente du fait de l'existence de modes d'organisation différents dans d'autres pays (*paramedics* dans les pays anglo-saxons).

[1552] Néanmoins, une comparaison internationale est difficile compte tenu de l'intrication d'autres facteurs susceptibles d'avoir une influence sur les taux de survie et de récupération des patients : qualité globale du système de santé, équilibre entre services d'urgence et services aval, organisation du système de secours, formation des acteurs des secours et soins urgents, rôle des sapeurs-pompiers, rôle des ambulanciers…

[1553] Cette réserve étant posée, il existe des études abordant le sujet de la prise en charge médicale en amont de l'hôpital pour certains traumatismes ou pathologies. Deux études françaises allant dans le sens de l'intérêt d'une médicalisation pré-hospitalière ont été communiquées à la mission. La première porte sur les traumatismes fermés sévères et la seconde, sur l'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST :

- Tissier C, Bonithon-Kopp C, Freysz M.French Intensive care Recorded in Severe Trauma (FIRST) study group. Statement of severe trauma management in France; teachings of the FIRST study**.** Ann Fr Anesth Reanim. 2013 Jul-Aug;32(7-8):465-71.

- *"Methods: The FIRST study was based on a multicenter prospective cohort of patients aged 18 or over with severe exclusive blunt trauma requiring admission to university hospital care unit within the first 72h and/or managed by medical-Staffed Emergency Mobile Unit (SMUR). Multiple data were collected about patient characteristics, clinical initial status, typology of trauma and the main endpoints were 30-day mortality".*
- *« **Conclusion: The FIRST study suggests the benefit of a medical management in the prehospital setting on the survival of trauma patients. The emergency physician (EP) expertise in the pre-hospital and initial hospital phases would lead to the concept of the appropriate care for the appropriate trauma patient. It also highlights the necessity to set up organized regional sectors of care and registries**".*

- E. Puymirat, MD, Tabassome Simon, MD, PhD, Ph. G. Steg, MD, F. Schiele, MD, PhD, P. Gueret, MD, PhD, D. Blanchard, MD, Kh. Khalife, MD, P. Goldstein, MD, S. Cattan, MD, L. Vaur, MD, J.P. Cambou, MD, J. Ferrières, MD, PhD, N. Danchin, MD, PhD for the USIK USIC 2000 and FAST MI Investigators. Association of changes in clinical characteristics and management with improvement in survival among patients with ST-elevation myocardial infarction ; American medical association in Jama network sept 2012.

- *"Objective: To determine potential factors—beyond reperfusion therapy— associated with improved survival in patients with STEMI over a 15-year period.*
- *Design, Setting, and Patients: Four 1-month French nationwide registries, conducted 5 years apart (between 1995, 2000, 2005, 2010), including a total of 6 707 STEMI patients admitted to intensive care or coronary care units".*

[1554] D'après l'étude, la mortalité standardisée à 30 jours des patients ayant fait un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST est passée en France de 11,3% en 1995 à 4,4% en 2010. Parmi les éléments qui ont changé dans la prise en charge de ces patients, l'article pointe un délai d'alerte plus court, un recours plus large à des unités mobiles de soins intensifs mais aussi un recours croissant à l'angiographie coronarienne et à l'angioplastie.

- *"Results: Mean (SD) age decreased from 66.2 (14.0) to 63.3 (14.5) years, with a concomitant decline in history of cardiovascular events and comorbidities. The proportion of younger patients increased,… Time from symptom onset to hospital admission decreased, with a shorter time from onset to first call, and broader use of mobile intensive care units. Reperfusion therapy increased from 49.4% to 74.7%, driven by primary percutaneous coronary intervention (11.9% to 60.8%). Early use of recommended medications increased, particularly low molecular-weight heparins and statins. Crude30-day mortality decreased from 13.7% (95% CI, 12.0-15.4) to 4.4% (95%CI, 3.5-5.4), whereas standardized mortality decreased from 11.3% (95% CI, 9.5-13.2) to 4.4% (95% CI, 3.5-5.4)...*
- *"**Conclusion: In France, the overall rate of cardiovascular mortality among patients with STEMI decreased from1995 to 2010, accompanied by an increase in the proportion of women younger than 60 years with STEMI, changes in other population characteristics, and greater use of reperfusion therapy and recommended medications**".*

[1555] Sur le sujet des infarctus du myocarde avec élévation du segment ST, on peut noter que le dispositif français a été repris et adapté au Canada, dans un système ne disposant pourtant pas de médecins dédiés aux prises en charge urgentes. La solution retenue a été de donner une formation complémentaire à certains *paramedics* afin de développer leur capacité de diagnostic.

- University of Ottawa. Heart institute. Dr. Michel Le May, Director of UOHI's STEMI Program. Fresh Approach Leads to Dramatic Mortality Reduction in High-Risk Patients. The Beat. Volume 2. Issue 2. 2007.

  - *"The STEMI system was in part adapted from the emergency services system in France known as SAMU – service d'aide médicale urgente. SAMU distinguishes emergency transport from emergency treatment. A company of SAMU-affiliated physicians is available for dispatch.*
  - *"**In Ottawa, since we don't have the doctors, we decided to provide additional training for these advanced care para-medics to make a preliminary diagnosis for a heart attack**," says Dr. Le May. "Over the last few years in Ottawa, we've been fortunate to have a group in advanced care who study a little longer and not just about the heart but about trauma, for example."*

1.2 Evaluation de la filiarisation

[1556] L'admission directe, sans passage aux urgences, dans le service équipé du plateau technique de pointe nécessaire pour la bonne prise en charge du patient est préconisée pour certaines pathologies (AVC, infarctus du myocarde, traumatismes graves…). Ce choix sanitaire, dit « filiarisation », est étayé par des études scientifiques spécifiques à une pathologie ou un type de traumatisme, parmi lesquelles les quatre suivantes auxquelles la mission a eu accès :

- P G Steg, J-P Cambou, P Goldstein, E Durand, P Sauval, Z Kadri, D Blanchard, J-M Lablanche, P Gueret, Y Cottin, J-M Juliard, G Hanania, L Vaur, N Danchin, for the USIC 2000 Investigators. Bypassing the emergency room reduces delays and mortality in ST elevation myocardial infarction: the USIC 2000 registry (Aug. 16th 2006). www.heartjnl.com

  - *Objective: To study the impact on outcomes of direct admission versus emergency room (ER) admission in patients with ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI)*
  - *Design: Nationwide observational registry of STEMI patients*
  - *Setting: 369 intensive care units in France.*
  - *Results: Of 1204 patients enrolled, 66.9% were admitted direct and 33.1% via the ER. Bypassing the ER was associated with more frequent use of reperfusion (61.7% v 53.1%; p = 0.001) and shorter delays between symptom onset and admission (244 (interquartile range 158) v 292 (172) min; p , 0.001), thrombolysis (204 (150) v 258 (240) min; p , 0.01), hospital thrombolysis (228 (156) v 256 (227) min, p = 0.22), and primary percutaneous coronary intervention (294 (246) v 402 (312) min; p , 0.005). Five day mortality rates were lower in patients who bypassed the ER (4.9% v 8.6%; p = 0.01), regardless of the use and type of reperfusion therapy. After adjusting for the simplified Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI) risk score, admission via the ER was an independent predictor of five day mortality (odds ratio 1.67, 95% confidence interval 1.01 to 2.75).*
  - ***"Conclusion: In this observational analysis, bypassing the emergency room (ER) was associated with more frequent and earlier use of reperfusion therapy, and with an apparent survival benefit compared with admission via the ER".***

- Christian M. Spaulding, M.D., Luc-Marie Joly, M.D., Alain Rosenberg, M.D., Mehran Monchi, M.D.,Simon N. Weber, M.D., Jean-François A. Dhainaut, M.D., PH.D.,and Pierre Carli, M.D. Immediate coronary angiography in survivors of out-of-hospital cardiac arrest. (1997). The New England Journal of Medicine. Volume 336 Number 23. Page 1629.

  - *Background: The incidence of acute coronary artery occlusion among patients with sudden cardiac arrest outside of the hospital is unknown, and the role of reperfusion therapy has not been determined. We therefore performed immediate coronary angiography and angioplasty when indicated in survivors of out-of-hospital cardiac arrest.*
  - *Methods: Between September 1994 and August 1996, coronary angiography was performed in 84 consecutive patients between the ages of 30 and 75 years who had no obvious non cardiac cause of cardiac arrest.*
  - *Results: Sixty of the 84 patients had clinically significant coronary disease on angiography, 40 of whom had coronary-artery occlusion (48 percent). Angioplasty was attempted in 37 patients and was technically successful in 28. Clinical and electrocardiographic findings, such as the occurrence of chest pain and the presence of ST-segment elevation, were poor predictors of acute coronary-artery occlusion. The in-hospital survival rate was 38 percent. Multivariate logistic-regression analysis revealed that successful angioplasty was an independent predictor of survival odds ratio, 5.2; 95 percent confidence interval, 1.1 to 24.5; P ! 0.04).*
  - *« **Conclusion: acute coronary-artery occlusion is frequent in survivors of out-of-hospital cardiac arrest and is predicted poorly by clinical and electrocardiographic findings. Accurate diagnosis by immediate coronary angiography can be followed in suitable candidates by coronary angioplasty, which seems to improve survival**".*

- Ellen J. MacKenzie, Ph.D., Frederick P. Rivara, M.D., M.P.H., Gregory J. Jurkovich, M.D., Avery B. Nathens, M.D., Ph.D., Katherine P. Frey, M.P.H., Brian L. Egleston, M.P.P., David S. Salkever, Ph.D., and Daniel O. Scharfstein, Sc.D. A National Evaluation of the Effect of Trauma-Center Care on Mortality. N Engl J Med 2006; 354:366-378January 26, 2006DOI: 10.1056/NEJMsa052049

  - *"Method: Mortality outcomes were compared among patients treated in 18 hospitals with a level 1 trauma center and 51 hospitals non–trauma centers located in 14 states. Patients 18 to 84 years old with a moderate-to-severe injury were eligible. Complete data were obtained for 1104 patients who died in the hospital and 4087 patients who were discharged alive. We used propensity-score weighting to adjust for observable differences between patients treated at trauma centers and those treated at non–trauma centers.*
  - *Results: After adjustment for differences in the case mix, the in-hospital mortality rate was significantly lower at trauma centers than at non–trauma centers (7.6 percent vs. 9.5 percent; relative risk, 0.80; 95 percent confidence interval, 0.66 to 0.98), as was the one-year mortality rate (10.4 percent vs. 13.8 percent; relative risk, 0.75; 95 percent confidence interval, 0.60 to 0.95). The effects of treatment at a trauma center varied according to the severity of injury, with evidence to suggest that differences in mortality rates were primarily confined to patients with more severe injuries.*
  - ***Conclusions: Our findings show that the risk of death is significantly lower when care is provided in a trauma center than in a non–trauma center and argue for continued efforts at regionalization.**"*

- D. Freiburghaus R. Kehtari B. Yersin P. Michel . Accès à la thrombolyse lors d'AVC : rôle des secours préhospitaliers et des médecins de premier recours. Revue médicale suisse. N° 3179.

> ***Résumé : La thrombolyse précoce constitue, à l'heure actuelle, le seul traitement pouvant améliorer le pronostic des patients atteints d'un accident vasculaire cérébral ischémique.*** *Par ailleurs, son administration dans les délais les plus courts après la survenue des premiers symptômes augmente significativement son efficacité. Le tri des patients en préhospitalier et leur acheminement vers un centre spécialisé restent les seuls facteurs déterminants permettant la réalisation de cette technique dans les délais autorisés. Sur la base de données romandes, il résulte que* ***le tri des patients par un médecin-urgentiste et leur transfert direct depuis le domicile sans halte à l'hôpital régional et sans imagerie réduisent considérablement les délais et permettent ainsi à un plus grand nombre de patients de bénéficier de ce traitement".***

1.3 Evaluation de la pertinence de certains gestes

[1557] Afin d'améliorer la qualité des prises en charge, des études sont conduites sur les apports de certains gestes en pré-hospitalier. La mission a eu accès à trois de ces études, traitant de deux sujets différents : les deux premières sont relatives à l'administration d'adrénaline en cas d'arrêt cardiaque en dehors de l'hôpital ; la troisième met en lumière que l'arrêt cardiaque traumatique peut, si la mort du patient ne peut être évitée, permettre de sauver d'autres vies, si les gestes mis en œuvre permettent de conserver la qualité des organes du patient décédé.

1.3.1 Administration d'adrénaline en pré-hospitalier en cas d'arrêt cardiaque

[1558] Les deux études concluent, de manière concordante, à l'absence d'impact positif de cette administration en termes de survie des patients.

[1559] Minoru Machida (MD), Shin-ichiro Miura (MD, FJCC), Kunihiro Matsuo (MD), Hiroyasu Ishikura (MD), Keijiro Saku (MD, FJCC). Effect of intravenous adrenaline before arrival at the hospital in out-of-hospital cardiac arrest (2012). Journal of Cardiology 60 (2012) 503–507.

> ***Abstract****: There is some evidence in prospective randomized clinical trials that the administration of adrenaline (AD) before admission for the treatment of out-of-hospital cardiac arrest did not improve survival to hospital discharge. The aim of this study was to evaluate our real-world experience regarding the efficacy of intravenous AD in out-of-hospital cardiac arrest at our university hospital. In this retrospective study, we enrolled and divided 644 patients into AD (AD administration before arrival at the hospital) and non-AD (no AD administration before arrival at the hospital) groups. The patient characteristics including age, sex, percentage of cardiac cause, location of cardiac arrest, and witnessed arrest were similar between the AD and non-AD groups. There were no significant differences between the AD and non-AD groups with regard to return of spontaneous circulation, survival to hospital admission, survival to hospital discharge, or good neurologic recovery at hospital discharge in all patients. In addition, we excluded the data of patients with extrinsic cause. We analyzed whether intravenous AD before arrival in patients with intrinsic cause was effective. The outcomes in the AD group were similar to those in the non-AD group.*
>
> ***In conclusion, our study indicated that AD administration before arrival at the hospital for the treatment of out-of-hospital cardiac arrest did not improve the clinical outcome****".*

[1560] Ian G. Jacobs, Judith C. Finn, George A. Jelinek, Harry F. Oxer, Peter L. Thompson. Effect of adrenaline on survival in out-of-hospital cardiac arrest: A randomized double-blind placebo-controlled trial (2011). Resuscitation 82 (2011) 1138– 1143.

- *Background: There is little evidence from clinical trials that the use of adrenaline (epinephrine) in treating cardiac arrest improves survival, despite adrenaline being considered standard of care for many decades. The aim of our study was to determine the effect of adrenaline on patient survival to hospital discharge in out of hospital cardiac arrest.*
- *Methods: We conducted a double blind randomised placebo-controlled trial of adrenaline in out-of hospital cardiac arrest. Identical study vials containing either adrenaline 1:1000 or placebo (sodium chloride 0.9%) were prepared. Patients were randomly allocated to receive 1 ml aliquots of the trial drug according to current advanced life support guidelines. Outcomes assessed included survival to hospital discharge (primary outcome), pre-hospital return of spontaneous circulation (ROSC) and neurological outcome (Cerebral Performance Category Score – CPC).*
- *Results: A total of 4103 cardiac arrests were screened during the study period of which 601 underwent randomisation. Documentation was available for a total of 534 patients: 262 in the placebo group and 272 in the adrenaline group. Groups were well matched for baseline characteristics including age, gender and receiving bystander CPR. ROSC occurred in 22 (8.4%) of patients receiving placebo and 64 (23.5%) who received adrenaline (OR = 3.4; 95% CI 2.0–5.6). Survival to hospital discharge occurred in 5 (1.9%) and 11 (4.0%) patients receiving placebo or adrenaline respectively (OR = 2.2; 95% CI 0.7–6.3). All but two patients (both in the adrenaline group) had a CPC score of 1–2.*
- *"**Conclusion: Patients receiving adrenaline during cardiac arrest had no statistically significant improvement in the primary outcome of survival to hospital discharge although there was a significantly improved likelihood of achieving return of spontaneous circulation (ROSC)**".*

1.3.2 Préservation de la qualité des organes à des fins de greffe chez des patients frappés par un arrêt cardiaque traumatique hors hôpital

- A. Faucher, D. Savary, J. Jund, D. Dorez, G. Debaty, A. Gaillard, A. Atchabahian, K. Tazarourte, Out-of-hospital traumatic cardiac arrest: an underrecognized source of organ donors. Transplant international.

- *"Abstract: Whereas the gap between organ supply and demand remains a worldwide concern, resuscitation of out-of-hospital traumatic cardiac arrest (TCA) remains controversial. The aim of this study is to evaluate, in a prehospital medical care system, the number of organs transplanted from victims of out-of-hospital TCA. This is a descriptive study. Victims of TCA are collected in the out-of-hospital cardiac arrest registry of the French North Alpine Emergency Network from 2004 to 2008. In addition to the rates of admission and survival, brain-dead patients and the organ transplanted are described. Among the 540 resuscitated patients with suspected TCA, 79 were admitted to a hospital, 15 were discharged alive from the hospital, and 22 developed brain death. Nine of these became eventually organ donors, with 31 organs transplanted, all functional after 1 year. Out-of-hospital TCA should be resuscitated just as medical CA. With a steady prevalence in our network, 19% of admitted TCA survived to discharge, and 11% became organ donors. It is essential to raise awareness among rescue teams that out-of-hospital TCA are an organ source to consider seriously."*

2 EVALUATION DES PRATIQUES INDIVIDUELLES

[1561] Trois questions principales ont été soulevées devant la mission au sujet des pratiques : la première est relative à l'évaluation de la compétence des effecteurs médicaux hors SMUR, la seconde, à l'évaluation de la pratique de la régulation médicale et la troisième, à l'évaluation de l'efficacité de la chaîne de réponse à l'urgence.

2.1 Evaluation des compétences des effecteurs médicaux hors SMUR

[1562] Les effecteurs médicaux hors SMUR sont, le plus souvent, des médecins libéraux généralistes, engagés comme sapeurs-pompiers volontaires ou dans le réseau des médecins correspondants du SAMU.

[1563] Intuitivement, il paraît assez logique que leur compétence dans les prises en charge urgentes dépende pour partie de la formation qu'ils reçoivent à la faveur de leur engagement puis – et surtout – de la régularité de leur mobilisation et du nombre d'interventions qu'ils assurent.

[1564] Néanmoins, au-delà de messages d'attention formulés par certains responsables de SAMU, la mission n'a eu communication d'aucune étude sur cette question.

2.2 Evaluation de la régulation médicale

[1565] La question de l'évaluation de la régulation médicale mérite d'être posée, compte tenu des conséquences des décisions de régulation pour les patients.

[1566] Toutefois, une telle évaluation est difficile à organiser : la dépendance du médecin régulateur par rapport aux informations données par l'appelant, son interdépendance avec les effecteurs qu'il mobilise, l'articulation avec les assistants de régulation médicale, les conséquences en cascade de certaines décisions sur la capacité de prise en charge ultérieure, les conditions d'urgence et de stress dans lesquelles les décisions sont prises rendent particulièrement délicates l'évaluation de la régulation médicale.

[1567] Deux dimensions devraient néanmoins être travaillées.

[1568] La première a trait à l'harmonisation des pratiques des médecins régulateurs, entre SAMU et au sein du même SAMU. Cette harmonisation est d'autant plus souhaitable que la spécialité urgentiste est en train d'arriver à maturité, avec l'adoption prochaine d'un diplôme d'études spécialisées dédié qui consacre l'autonomisation et la reconnaissance pleine et entière de la discipline, construite au carrefour de l'anesthésie réanimation, de la médecine interne et de la médecine de catastrophe. Cette forme de médecine capable de s'exercer à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital apporte beaucoup aux autres spécialités, tout en étant, plus que d'autres, confrontée à ses limites (part des échecs thérapeutiques, nécessité de s'adapter aux réflexions des autres spécialités et à des réalités qui la concurrencent sur le terrain de l'efficacité[287].

[287]Un exemple récent illustre l'importance des remises en cause régulières nécessaires et les difficultés à les opérer : pour la prise en charge de l'arrêt cardiaque, il est établi désormais que ce n'est ni le médecin ni le secouriste qui garantit le meilleur taux de survie mais la première personne qui passe et qui assure les gestes de défibrillation avec un appareil automatique dont l'usage est à la portée de tous. Il a fallu du temps pour le reconnaître : six ans pour que paraisse le décret du 4 mai 2007 autorisant l'usage d'un défibrillateur automatisé externe par « toute personne même non médecin». L'accès à ce dispositif dans l'espace public rappelle à chacun sa responsabilité dans l'assistance à autrui et donne des perspectives sur une organisation de la société plus tournée vers la prévention.

[1569] SAMU Urgence de France et la SFMU ont un rôle à jouer dans cette harmonisation des pratiques. Les réseaux d'urgence existants (type RENAU dans les Alpes) constituent des points d'appui utiles. La démarche nécessite également une implication forte de la part de chaque responsable de SAMU dans sa fonction de management interne.

[1570] La seconde porte sur la poursuite de l'objectivation des bénéfices et risques des modes de prise en charge ou des gestes envisageables, afin de sortir du champ des pratiques individuelles pour aller vers des consensus sur les bonnes pratiques, à réévaluer régulièrement en fonction des progrès dans la connaissance des pathologies et des thérapeutiques. Le développement de projets de recherche en ce sens est souhaitable, afin d'éclairer les choix de réponse des médecins régulateurs. Ces projets devraient associer des SAMU, des services hospitaliers aval, des médecins libéraux intervenant dans la prise en charge des urgences et des SDIS sur les sujets d'intérêt commun.

2.3 Retours d'expérience

[1571] La troisième question ayant trait aux pratiques est plus large : elle touche à l'évaluation a posteriori de la qualité globale de la réponse et implique tous ses acteurs.

[1572] Toute démarche qualité en médecine passe par un réexamen des dossiers des patients et des processus des interventions réalisées. C'est un des objectifs qu'avait posé le référentiel commun et c'est un des sujets encore trop peu suivis.

[1573] Les départements dans lesquels les relations conventionnelles et fonctionnelles sont établies pratiquent tous ces retours d'expérience (RETEX) sous une forme ou une autre. Les autorités sanitaires - notamment les médecins des services de l'ARS - peuvent les inciter à lancer cette démarche, qui doit s'insérer dans le plan d'action local suivi par les responsables de l'Etat.

ANNEXE 12
L'ACCES AUX SOINS URGENTS EN MOINS DE 30 MINUTES

1 UN ENGAGEMENT POLITIQUE DECLINE DANS LA POLITIQUE DE SANTE 307

1.1 Un engagement de campagne présidentielle traduit en plan d'action dans le Pacte territoire santé 307

1.1.1 Un engagement politique 307

1.1.2 La réponse du « Pacte territoire santé » 308

1.1.3 Une définition nécessaire de la portée de l'engagement 308

1.2 Des mesures concernant près de deux millions de personnes 309

1.3 Divers moyens mobilisés pour atteindre l'objectif 310

2 UNE DEMARCHE PROPRE A LA SPHERE SANITAIRE, QUI GAGNERAIT A PRENDRE EN COMPTE LES RESSOURCES ET COMPETENCES DES SAPEURS-POMPIERS 314

2.1 Une vision sanitaire fondée sur la maîtrise de l'offre de soins et la valorisation de l'hôpital public 314

2.1.1 Le Pacte territoire-santé se veut un signe de confiance vis-à-vis de l'hôpital public 314

2.1.2 Les services d'urgence tendent à devenir la clef de la réponse territoriale généraliste à l'heure de l'effritement de la réponse libérale 315

2.2 L'impact du plan pourrait être amélioré en engageant le réseau des sapeurs-pompiers dans la mise en œuvre de cet objectif national 316

2.2.1 Les sapeurs-pompiers sont des acteurs importants des prises en charge de première intention 316

2.2.2 L'atteinte complète de l'objectif gouvernemental nécessite la pleine prise en compte de l'apport opérationnel des sapeurs-pompiers 317

[1574] L'accès à une prise en charge dans des délais compatibles avec les meilleures chances de survie ou de rétablissement pour la personne malade ou victime d'un accident constitue une préoccupation constante des pouvoir publics.

[1575] La notion de délai d'intervention est présente dans les SDACR, avec un maximum explicite ou implicite souvent fixé à 20 minutes et une ambition d'intervention dans des délais sensiblement plus courts. Les statistiques annuelles d'activité recueillies dans INFOSDIS[288] indiquent une moyenne de 14,7 minutes pour l'incendie et 11,06 minutes pour le secours à personne et les accidents.

[1576] Dans le secteur de la santé, les services peuvent suivre leurs délais d'intervention s'ils s'astreignent à les coder dans leur logiciel métier mais ils ne font pas l'objet d'un recueil national, notamment dans le cadre de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). La place de la régulation médicale, le rattachement des moyens SMUR à des hôpitaux d'une certaine taille et leur spécialisation dans les interventions médicales urgentes font que ces indicateurs sont considérés comme moins pertinents dans le pilotage interne.

[1577] La notion de délai d'accès est en revanche utilisée dans les schémas de planification sanitaire pour définir les territoires ou bassins de santé qui servent de maille pour l'organisation des soins. Les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) ont largement recouru à la méthode des courbes isochrones pour mesurer la distance réelle séparant le producteur de soins de la commune de résidence des patients afin de permettre des temps d'accès aux services d'urgence ou aux maternités inférieurs respectivement à 30 et 45 minutes en tout point du territoire.

[1578] Ce sujet a pris une acuité nouvelle avec l'annonce d'un engagement politique sur l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes qui se présente comme un véritable droit d'accès s'imposant à tous les services publics.

1 UN ENGAGEMENT POLITIQUE DECLINE DANS LA POLITIQUE DE SANTE

1.1 Un engagement de campagne présidentielle traduit en plan d'action dans le Pacte territoire santé

1.1.1 Un engagement politique

[1579] Au cours de la campagne pour les élections présidentielles, le projet présenté par M. François Hollande comprend 60 engagements dont 19 destinés à « rétablir la justice ». Parmi ceux-ci, l'engagement 19 contient la mention expresse d'un délai maximum d'une demi-heure pour accéder aux soins d'urgence.

[1580] Cette promesse rencontre une forte attente dans la population : depuis plusieurs décennies, les mesures de restructuration du tissu hospitalier ont entretenu une angoisse larvée sur le sort des personnes les plus éloignés des principaux centres urbains et sur l'avenir de leurs territoires.

[288] Edition 2013 portant sur les chiffres 2012, à partir des réponses renseignées soit 82 structures, BSPP et BMPP inclus.

[1581] Chacun peut comprendre les raisons de ces transformations : le besoin d'une compétence médicale qui s'exerce fréquemment pour être sûre, dans des locaux de qualité, des attentes de jeunes professionnels en rupture avec le modèle d'engagement total de leurs aînés, des préférences de vie familiale dans un environnement de services plus larges. Toutes ces évolutions ont pu contribuer à l'émergence de conflits ponctuels mais surtout concourent à la perception de profondes inégalités de conditions de vie et d'accès aux services publics, voire d'abandon pur et simple de certaines portions du territoire national et de leurs habitants, dont les élus se font régulièrement l'écho.

[1582] L'engagement présidentiel repris dans le programme de travail du gouvernement vise à répondre à ces inquiétudes.

1.1.2 La réponse du « Pacte territoire santé »

[1583] La ministre des affaires sociales et de la santé a repris cet engagement dans un plan de soutien aux professionnels et de maintien d'une offre de soins accessible sur l'ensemble du territoire, à travers le « Pacte territoire santé ».

[1584] Ce pacte, présenté en décembre 2012, vise à permettre à l'ensemble des Français d'accéder à des soins de qualité, en luttant contre les inégalités entre les territoires. Douze objectifs sont posés, autour de trois axes :

- changer la formation et faciliter l'installation de jeunes médecins : ceci inclut la généralisation des stages en médecine générale (60% actuellement), le financement de 1 500 bourses de service public, la création de 200 patriciens territoriaux de médecine générale et l'identification d'un référent à l'installation dans chaque région ;
- transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé : il s'agit de développer le travail en équipe, de rapprocher les maisons de santé des universités, de promouvoir la télémédecine et d'accélérer les transferts de compétences ;
- investir dans les territoires isolés en garantissant l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015, en permettant aux praticiens hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires, en responsabilisant les CHU sur leur territoire et en confortant les centres de santé.

[1585] Les ARS sont chargées de mettre en œuvre l'ensemble de ces objectifs dans leur région[289] dans un plan d'action en trois volets : l'accessibilité des soins urgents, le traitement de la saturation des urgences et l'anticipation des situations de tension dans les services d'urgence.

1.1.3 Une définition nécessaire de la portée de l'engagement

[1586] La portée de l'engagement doit être bien cernée, ce qui appelle trois observations :

- l'objectif de permettre une prise en charge de l'ensemble des soins urgents en moins de 30 minutes s'impose, que l'accès se fasse par les moyens du SMUR ou à l'initiative des patients qui se rendent au service d'urgence ;
- la notion de soins urgents est à distinguer de celle des soins non programmés. Alors que la première concerne les structures hospitalières et relève d'une description dans les SROS, la seconde relève d'une réponse de permanence des soins ambulatoire (PDSA), pour des soins non urgents, concernant au premier chef les médecins généralistes et organisés par un cahier des charges élaboré sous l'égide des ARS ;

[289] Instruction DGOS/R2 n°2013-261 du 27 juin 2013 relative aux plans d'actions régionaux sur les urgences.

- en matière de premier recours, la proximité n'est pas synonyme d'accessibilité. L'INSEE[290] a montré la pluralité des réponses pour ce type de prise en charge. Si en 2010, 84 % de la population française vit dans une commune où exerce au moins un médecin généraliste libéral et si la totalité de la population se situe à moins de 15 minutes d'un médecin généraliste, seulement 56% des consultations se tiennent dans le cabinet le plus proche de la résidence, les autres patients choisissant ou étant contraints de consulter dans une commune différente.

1.2 Des mesures concernant près de deux millions de personnes

[1587] La DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) mesure régulièrement le temps d'accès aux services d'urgence ou à un SMUR, à partir de la SAE. Au 31 décembre 2010, 93,3% de la population se situait dans un délai d'accès inférieur à 30 minutes.

[1588] Calculée sur les données INSEE, la couverture fin 2012 a été estimée 97,1% de la population ; à l'inverse, on estimait à 1,9 million d'habitants[291], soit 2,9%, la population située à plus de 30 minutes d'un service d'urgence ou d'un SMUR, en métropole et outre-mer.

[1589] Ces temps d'accès ont été calculés en moyenne heure pleine/heure creuse, pour une population et des structures localisées au bourg centre. Le relief est pris en compte à travers un coefficient de sinuosité pour réduire les vitesses appliquées. Le recours à l'hélicoptère a été écarté dans les calculs, bien qu'il soit mobilisable par toutes les ARS (hors Martinique), dans la mesure où il n'est pas disponible 24 heures sur 24.

[1590] La segmentation régionale fait apparaître :

- 1 139 367 personnes situées entre 30 et 35 minutes, soit 1,8% de la population totale,
- 659 962 personnes situées entre 35 et 45 minutes, soit 1% de la population totale,
- 97 844 personnes à plus de 45 minutes, soit 0,2% de la population totale.

[1591] Le même travail a été demandé aux ARS afin d'affiner et d'actualiser les résultats en fonction de l'appréciation qu'elles pouvaient porter sur la situation locale. Les résultats transmis par 16 ARS sur 26 montrent un ordre de grandeur comparable, un peu plus élevé avec 2 116 404 habitants (soit 3,2% de la population) situés à plus de 30 minutes d'un dispositif d'urgence.

[1592] En précisant les résultats selon une typologie régionale, il apparaît que dans 15 ARS, dont les plus importantes, cette part de la population est comprise entre 0 et 5% ; dans 6 ARS, elle se situe entre 5 et 10% ; elle varie entre 15 et 25% pour cinq autres.

[1593] Huit régions concentrent la moitié de ces habitants identifiés à plus de 30 minutes. Ce diagnostic complémentaire a permis d'identifier la problématique particulière des zones de montagne qui imposent des moyens d'accès adaptés.

[290] Etude menée par Muriel Barlet, Clémentine Collin, Drees, Mélanie Bigard, David Lévy, Insee
[291] Précisément 1 919 674 habitants sur la base des données INSEE population 2009.

1.3 Divers moyens mobilisés pour atteindre l'objectif

[1594] Pour respecter l'engagement pris, le ministère chargé de la santé a choisi de s'appuyer essentiellement sur le dispositif des médecins correspondants du SAMU (MCS), secondairement sur le renforcement des moyens SMUR et, enfin, sur l'extension du temps d'utilisation des moyens héliportés dans quelques régions.

1.3.1.1 Les médecins correspondants du SAMU

➢ **Une création des professionnels de santé**

[1595] La notion de médecin correspondant du SAMU recouvre l'idée d'associer des médecins généralistes à la prise en charge de l'urgence vitale sur des territoires éloignés.

[1596] Ce dispositif a été créé dans la Meuse au début des années 2000 par le responsable du SAMU[292] qui souhaitait s'appuyer sur des médecins généralistes dans le nord du département afin d'améliorer la couverture du territoire. Ce sont des médecins sapeurs-pompiers, par ailleurs installés en cabinets de groupe qui se sont portés volontaires, acceptant d'être sollicités par le SAMU en cas de nécessité, parallèlement à la sortie d'une ambulance. Leur place était reconnue par l'administration sanitaire en tant qu'effecteur périphérique de secteur. Le dispositif a perdu de sa consistance quand les médecins généralistes ont estimé être sollicités de façon excessive pour des motifs dénués de tout lien avec des urgences vitales, de type ivresse sur la voie publique.

[1597] Plusieurs départements avaient expérimenté des développements similaires[293] et des réseaux se sont constitués en Lozère, dans l'Orne, en Vendée, dans l'Indre et le Doubs.

[1598] La plupart des médecins participants sont ou ont été médecins sapeurs-pompiers. L'évolution vers cette nouvelle mission sanitaire n'est pas vécue comme un renoncement à des conditions d'exercice et de formation reconnues et appréciées mais comme la reformulation d'une implication dans la mission d'urgence sans avoir à gérer parallèlement, et de fait en sus, les charges de la médecine du travail qu'implique prioritairement la qualité de médecin sapeur-pompier.

[1599] C'est en zone de montagne que les professionnels de terrain ont senti le plus fortement le besoin de constituer une première ligne d'effecteurs médicaux capables d'intervenir en parfaite cohérence avec une prise en charge hospitalière, sous contrôle du centre 15 et dans l'attente du SMUR.

[1600] En effet, l'activité de ski produit un besoin d'interventions en traumatologie, que les médecins de station assurent dans des conditions particulières. Ainsi en Rhône-Alpes, les cabinets sont équipés de matériel radiologique, réalisent des actes d'urgence (réduction de luxations ou fractures, pose de voie veineuse et intubation) dans un contexte où le délai d'intervention d'un SMUR est de 30 à 40 minutes par la route et de 15 à 35 minutes par hélicoptère.

[1601] Ces médecins exerçant en zone de montagne se sont regroupés dans une association sur chacun des deux principaux massifs (Alpes du nord et Pyrénées orientales) et ont constitué en novembre 2011 une fédération nationale des MCS rassemblant les neuf réseaux déjà constitués.

[1602] Cette structuration s'est accompagnée d'un investissement dans des réseaux professionnels visant à organiser les filières de prise en charge et à améliorer les pratiques, notamment au sein du réseau nord alpin des urgences (RENAU).

---

[292] Le docteur François Braun devenu depuis chef du SAMU 57 puis président de SAMUUF.

[293] Il existe aussi depuis cette période un réseau de médecins sapeurs-pompiers dans la Nièvre chargé de la prise en charge de l'urgence vitale dans les zones peu accessibles du Morvan.

➤ **Une reconnaissance progressive par les pouvoirs publics**

[1603] La circulaire du 16 avril 2003[294] décrit pour la première fois dans son annexe sur l'organisation des urgences le mécanisme des MCS qui vise à réduire les délais d'intervention sans retarder le départ de l'équipe SMUR. Le texte indique que « *le secours rapide ne peut qu'être amélioré par la présence de médecins formés à l'urgence, qu'ils soient médecins-pompiers, médecins SMUR ou médecins libéraux* ». Le dispositif est prévu pour fonctionner dans l'attente du SMUR ; en fonction du premier bilan transmis, le médecin régulateur décide de maintenir ou non l'envoi de l'ambulance médicalisée.

[1604] Le décret du 22 mai 2006[295] réglementant l'organisation de l'urgence mentionne les MCS parmi les médecins intervenant à la demande du SAMU et renvoie à un arrêté la fixation de leurs missions et leur cadre d'intervention. L'arrêté du 12 février 2007 décrit des principes d'organisation et de mise en œuvre du dispositif inchangés.

[1605] *« Le médecin correspondant du SAMU constitue un relais pour le service d'aide médicale urgente dans la prise en charge de l'urgence vitale. Ce médecin assure, sur régulation du SAMU, en permanence, sur une zone préalablement identifiée (déterminée par l'ARH) et hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation.*

[1606] *Le SAMU déclenche systématiquement et simultanément l'intervention du médecin correspondant du SAMU et de la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), chargée de prendre en charge le patient. Le SAMU adapte, après réception du premier bilan du médecin correspondant du SAMU, les moyens de transports nécessaires aux besoins du patient.*

[1607] *Le médecin correspondant du SAMU signe un contrat avec l'établissement siège de SAMU auquel il est rattaché. Ce contrat fixe les conditions d'intervention, et notamment le lien fonctionnel entre le médecin et le SAMU, les modalités de formation et de mise à disposition de matériels et de médicaments pour l'exercice de cette mission ».*

[1608] L'instruction de la DGOS publiée le 6 juin 2013[296] vise à faciliter et promouvoir le déploiement de MCS en explicitant les différents cadres juridiques possibles d'exercice de la fonction de MCS pour un médecin et en présentant les modalités de financement du dispositif. Les ARS sont libres d'adapter les conditions de mise en œuvre selon les caractéristiques de leur territoire.

[1609] Le dispositif des MCS est accessible à tout professionnel médical, quels que soient son statut et son mode d'exercice (médecin libéral, salariés ou praticien hospitalier) volontaire pour répondre aux sollicitations du SAMU-Centre 15 dans le cadre de l'aide médicale urgente et qui remplit les conditions d'intervention (en particulier le lien fonctionnel établi avec la régulation, garanti par contrat avec l'établissement siège de SAMU) et de formation. Sur ce dernier point, la SFMU recommande six modules de formation théorique de deux jours et un stage pratique de 48 heures en SAMU.

[1610] Tout est fait pour aider le médecin à concilier son engagement de MCS et son travail : déclenchement seulement sur des situations d'urgence et dans des territoires identifiés, pas d'inscription obligatoire dans un système de garde ou d'astreinte défini de façon réglementaire, cumul d'activité possible avec la PDSA, fourniture des matériels et médicaments par le SAMU.

[294] Circulaire DHOS/O1 n°2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge dans urgences.
[295] Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique.
[296] Instruction n° DGOS/R2/2013/228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des médecins correspondants du SAMU (MCS), complétée par un guide de déploiement diffusé par une instruction n° DGOS/R2/2013/289 du 16 juillet 2013 accessible sur le site ministériel.

[1611] Le dispositif est financé par le fonds d'intervention régional à disposition des ARS. La rémunération des médecins dépend de leur statut d'exercice ; pour les médecins libéraux, elle s'inscrit dans les conditions du droit commun conventionnel. Il est toutefois loisible aux ARS, en fonction de l'organisation mise en place et de l'enveloppe financière disponible, de verser des compléments de rémunération, destinés par exemple à indemniser l'astreinte du MCS quand elle est mise en place ou à compléter la rémunération des interventions réalisées par le MCS ou encore, de manière exceptionnelle, les sorties « impayées ».

[1612] Les médecins remplaçants et les internes titulaires d'une licence de remplacement qui remplissent les conditions de formation et d'intervention des MCS peuvent également prendre part au dispositif.

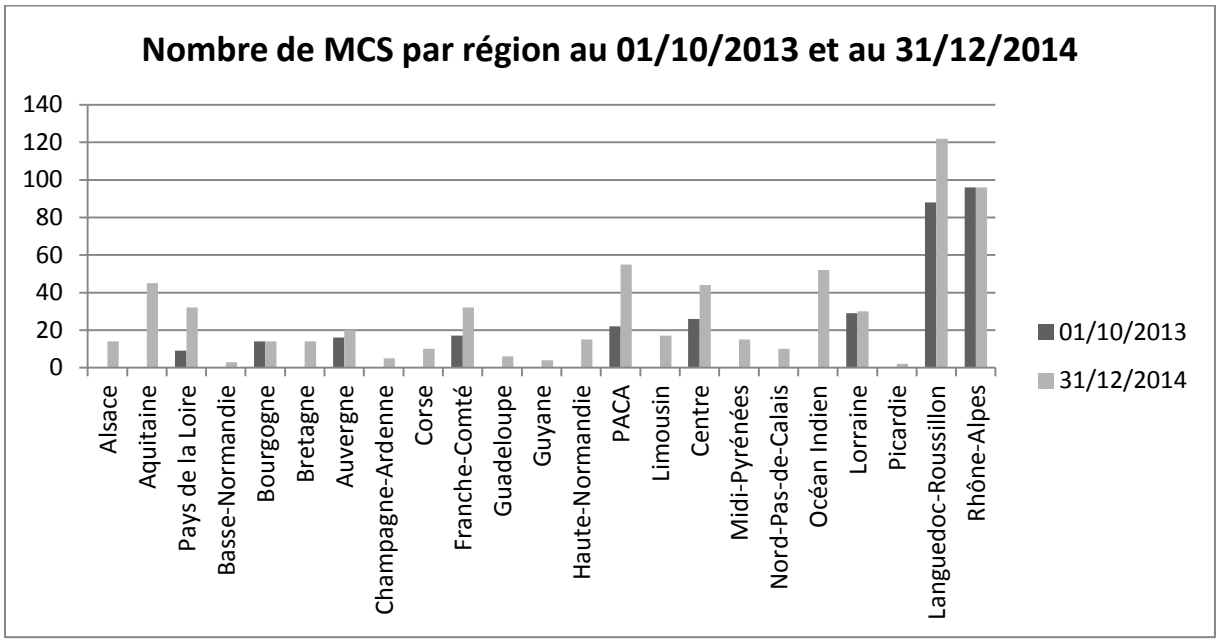
➤ **Un développement volontariste**

[1613] Au regard de l'objectif d'accessibilité aux soins urgents en moins de 30 minutes, les MCS en fonction permettaient de suivre 245 000 habitants.

[1614] Avec le déploiement en cours dans lequel toutes les ARS se sont engagées, le nombre de MCS devrait passer de 150 en 2012 à 650 en 2014, pour une population couverte d'un million de personnes.

[1615] Le schéma ci-dessous retrace les projections régionales de la montée en charge des MCS prévue au cours de l'année 2014.

Schéma 1 : prévision d'évolution du nombre de médecins correspondants du SAMU par région en 2014



Source : DGOS synthèse des plans d'action régionaux des ARS nov. 2013

[1616] Les deux régions qui se détachent pour le nombre de MCS (Languedoc-Roussillon et Rhône-Alpes) sont le berceau du réservoir historique des médecins de montagne à partir duquel s'est constituée la fédération nationale des MCS.

[1617] Quatorze régions découvrent le dispositif et c'est dans les régions Pays-de-la-Loire, PACA, Centre) que l'effort de progression attendu est le plus important pour 2014.

[1618] Pour le ministère chargé de la santé, la diffusion de ce modèle sur l'ensemble du territoire permettra d'atteindre l'objectif recherché, prioritairement dans les zones de montagne mais aussi dans les zones rurales.

1.3.1.2 Le renforcement des moyens des SMUR

[1619] Le Pacte territoire-santé vient accélérer ou amplifier la mise en place de mesures inscrites dans les SROS-PRS de 2012 et utilisées pour renforcer la capacité d'intervention des SMUR.

[1620] Six ARS ont prévu de renforcer leur maillage par création d'un nouveau SMUR, d'équipes ou de lignes de garde supplémentaires, d'antennes SMUR ou d'extensions à l'année d'antennes saisonnières.

[1621] Toutes les demandes ont été satisfaites.

1.3.1.3 Le recours mieux organisé aux moyens héliportés

➢ **Les orientations ministérielles**

[1622] Tout en rappelant que les hélicoptères sanitaires ne constituent pas une réponse suffisante dans le cadre de l'accès aux soins urgents en raison de leurs limites d'utilisation, la DGOS a demandé aux ARS dans l'instruction du 27 juin 2013 d'établir des stratégies régionales pour permettre au ministère chargé de la santé de définir sa doctrine d'emploi dans le cadre de l'évolution de la réglementation européenne et des études du ministère de l'intérieur sur l'optimisation de son parc héliporté.

[1623] L'approche régionale du transport héliporté doit être cohérente avec la stratégie d'accès aux soins urgents, notamment avec l'implantation des SMUR terrestres, sur trois volets principaux : le besoin, la régulation et le financement.

[1624] La première étape est une estimation du besoin (volume d'activité, typologie d'emploi), afin de définir une stratégie d'équipement s'agissant à la fois des hélicoptères, mais surtout des infrastructures au sol : repérage des aires de poser et des stations hospitalières. L'efficacité du transport héliporté étant réduite en cas de relais ambulancier, il est recommandé de rapprocher au maximum l'aire de poser de l'établissement de santé.

[1625] Le recours aux hélicoptères tout temps est envisagé pour les régions en fort isolement géographique (en particulier les îles) ou dont le volume d'activité pourraient justifier la mise en place de procédures de vol aux instruments permettant un fonctionnement quasi permanent. Ce travail doit notamment permettre de préciser les coopérations éventuelles avec d'autres acteurs et les principes de recours.

[1626] La DGOS quantifie les moyens et ressources nécessaires, à partir d'une analyse du besoin partagé par les différents SAMU susceptibles d'assurer la disposition effective des hélicoptères sanitaires pour l'ensemble des patients concernés.

[1627] L'instruction pose un objectif d'efficience par une articulation des marchés publics permettant à terme leur unification, afin de promouvoir des usages plus économes et une adaptation plus fine des moyens aux besoins. Le texte indique par exemple qu'il n'est pas forcément nécessaire de disposer de tous les hélicoptères 24 heures sur 24 ; il suggère aussi une mutualisation des hélicoptères de remplacement. Cette approche permettrait de concentrer les modes de financement de ces équipements, sans refacturation entre établissements.

➢ **Les projections des ARS**

[1628] En octobre 2013, la flotte hélismur (hélicoptère relevant d'une décision d'emploi du SAMU et affecté à son usage exclusif[297]) comportait 42 hélicoptères (dont 1 en Guyane) pour 40 bases. A cette date, six ARS ne disposaient d'aucun hélismur sur leur territoire, trois en métropole (Franche-Comté, Haute-Normandie, Corse) et trois dans les DOM (Océan indien (Réunion, Mayotte), Guadeloupe, Martinique).

[1629] La plupart des ARS ont prévu un volet relatif au transport héliporté dans leur plan régional sur les urgences, que ce soit par la création d'un hélismur, le renforcement du dispositif existant, la mise aux normes des aires de poser ou d'autres réflexions sur la stratégie régionale.

2 UNE DEMARCHE PROPRE A LA SPHERE SANITAIRE, QUI GAGNERAIT A PRENDRE EN COMPTE LES RESSOURCES ET COMPETENCES DES SAPEURS-POMPIERS

[1630] Pour le ministère chargé de la santé, le Pacte territoire santé et les plans d'action qui en découlent visent à lutter par une politique volontariste contre des tendances naturelles défavorables pour les délais de prise en charge, la qualité et l'accessibilité réelle des soins urgents (concentration des moyens, préférence des professionnels pour la vie et l'exercice en milieu urbain, dépassements d'honoraires qui établissent une forme de sélection par l'argent).

[1631] Si ce programme est porteur d'une logique sanitaire cohérente, il a été perçu par les sapeurs-pompiers comme un refus du ministère chargé de la santé et des services hospitaliers de penser l'association des ressources secouristes, paramédicales et médicales que propose le réseau des services d'incendie et de secours.

2.1 Une vision sanitaire fondée sur la maîtrise de l'offre de soins et la valorisation de l'hôpital public

2.1.1 Le Pacte territoire-santé se veut un signe de confiance vis-à-vis de l'hôpital public

[1632] Le Pacte et les plans d'action témoignent de la volonté des pouvoirs publics de conforter la place éminente et spécifique de l'hôpital public dans la prise en charge médicale.

[1633] Dès septembre 2012, la ministre des affaires sociales et de la santé a lancé un pacte de confiance envers l'hôpital public[298], réaffirmant les principes et valeurs du service public hospitalier.

[1634] Le renforcement de l'accès aux soins d'urgence sur le territoire participe à cet enjeu de revalorisation de l'hôpital public, au même titre que d'autres mesures d'évolution de la tarification à l'activité.

[1635] La reconnaissance des spécificités du service public hospitalier rapproche le secteur de la santé de ce qui motive les sapeurs-pompiers, qu'ils soient professionnels ou volontaires. Les uns comme les autres sont confrontés aux mêmes réalités sociales, ainsi qu'aux grandeurs et contraintes d'un service public dont la population attend beaucoup.

[297] Cette notion d'usage ne rend pas compte du statut de l'équipement qui peut être soit propriété de l'établissement siège du SAMU, soit loué à une société spécialisée.

[298] Dans un discours du 7 septembre 2012, la ministre s'engage à travailler à rétablir un lien de confiance des français vis-à-vis de leur système de soins, entre les responsables publics et le monde hospitalier et au sein de l'hôpital public.

2.1.2 Les services d'urgence tendent à devenir la clef de la réponse territoriale généraliste à l'heure de l'effritement de la réponse libérale

[1636] Les services d'urgence sont au nombre de 654, dont 491 en secteur public, 41 en secteur privé non lucratif et 122 privées à but lucratif[299]. Les 104 SAMU peuvent mobiliser 428 SMUR dont 400 à vocation générale et 25 à vocation pédiatrique ou mixte.

[1637] Le bon fonctionnement de ce réseau dépend de nombreux facteurs, dont beaucoup sont liés aux conditions d'organisation (existence ou non d'une régulation libérale aux côtés du Centre 15, niveau de la permanence des soins) et aux pratiques professionnelles (renvoi entre professionnels, investissement dans la nuit profonde, degré de prise en charge de la continuité des soins).

[1638] A cet égard, dans son dernier rapport[300], le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) constate que l'érosion de la participation des médecins à la permanence des soins ambulatoires s'est poursuivie en 2013 et se diffuse. Au 1er janvier, la participation volontaire des médecins demeurait supérieure à 60% dans seulement les deux tiers des départements, contre 73% des départements en 2012, 71% en 2011 et 2010, 78% fin 2009 et 85% fin 2005.

[1639] Le nombre de territoires de permanence des soins (PDS) poursuit sa décroissance. Sur la première partie de nuit (20h à 24h), le CNOM a recensé 1 764 territoires de PDS au 1er janvier 2013 contre 1 910 en 2012 (-7,6%) ; on comptait 3 770 secteurs de PDS début 2003, soit une baisse de 53,3% en dix ans.

[1640] Sur la nuit profonde (de minuit à 8h), la PDSA s'arrête désormais dans 61% des territoires, contre 55% l'année précédente ; cet arrêt des gardes libérales concerne de 76% à 100% des territoires dans 38 départements.

[1641] Le CNOM constate que cette baisse de participation, rendu possible par la transformation de l'obligation déontologique en simple faculté en 2003, correspond à une attente des praticiens et se justifie par le très faible nombre d'actes enregistrés en nuit profonde dans les zones concernées.

[1642] Le SAMU et les services d'urgence sont obligés de compenser cette carence et semblent prendre une place croissante dans cette mission.

[1643] Parallèlement aux mesures du Pacte destinées à conforter l'installation des médecins généralistes dans les secteurs en décroissance démographique (bourses d'engagement de service public, garantie de revenu pendant deux ans sous conditions), les pouvoirs publics tentent de consolider le tissu médical en permettant aux médecins hospitaliers d'exercer en ambulatoire dans les territoires les plus fragiles[301].

[1644] Toutes ces mesures vont dans le sens d'un effacement progressif des frontières entre des professionnels dont les statuts correspondaient à des missions distinctes. Le spectre des missions exercées par les médecins hospitaliers s'élargit, en substitution à la réduction de la disponibilité des médecins libéraux.

[299] Source DREES « le panorama des établissements de santé » 2013 ; chiffres SAE 2011 retraités DREES.
[300] Etat des lieux de la permanence des soins au 1er janvier 2014 : 11ème rapport annuel du Conseil national de l'Ordre des médecins.
[301] Article 49 de la LFSS 2014.

2.2 L'impact du plan pourrait être amélioré en engageant le réseau des sapeurs-pompiers dans la mise en œuvre de cet objectif national

[1645] Le lancement du pacte du ministère chargé de la santé pour la mise en œuvre de l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes a soulevé une inquiétude dans le monde des sapeurs-pompiers.

[1646] La FNSP a produit un manifeste de 18 points en mars 2013 dans lequel elle expose les missions, les revendications et la vision des sapeurs-pompiers dans l'articulation entre les deux secteurs. Après avoir rappelé le rôle des médecins et infirmiers sapeurs-pompiers et les positions classiques des responsables (maîtrise des moyens, médicalisation des hélicoptères de la sécurité civile, demande d'une évaluation comparée des services apportés aux patients-victimes par les deux contributeurs), la FNSP exprime l'idée que le secours à personne SAP recouvre une partie des soins d'urgence.

[1647] L'inquiétude des sapeurs-pompiers a été atténuée par le discours du Président de la République prononcé lors de leur 120ème congrès au cours duquel il indiquait :

> *« J'ai fixé un objectif, vous le connaissez : l'accès aux soins urgents doit pouvoir se faire depuis n'importe quel point de notre territoire en moins de 30 minutes. Cet objectif ne pourra être atteint que si les Sapeurs-pompiers sont totalement partie prenante des secours à personne à parité avec les autres acteurs.*
> *Le respect de cette exigence n'est pas négociable.*
> *Aucune contrainte budgétaire ne pourra justifier que l'Etat renonce à cette règle essentielle à la sécurité de notre pays et de ses habitants. Surtout dans un contexte où la présence médicale se raréfie dans les territoires ruraux, et où les pompiers ont donc à assumer une charge considérable. Car les pompiers, c'est principalement aujourd'hui le secours à personnes. Chaque année, 3 millions de personnes font appel à vous.*
> *Aussi, les Pompiers pour cette mission ne peuvent pas être considérés comme des sous-traitants, des exécutants, des supplétifs : ils sont des acteurs responsables, qui doivent être associés aux décisions, à la conduite des politiques et à la définition des modalités d'intervention. Leur rôle ne saurait donc, en aucun cas, ni par qui que ce soit, être remis en cause. Un cadre juridique existe : le référentiel de 2008* ».

[1648] Cette prise de position, bien qu'interprétée différemment dans chacun dans secteurs, rappelle que la prise en charge des personne victimes ou malades associe plusieurs acteurs.

2.2.1 Les sapeurs-pompiers sont des acteurs importants des prises en charge de première intention

[1649] Le secours à personne, dans ses différentes dimensions, a pris une place croissante dans l'activité des sapeurs-pompiers. Le recueil annuel d'activité INFOSDIS montre que cette activité concerne 74% aujourd'hui des missions, et qu'elle continue à augmenter (+2% en 2012), alors que dans le même temps le nombre d'interventions sur des incendies ou des accidents est en baisse de 3%. Ce sont les malaises ou maladies à domicile qui augmentent le plus (+18% en un an) à 749 000 interventions.

[1650] Les études disponibles sur les modes d'arrivée aux urgences montrent que les sapeurs-pompiers transportent vers les services d'urgence entre 10% et 20%[302] des arrivants, en tenant compte du fait que 60% à 70% des personnes viennent par leurs propres moyens.

[302] 11% d'après l'ORU Midi-Pyrénées, 15% d'après l'ORU Lorraine et 20% d'après l'ORU PACA.

[1651] L'enquête nationale conduite par la DREES en 2013[303] sur l'accès un jour donné aux urgences confirme ces chiffres. Sur 49 673 patients arrivés aux urgences au cours d'une journée complète, 26 493 étaient venus par leurs propres moyens ; pour les patients ayant recouru à un véhicule, 8 703 avaient utilisé leur propre véhicule, 5 756 un taxi ou une ambulance, 5 706 un véhicule des sapeurs-pompiers, soit 11,6% pour ces derniers.

[1652] Même s'ils prennent en charge des urgences relativement moins graves que les SMUR, les sapeurs-pompiers participent au processus de prise en charge de l'urgence et les SAMU ont besoin d'eux : en Provence-Alpes-Côte d'Azur[304], si on neutralise les transferts et les conseils, les VSAV représentent 47,0% de l'ensemble des décisions du médecin régulateur, les ambulances 22,0%, les SMUR 14,7%, la médecine libérale 14,0% et 2,3% de sorties des médecins des SDIS.

2.2.2 L'atteinte complète de l'objectif gouvernemental nécessite la pleine prise en compte de l'apport opérationnel des sapeurs-pompiers

[1653] Au regard de l'objectif d'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes, le dispositif des médecins correspondants du SAMU ouvre des perspectives favorables – sous réserve que sa montée en puissance prévisionnelle se concrétise.

[1654] Toutefois, opérationnellement et politiquement, il serait incompréhensible d'opposer deux dispositifs, celui des médecins correspondants du SAMU et celui des médecins sapeurs-pompiers. Tous deux s'adressent au même vivier de médecins libéraux et cherchent à fidéliser la ressource médicale territoriale, dans deux cadres ayant chacun des spécificités :

- un engagement uniquement à la demande du SAMU, exclusivement sur des cas graves d'aide médicale urgente et toujours concomitante à l'engagement d'un SMUR pour les MCS ;
- un engagement à l'initiative du CTA ou à la demande du SAMU, pour des interventions plus ou moins graves – sans engagement automatique d'un SMUR - pour les médecins sapeurs-pompiers, impliqués par ailleurs dans la médecine d'aptitude, le soutien opérationnel et la formation des sapeurs-pompiers.

[1655] Ces deux dispositifs offrent aux médecins libéraux deux modalités d'engagement au choix, suivant le temps qu'ils peuvent consacrer à la prise en charge des urgences, leur acceptation d'interventions de gravité variable et leur aspiration ou non à s'investir dans une communauté à forte identité comme celle des sapeurs-pompiers.

[1656] Les infirmiers sapeurs-pompiers constituent la deuxième composante de la capacité de réponse opérationnelle des SDIS dans le secours à personne et l'aide médicale urgente. Le ministère chargé de la santé a estimé que l'objectif d'accès rapide à des soins urgents se comprenait nécessairement comme l'accès à une prise en charge médicale.

[1657] L'objectif qu'il poursuit par ailleurs de développer les délégations de tâches (mesure 8 du Pacte territoire santé) cible à ce stade des actes d'autres professionnels, notamment pour le contrôle de la vue. Même si les réflexions existent s'agissant des infirmiers, les évolutions envisagées concernent prioritairement des espaces semi-médicalisés tels que les EHPAD, dans lesquels les besoins sont évidents.

[303] Enquête nationale sur l'accès aux urgences le 11 juin 2013 ; exploitation en cours ; données provisoires à ce stade.
[304] Atlas ORU 2011 Graphique 92 p 123

[1658] La mission note que, sous réserve que les interventions des infirmiers sapeurs-pompiers soient régulées et pratiquées avec des protocoles harmonisés au niveau national et déclinés localement (*cf.* rapport), rien ne s'opposerait à réfléchir à la manière de les associer à l'atteinte de l'objectif d'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes, notamment pour assurer la couverture de zones les plus pauvres en présence médicale.

[1659] Enfin, la troisième force opérationnelle des sapeurs-pompiers dans le secours à personne, la plus nombreuse et la plus spécifique, est leur capacité d'action secouriste. Sans modifier quoi que ce soit dans le rattachement de ce secteur aux problématiques et à la dynamique de la protection civile, ce champ mériterait d'être mieux appréhendé et mieux reconnu par les responsables sanitaires pour la contribution qu'il apporte aux secours et pour ce qu'il implique en termes d'engagement au service de la population, selon des motivations et des valeurs très proches de celles des acteurs de santé.

ANNEXE 13
POINT SUR LA MISE EN ŒUVRE DES COORDONNATEURS AMBULANCIERS

Région	Département		Y a-t-il un coordonnateur ambulancier (O / N) ?	Si oui, est-il financé par la profession (O / N) ?	Si oui, est-il financé avec une aide publique (O / N) ?	Observations
Alsace	67	Bas-Rhin	N	--	--	
Alsace	68	Haut-Rhin	O	O	N	Il existe un numéro unique, un logiciel ambulancier directement renseigné par les ARM et une permanence assurée par la société d'ambulanciers, mais l'ensemble ne donne pas satisfaction aux acteurs et est à perfectionner
Aquitaine	24	Dordogne	N	--	--	
Aquitaine	33	Gironde	N	--	--	
Aquitaine	40	Landes	N	--	--	
Aquitaine	47	Lot-et-Garonne	N	--	--	
Aquitaine	64A	Pyrénées-Atlantiques	N	--	--	
Aquitaine	64B	Pyrénées-Atlantiques	N	--	--	
Auvergne	03	Allier				
Auvergne	15	Cantal				
Auvergne	43	Haute-Loire				
Auvergne	63	Puy-de-Dôme				
Basse-Normandie	14	Calvados	N	--	--	
Basse-Normandie	50	Manche	N	--	--	
Basse-Normandie	61	Orne	N	--	--	
Bourgogne	21	Côte d'Or	N	--	--	
Bourgogne	58	Nièvre	N	--	--	
Bourgogne	71	Saône-et-Loire	N	--	--	
Bourgogne	89	Yonne	N	--	--	
Bretagne	22	Côtes d'Armor	N	--	--	
Bretagne	29	Finistère	N	--	--	
Bretagne	35	Ille-et-Vilaine	N	--	--	
Bretagne	56	Morbihan	N	--	--	
Centre	18	Cher	N	--	--	Le territoire est trop petit pour créer ce poste : coordination ambulancière assurée par l'ARM du SAMU 18 qui dispose de l'appui du dispositif de géolocalisation
Centre	28	Eure-et-Loir	N	--	--	Dispositif de géolocalisation en cours d'installation par le SAMU
Centre	36	Indre	N	--	--	Le territoire est trop petit pour créer ce poste. Dispositif de géolocalisation en cours d'installation par le SAMU
Centre	37	Indre-et-Loire	O	O	N	Permanence ambulancière pendant les heures ouvrables, Demande en cours de permanence H 24
Centre	41	Loir-et-Cher	N	--	--	Point à l'ordre du jour du prochain CODAMUPS-TS. Demande ATSU
Centre	45	Loiret	N	--	--	Souhait du SAMU. Dispositif de géolocalisation en cours d'installation par le SAMU

Région	Département		Y a-t-il un coordonnateur ambulancier (O / N) ?	Si oui, est-il financé par la profession (O / N) ?	Si oui, est-il financé avec une aide publique (O / N) ?	Observations
Champagne-Ardenne	08	Ardennes	N	--	--	
Champagne-Ardenne	10	Aube	N	--	--	
Champagne-Ardenne	51	Marne	N	--	--	
Champagne-Ardenne	52	Haute-Marne	N	--	--	La mise en place d'un coordonnateur ambulancier est prévue en 2014, financée par l'ARS (FIR) pendant 2 ans.
Corse	2A	Corse-du-Sud	N	--	--	
Corse	2B	Haute-Corse	N	--	--	
Franche-Comté	25	Doubs	O	O	O	Coordination régionale pour les ambulanciers. Le financement par la profession (66%) et par l'ARS -FIR (33%) en contrepartie d'engagements sur la réduction des carences ambulancières, la géolocalisation des véhicules, la traçabilité de l'exhaustivité des interventions, formation des personnels.
Franche-Comté	39	Jura	O	O	O	
Franche-Comté	70	Haute-Saône	O	O	O	
Franche-Comté	90	Territoire-de-Belfort	O	O	O	
Guadeloupe	971	Guadeloupe	N	--	--	Projet de plateforme de régulation régionale en cours de finalisation, déployé sur 3 ans, et co-financé par ARS (50%) - Région (15%) - Département (15%) - Profession (20%)
Guyane	973	Guyane	N	--	--	
Haute-Normandie	27	Eure				
Haute-Normandie	76	Seine-Maritime				
Ile-de-France	75	Paris	O	O	N	
Ile-de-France	77	Seine-et-Marne	N	--	--	
Ile-de-France	78	Yvelines	N	--	--	
Ile-de-France	91	Essonne	O	N	O	ARS-DT 91. Horaires PDSA
Ile-de-France	92	Hauts-de-Seine	O	O	N	De 8h à 23h
Ile-de-France	93	Seine-Saint-Denis	N	--	--	
Ile-de-France	94	Val-de-Marne	N	--	--	
Ile-de-France	95	Val-d'Oise	N	--	--	
Languedoc-Roussillon	11	Aude	N	--	--	
Languedoc-Roussillon	30	Gard	O	O	N	
Languedoc-Roussillon	34	Hérault	O	O	N	
Languedoc-Roussillon	48	Lozère	N	--	--	
Languedoc-Roussillon	66	Pyrénées-Orientales	N	--	--	
Limousin	19	Corrèze	N	--	--	
Limousin	23	Creuse	N	--	--	
Limousin	87	Haute-Vienne	N	--	--	
Lorraine	54	Meurthe-et-Moselle	N	--	--	
Lorraine	55	Meuse	N	--	--	
Lorraine	57	Moselle	O	N	O	Financement association urgence 57 (convention ARS/U57/CHR Metz)
Lorraine	88	Vosges	N	--	--	
Martinique	972	Martinique	O	100% de 15h + 30% 20h	70% de 20h	Deux coordonnatrices. Contrats aidés durée 24 mois (pôle emploi)
Midi-Pyrénées	09	Ariège	O	O		
Midi-Pyrénées	12	Aveyron	N	--	--	
Midi-Pyrénées	31	Haute-Garonne	N	--	--	Fonction assurée par un ARM pour les besoins du CHU et CLCC
Midi-Pyrénées	32	Gers	N	--	--	
Midi-Pyrénées	46	Lot	N	--	--	
Midi-Pyrénées	65	Haute-Pyrénées	N	--	--	
Midi-Pyrénées	81	Tarn	N	--	--	
Midi-Pyrénées	82	Tarn-et-Garonne	N	--	--	
Nord-Pas-de-Calais	59	Nord	O	N	O	MIG SAMU
Nord-Pas-de-Calais	62	Pas-de-Calais	O	N	O	MIG SAMU

Région	Département		Y a-t-il un coordonnateur ambulancier (O / N) ?	Si oui, est-il financé par la profession (O / N) ?	Si oui, est-il financé avec une aide publique (O / N) ?	Observations
Océan indien	974	Réunion	O	O	O	Situé dans les locaux du SAMU -CENTRE 15 Assure la coordination entre la demande du SAMU et régulateurs médicaux libéraux en termes de transports sanitaires Financement du coordonnateur assuré par l'ATSU Financement au titre du FIR 2013 d'un montant de 25 000 € pour soutenir l'ATSU dans l'amélioration de l'organisation de la garde départementale ambulancière (fonctionnement de la structure)
Pays-de-la-Loire	44	Loire-Atlantique	O	O	N	
Pays-de-la-Loire	49	Maine-et-Loire	N	--	--	
Pays-de-la-Loire	53	Mayenne	N	--	--	
Pays-de-la-Loire	72	Sarthe	N	--	--	
Pays-de-la-Loire	85	Vendée	O	O	N	
Picardie	02	Aisne	O	N	O	Crédits AC non reconductibles (intégrés FIR en 2013 Pour l'Aisne, le même dispositif a été financé les années antérieures, mais non entièrement mis en place . La coordination est acruellement assurée uniquement via le logiciel financé ; en 2014 devrait être conclue une convention entre le CH de Laon , établissement gestionnaire du SAMU et l'ATSU afin de mettre en place la coordination humaine
Picardie	60	Oise	O	O	O	Pour la Somme et l'Oise , il existe un coordonateur et un logiciel financés en 2103 sur le FIR (ex AC non reconductibles), le complément de financement du coordonateur étant assuré par la profession
Picardie	80	Somme	O	O	O	
Poitou-Charentes	16	Charente	N	--	--	
Poitou-Charentes	17	Charente-Maritime	O	O	N	
Poitou-Charentes	79	Deux-Sèvres	N	--	--	
Poitou-Charentes	86	Vienne	N	--	--	
PACA	04	Alpes-de-Haute-Provence	N	--	--	Réflexion en cours, basé au C15 et financé par la profession
PACA	05	Hautes-Alpes	N	--	--	
PACA	06	Alpes-Maritimes	N	--	--	
PACA	13	Bouches-du-Rhône	O	O	N	Au siège de l'association des transporteurs sanitaires
PACA	83	Var	O	O	N	Expérimental
PACA	84	Vaucluse	N	--	--	
Rhône-Alpes	01	Ain	O	O	N	
Rhône-Alpes	07	Ardèche	O	O	N	En journée. SAMU sur la période de garde
Rhône-Alpes	26	Drôme	O	O	N	Partiel : 3 jours par semaine + relais par entreprises volontaires
Rhône-Alpes	38	Isère	N	--	--	
Rhône-Alpes	42	Loire	N	--	--	
Rhône-Alpes	69	Rhône	N	--	--	
Rhône-Alpes	73	Savoie	N	--	--	
Rhône-Alpes	74	Haute-Savoie	O	O	N	Sur le site du centre 15

ANNEXE 14
NOMBRE DE CARENCES POUR 1 000 HABITANTS SELON LES DEPARTEMENTS

[1660] En dépit des divergences de décompte des carences, SIS et SAMU s'accordent pour dire que le phénomène des indisponibilités ambulancières ne revêt pas la même ampleur d'un département à l'autre.

[1661] L'une des façons d'appréhender l'importance de ces indisponibilités est de calculer leur nombre pour 1 000 habitants dans les différents départements. Le tableau des pages suivantes retrace ce calcul et en donne le résultat, sachant que :

- le nombre de carences est issu du ministère chargé de la santé (DGOS) ;
  - ✓ la population 2012 est la population totale définie pour l'année 2012 par le décret n° 2012-1479 du 27 décembre 2012 authentifiant les chiffres des populations de métropole, des départements d'outre-mer de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de La Réunion, de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin et de Saint-Pierre-et-Miquelon.

[1662] Le tableau confirme l'existence de fortes disparités, les écarts allant de 1 à 9 avec :

- ✓ 16 départements où le ratio est inférieur à une carence pour 1 000 habitants au cours de l'année 2012 ;
- ✓ 5 départements où le ratio est supérieur à 8 (par ordre décroissant, Doubs, Tarn-et-Garonne, Meuse, Oise et Moselle).

[1663] La moyenne nationale (en ne prenant en compte au dénominateur que la population des 94 départements pour lesquels le nombre de carences est connu) est de 2,68 carences pour 1 000 habitants.

[1664] 51 départements se situent au-dessous de la moyenne nationale des carences et 43, au-dessus.

[1665] La moyenne des départements est de 2,82.

Département		Région	Nombre de carences ambulancières	Population totale 2012	Nombre de carences pour 1 000 habitants
01	Ain	Rhône-Alpes	2 959	614 331	4,82
02	Aisne	Picardie	2 048	555 094	3,69
03	Allier	Auvergne	1 202	353 124	3,40
04	Alpes-de-Haute-Provence	Provence-Alpes-Côte d'Azur	180	165 155	1,09
05	Hautes-Alpes	Provence-Alpes-Côte d'Azur	249	142 312	1,75
06	Alpes-Maritimes	Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 832	1 094 579	3,50
07	Ardèche	Rhône-Alpes	716	324 885	2,20
08	Ardennes	Champagne-Ardenne	665	291 678	2,28
09	Ariège	Midi-Pyrénées	429	157 582	2,72
10	Aube	Champagne-Ardenne	1 278	311 720	4,10
11	Aude	Languedoc-Roussillon	1 931	365 854	5,28
12	Aveyron	Midi-Pyrénées	837	288 364	2,90
13	Bouches-du-Rhône	Provence-Alpes-Côte d'Azur	7 385	2 000 550	3,69
14	Calvados	Basse-Normandie	340	699 561	0,49
15	Cantal	Auvergne	289	154 135	1,87
16	Charente	Poitou-Charentes	128	364 429	0,35
17	Charente-Maritime	Poitou-Charentes	2 238	640 803	3,49
18	Cher	Centre	739	319 600	2,31
19	Corrèze	Limousin	841	252 235	3,33
2A	Corse-du-Sud	Corse	nd	145 998	nd
2B	Haute-Corse	Corse	207	168 869	1,23
21	Côte-d'Or	Bourgogne	990	538 505	1,84
22	Côtes-d'Armor	Bretagne	1 206	612 383	1,97
23	Creuse	Limousin	282	127 919	2,20
24	Dordogne	Aquitaine	1 588	426 607	3,72
25	Doubs	Franche-Comté	5 421	542 509	9,99
26	Drôme	Rhône-Alpes	586	499 313	1,17
27	Eure	Haute-Normandie	2 667	603 194	4,42
28	Eure-et-Loir	Centre	1 489	440 291	3,38
29	Finistère	Bretagne	1 375	929 286	1,48
30	Gard	Languedoc-Roussillon	1 289	726 285	1,77
31	Haute-Garonne	Midi-Pyrénées	1 655	1 268 370	1,30
32	Gers	Midi-Pyrénées	380	195 489	1,94
33	Gironde	Aquitaine	7 659	1 479 277	5,18
34	Hérault	Languedoc-Roussillon	688	1 062 617	0,65
35	Ille-et-Vilaine	Bretagne	1 329	1 015 470	1,31
36	Indre	Centre	18	238 261	0,08
37	Indre-et-Loire	Centre	2 384	605 819	3,94
38	Isère	Rhône-Alpes	2 006	1 233 759	1,63
39	Jura	Franche-Comté	nd	271 973	nd
40	Landes	Aquitaine	759	397 766	1,91
41	Loir-et-Cher	Centre	351	340 729	1,03
42	Loire	Rhône-Alpes	601	766 729	0,78
43	Haute-Loire	Auvergne	135	231 877	0,58
44	Loire-Atlantique	Pays de la Loire	998	1 317 685	0,76
45	Loiret	Centre	1 920	674 913	2,84
46	Lot	Midi-Pyrénées	1 159	181 232	6,40
47	Lot-et-Garonne	Aquitaine	392	342 500	1,14
48	Lozère	Languedoc-Roussillon	59	81 281	0,73
49	Maine-et-Loire	Pays de la Loire	1 185	808 298	1,47

Département		Région	Nombre de carences ambulancières	Population totale 2012	Nombre de carences pour 1 000 habitants
50	Manche	Basse-Normandie	1 482	517 121	2,87
51	Marne	Champagne-Ardenne	1 825	579 533	3,15
52	Haute-Marne	Champagne-Ardenne	1 203	191 004	6,30
53	Mayenne	Pays de la Loire	234	317 006	0,74
54	Meurthe-et-Moselle	Lorraine	4 889	746 502	6,55
55	Meuse	Lorraine	1 723	200 509	8,59
56	Morbihan	Bretagne	1 210	744 663	1,62
57	Moselle	Lorraine	8 764	1 066 667	8,22
58	Nièvre	Bourgogne	1 130	226 997	4,98
59	Nord	Nord-Pas-de-Calais	5 545	2 617 939	2,12
60	Oise	Picardie	7 014	823 668	8,52
61	Orne	Basse-Normandie	806	301 421	2,67
62	Pas-de-Calais	Nord-Pas-de-Calais	5 391	1 489 209	3,62
63	Puy-de-Dôme	Auvergne	875	649 643	1,35
64	Pyrenées-Atlantique	Aquitaine	606	674 908	0,90
65	Hautes-Pyrenées	Midi-Pyrénées	871	237 945	3,66
66	Pyrenées-Orientales	Languedoc-Roussillon	1 500	457 238	3,28
67	Bas-Rhin	Alsace	5 345	1 115 226	4,79
68	Haut-Rhin	Alsace	1 629	765 634	2,13
69	Rhône	Rhône-Alpes	665	1 756 069	0,38
70	Haute-Saône	Franche-Comté	nd	247 311	nd
71	Saône-et Loire	Bourgogne	890	574 874	1,55
72	Sarthe	Pays de la Loire	470	579 497	0,81
73	Savoie	Rhône-Alpes	729	428 751	1,70
74	Haute-Savoie	Rhône-Alpes	1 332	760 979	1,75
75	Paris	Ile-de-France	278	2 268 265	0,12
76	Seine-Maritime	Haute-Normandie	3 457	1 275 952	2,71
77	Seine-et-Marne	Ile-de-France	6 420	1 347 008	4,77
78	Yvelines	Ile-de-France	820	1 435 448	0,57
79	Deux-Sèvres	Poitou-Charentes	472	380 569	1,24
80	Somme	Picardie	2 690	583 388	4,61
81	Tarn	Midi-Pyrénées	1 191	387 099	3,08
82	Tarn-et-Garonne	Midi-Pyrénées	2 203	248 227	8,87
83	Var	Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 689	1 026 222	2,62
84	Vaucluse	Provence-Alpes-Côte d'Azur	653	555 240	1,18
85	Vendée	Pays de la Loire	1 917	654 096	2,93
86	Vienne	Poitou-Charentes	1 267	438 566	2,89
87	Haute-Vienne	Limousin	549	384 781	1,43
88	Vosges	Lorraine	1 843	392 846	4,69
89	Yonne	Bourgogne	2 147	353 366	6,08
90	Territoire-de-Belfort	Franche-Comté	100	146 475	0,68
91	Essonne	Ile-de-France	3 864	1 233 645	3,13
92	Hauts-de-Seine	Ile-de-France	nd	1 590 749	nd
93	Seine-Saint-Denis	Ile-de-France	nd	1 534 895	nd
94	Val-de-Marne	Ile-de-France	nd	1 340 868	nd
95	Val-d'Oise	Ile-de-France	2 545	1 187 836	2,14
971	Guadeloupe	Guadeloupe	526	409 905	1,28
972	Martinique	Martinique	1 424	400 535	3,56
973	Guyane	Guyane	822	231 167	3,56
974	Réunion	La Réunion	447	829 903	0,54
976	Mayotte	Mayotte	nd	nd	nd

ANNEXE 15
COMPARAISON DE PROTOCOLES INFIRMIERS DE SOINS D'URGENCE ET D'ANTALGIE

1 ANALYSE DE SEPT ENSEMBLES DE PROTOCOLES 329
1.1 Structure générale 329
1.2 Cadre juridique 330
1.3 Références bibliographiques 331
1.4 Relations avec les partenaires sanitaires 331
1.4.1 Lors de l'élaboration des protocoles et de la constitution du vivier d'infirmiers habilités 331
1.4.2 Pendant les interventions 331
2 ANALYSE DE NEUF PROTOCOLES « ANTALGIE ADULTE » 332
2.1 Distinction entre algie et hyperalgie 332
2.2 Traitement initial de l'algie simple 333
2.3 Suite en cas de douleur persistante 333
2.4 Traitement de l'hyperalgie 334

[1666] Les discussions nationales entre représentants des services d'urgence et des services d'incendie et de secours n'ayant pas abouti, chaque SDIS qui souhaite développer une capacité de réponse infirmière hors la présence d'un médecin élabore aujourd'hui ses protocoles infirmiers de soins d'urgence et d'antalgie (PISU).

[1667] Pour ce faire, il peut s'appuyer sur les recommandations professionnelles de la Société française de médecine d'urgence[305], sachant qu'à l'état de projet, certaines de ces recommandations ont été la cause du départ des représentants des sapeurs-pompiers du groupe de travail paritaire chargé de soumettre des propositions nationales à la validation de la Haute Autorité de Santé (HAS).

[1668] Le SIS peut aussi s'aider du guide méthodologique rédigé par la Société européenne de médecine de sapeurs-pompiers[306].

[1669] La mission a comparé quelques protocoles collectés au fil de ses déplacements, de ses entretiens ou dans les retours sur ses questionnaires[307].

[1670] La finalité de cette comparaison est d'identifier d'éventuels points communs ou différences, et non de dresser un classement entre les SIS qui ont communiqué leurs protocoles à la mission.

[1671] Pour cette raison, les noms des départements constituant l'échantillon figurent au début de chaque partie mais ne sont pas repris par la suite dans l'analyse, chacun étant en capacité de retrouver ce qui le concerne dans le texte.

1 ANALYSE DE SEPT ENSEMBLES DE PROTOCOLES

[1672] Dans un premier temps, la mission a analysé sept ensembles de protocoles (Corse-du-Sud, Creuse, Gironde, Loire-Atlantique, Nord, Vosges, Essonne).

1.1 Structure générale

[1673] Pour deux des sept départements, la mission ne dispose que d'une collection de fiches (une par protocole). Elle ne sait pas si ces fiches sont regroupées dans un recueil formant un corpus de doctrine unique ou non. Pour les cinq autres départements, la mission a eu communication d'un recueil des protocoles.

Structure des cinq recueils de protocoles communiqués à la mission

La structure de ces recueils est la suivante :

- département n° 1 : brève introduction en forme d'habilitation, 14 fiches de PISU, pages blanches pour remarques ;

- département n° 2 : introduction, liste des PISU, attestation d'habilitation à compléter pour personnaliser le recueil pour un infirmier en particulier, marche générale des opérations, 18 fiches de PISU, outils de l'urgence, généralités pharmacologiques ;

[305] L'infirmier IDE seul face devant une situation de détresse vitale. SFMU. Décembre 2011.
[306] Recommandations pour la rédaction et la mise en œuvre de protocoles de soins à destination des infirmiers de sapeurs-pompiers. SEMSP. Mai 2010.
[307] Aucun des membres de la mission n'étant médecin, la comparaison opérée est la plus « à plat » possible, en mettant en exergue les différences de contenu suivant les départements.

- département n° 3 : introduction (avec liste des PISU, des protocoles et des fiches techniques), cadre juridique, modalités de mise en œuvre, consignes opérationnelles (missions, conditions d'engagement, tableau critères/moyens), chronologie d'intervention, schéma-type d'un PISU, 16 fiches de PISU, 9 fiches de protocoles de soutien sanitaire, 11 fiches techniques, pharmacologie, abréviations, bibliographie ;

- département n° 4 : décision en 9 articles : dispositions générales, dispositifs de monitorage utilisables et mesures paracliniques, actes conservatoires réalisables (contexte et liste des PISU), 8 fiches de PISU, principe d'information systématique du médecin (avec maquette de compte-rendu de prise en charge), procédure d'évaluation, formation et contrôle d'aptitude, liste d'aptitude, utilisation des ampouliers et médicaments mis à disposition par la pharmacie à usage intérieur du SDIS, mise en œuvre. L'article de mise en œuvre permet de personnaliser le recueil pour un infirmier en particulier ;

- département n° 5 : objet et domaine d'application, cadre réglementaire, cadre général, principe d'information et dossier médical, information du patient, procédure de formation, formation et habilitation, liste d'aptitude, retour d'expérience et évaluation, mise à jour, généralité sur les PISU, liste des PISU, 15 fiches de PISU adultes, 9 fiches de PISU pédiatriques, glossaire, bibliographie.

[1674] Certains recueils contiennent à peine plus d'informations que la simple collection des fiches de protocoles ; d'autres sont beaucoup plus étoffés et comprennent tout ou partie des éléments suivants : cadre général d'intervention des infirmiers sapeurs-pompiers (rappel du cadre juridique, doctrine d'emploi et doctrine d'engagement), éléments sur la formation et l'évaluation des ISP à l'utilisation des protocoles, consignes opérationnelles (articulation avec les médecins, liste des dispositifs utilisables en intervention), éléments d'information sur les dispositifs et les produits de santé utilisables, références bibliographiques.

1.2 Cadre juridique

[1675] Lorsqu'un cadrage général est présent, il peut apparaître en décalage par rapport aux protocoles :

- l'article R. 4311-8 du code de la santé publique[308] est moins souvent mentionné que l'article R. 4311-14[309], alors qu'il est le fondement des protocoles de prise en charge de la douleur ;
- l'un des recueils indique qu'un ISP peut mettre en œuvre un protocole lorsqu'il est « *confronté(e) à une détresse menaçant immédiatement la vie et en dehors de la certitude de l'intervention imminente d'un médecin* ». Il paraît ainsi circonscrire le champ des protocoles à des cas de risque vital. Pourtant, l'un des protocoles est consacré à la prise en charge de la douleur.

[308] « *L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers* ».

[309] « *En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.*
En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état ».

1.3 Références bibliographiques

[1676] Deux recueils seulement prévoient de consacrer une partie aux références bibliographiques qui sous-tendent le contenu des protocoles. Toutefois, dans la version de l'un d'eux communiquée à la mission, les pages correspondantes sont manquantes ; comme il s'agit de la dernière partie du document, la mission n'est pas en mesure d'apprécier le niveau de développement de la partie en cause.

[1677] A noter que, dans l'un des départements qui ont communiqué seulement quelques protocoles à la mission, les références bibliographiques figurent à la fin de chaque protocole.

1.4 Relations avec les partenaires sanitaires

1.4.1 Lors de l'élaboration des protocoles et de la constitution du vivier d'infirmiers habilités

[1678] Les recommandations précitées de la SEMSP indiquent : « *Il est recommandé que les structures de santé participant habituellement à la prise en charge des patients bénéficiant de l'application des protocoles soient informées de leur existence, de leur nature et de leur contenu* ».

[1679] L'un des recueils mentionne l'approbation des protocoles par le responsable du SAMU et leur validation par le CODAMUPS-TS. Les autres n'évoquent ni association du SAMU, ni présentation au CODAMUPS-TS, ce qui ne signifie pas qu'il n'y en ait pas eu.

[1680] Toutefois, le travail commun et l'information partagée avec les autres acteurs ne semblent pas automatiques. En ce qui concerne la liste d'aptitude des infirmiers sapeurs-pompiers habilités à mettre en œuvre les protocoles, par exemple, l'un des recueils prévoit : « *S'il le juge nécessaire, le médecin-chef peut également la transmettre aux partenaires institutionnels (Préfecture, SAMU, Conseil de l'Ordre des Infirmiers, ARS)* ».

1.4.2 Pendant les interventions

[1681] Les relations avec la régulation médicale sont définies de manière différente suivant les départements.

Relations avec la régulation médicale pendant les interventions

- département n° 1 : la partie commune à tous les protocoles indique que l'infirmier « a*pplique strictement les protocoles signés par le médecin chef du SDIS […], après avis du médecin régulateur CRRA 15 ou d'un médecin sapeur-pompier (MAD). Après s'être identifié, l'ISP transmet au CRRA 15 un bilan paramédical (par radio ou par téléphone). Le médecin régulateur du SAMU se nomme et indique en fonction du bilan, le protocole à suivre ainsi que la posologie des médicaments prescrits. L'ISP peut être déclenché par le Médecin régulateur du CRRA 15 en premier effecteur sur une urgence vitale. Dans ce cas il applique les protocoles adaptés après avis du médecin régulateur du CRRA 15 dans l'attente de l'arrivée du renfort médical (équipe de SMUR, MSPV …)* » ;

- département n° 1 (suite) : certains protocoles du recueil ont été modifiés au cours des derniers mois. Dans la nouvelle version, la saisine préalable de la régulation médicale n'est plus prévue ;

- département n° 2 : le tronc commun du recueil prévoit que « *Pour toute application de PISU, l'ISP doit informer le médecin sapeur-pompier (MSP) d'astreinte départementale, sans pour autant en retarder son application* » ;

- département n° 3 : en tête de chaque protocole figure la phrase suivante : « *Les protocoles ne dispensent nullement des obligations d'alerte et de bilan que les premiers intervenants devront passer à leur tutelle, en particulier au médecin régulateur du SAMU/CRRA 15. Les soins seront prescrits et appliqués selon les protocoles en vigueur* » ;

- département n° 4 : dans ce département où il n'existe pas de recueil des protocoles, le courrier portant ceux-ci à la connaissance du SAMU indique « *la mise en application du protocole infirmier de soins d'urgence devra à chaque fois que cela est possible recueillir l'avis du médecin régulateur en charge du dossier médical de la mission avant mise en application* ». La question est de savoir si les infirmiers sapeurs-pompiers habilités connaissent cette consigne, qui n'est pas répétée dans chaque protocole ;

- dans les trois autres départements, dont le département dans lequel le SAMU et le CODAMUPS-TS ont validé les protocoles du SIS, la régulation médicale n'est évoquée qu'après la mise en œuvre du protocole.

[1682] L'analyse de la situation dans les sept départements tests met en lumière deux points intéressants.

[1683] Le premier est l'étendue de l'éventail de conception de la place de la régulation médicale dans les premières minutes de l'intervention de l'infirmier sapeur-pompier (allant d'une absence de contact jusqu'au premier bilan de mise en œuvre d'un protocole, jusqu'à une prescription médicale incluant la posologie du traitement pour personnaliser le protocole qui sera mis en œuvre en fonction des besoins individuels du patient).

[1684] Le second a trait au changement d'approche en cours dans l'un des départements tests, dont les protocoles les plus récents semblent prévoir l'analyse de la situation du patient, l'identification du protocole à appliquer, la vérification des critères d'inclusion et d'exclusion et la mise en œuvre du protocole par le seul infirmier, sans contact avec la régulation médicale, tandis que dans la version précédente, la conduite à tenir passait par la sollicitation de l'avis du médecin régulateur et une prescription de celui-ci, posologie comprise. La mission n'a pas connaissance d'autres modifications de doctrine aussi radicales.

2 ANALYSE DE NEUF PROTOCOLES « ANTALGIE ADULTE »

[1685] En complément de la vision d'ensemble, la mission a examiné plus en détail de neuf protocoles « antalgie adulte[310] », le sujet de la prise en charge de la douleur étant particulièrement sensible dans certains départements. Les neuf protocoles sont ceux des sept départements précédents, y compris la version du milieu des années 2000 du département qui a modifié ses pratiques récemment, auxquels s'ajoute le protocole de la Haute-Savoie.

2.1 Distinction entre algie et hyperalgie

[1686] Sept protocoles sur neuf opèrent une distinction entre algie et hyperalgie, le traitement à mettre en place différant suivant l'intensité de la douleur. Dans tous ces protocoles sauf un, l'algie correspond, sur l'échelle visuelle analogique (EVA) d'évaluation de la douleur, à une cotation supérieure ou égale à 30/100 et inférieure à 60/100, l'hyperalgie à une cotation supérieure. Dans le septième protocole, la douleur est considérée comme d'intensité moyenne au-dessus de 4/10 et sévère au-dessus de 8/10. Toutefois dans le logigramme, le traitement de la douleur est préconisé au-dessus de 3/10.

[310] Patient de plus de 15 ans et pesant au moins 50 kg, ou âgé de plus de 15 ans et 3 mois, selon les protocoles.

[1687] Le huitième et le neuvième protocoles déroulent une même séquence d'intervention de l'infirmier sapeur-pompier quelle que soit la cotation de la douleur. La différence entre les deux est que l'un fixe un seuil d'entrée à 4/10 sur l'échelle EVA, tandis que l'autre semble viser la prise en charge de toute douleur.

2.2 Traitement initial de l'algie simple

[1688] Les principaux critères d'exclusion sont communs à tous les protocoles (douleur thoracique non traumatique – souvent traitée par un protocole spécifique -, allergie connue au paracétamol, prise récente entraînant un risque de dépassement de 4 g sur une journée, insuffisance hépatocellulaire). Un protocole ajoute un critère d'exclusion (insuffisance rénale sévère) qui, sauf erreur, ne figure pas dans les autres documents.

[1689] Sauf critères d'exclusion, le traitement initial de la douleur d'intensité moyenne consiste, dans tous les protocoles, en l'administration de paracétamol. Un protocole préconise néanmoins du kétoprofène pour les douleurs pelviennes et/ou rénales non traumatiques.

[1690] Huit protocoles préconisent une administration du paracétamol par voie intraveineuse, dont l'un avec voie *per os* également possible. Le neuvième protocole recommande une administration *per os*. Dans tous les cas, la posologie est de 1g, mais avec des durées variables de passage en IV, allant de 10 mn dans trois protocoles à 20 mn dans un, en passant par 15 mn dans trois protocoles et « 15 à 20 mn » dans le dernier.

[1691] La plupart des protocoles recommandent explicitement une réévaluation périodique de la douleur. Pour trois d'entre eux, elle doit avoir lieu toutes les 15 mn, pour un autre, toutes les 5 mn, pour un autre, « régulièrement ». Dans trois protocoles, ce point n'est pas précisé.

[1692] L'impression qui se dégage est celle d'une convergence des protocoles sur le traitement à mettre en place, mais avec des exceptions sur tous les points.

2.3 Suite en cas de douleur persistante

[1693] La réévaluation de la douleur pose la question de la suite de la prise en charge dans le cas où elle n'a pas évolué favorablement sous l'effet du paracétamol. Sur ce point, les protocoles analysés divergent sensiblement :

- pour quatre d'entre eux, le protocole s'arrête là. La prise en charge doit se poursuivre, mais dans le schéma classique de l'aide médicale urgente ;
- pour deux protocoles, le passage à la morphine est possible, sous réserve d'une intervention préalable du médecin régulateur : prescription (1 protocole) ou avis (1 protocole) ; dans ce second cas, le protocole pose également la condition que la douleur n'ait pas diminué ;
- pour trois protocoles, le traitement par la morphine constitue l'étape suivante du protocole, sans avis préalable du médecin régulateur. Tous trois conditionnent ce passage à une fréquence respiratoire supérieure à 10 et au constat d'une douleur cotée à plus de 30 (deux protocoles) ou 40 (un protocole).

2.4 Traitement de l'hyperalgie

[1694] Dans deux des neuf protocoles analysés, le traitement de l'hyperalgie est identique à celui de l'algie : le premier ne prévoit, en réflexe, que l'administration de paracétamol quel que soit le niveau de douleur et soumet toute action complémentaire à une prescription du médecin régulateur ; le second déroule une prise en charge en deux étapes (paracétamol puis morphine en cas de douleur résistante), quel que soit le niveau initial de la douleur au-dessus d'un seuil de 40.

[1695] Sur les sept autres protocoles, six prévoient l'administration simultanée de paracétamol et de morphine en cas d'hyperalgie, pour un effet synergique. Un protocole préfère à ce traitement la morphine seule, ou plus précisément, associée au droperidol pour ses effets anti-émétiques.

[1696] Les doses initiales de morphine sont formulées différemment selon les protocoles (dosage en mg/kg ou dose fixe) : 0,05 mg/kg (3 protocoles), 0,1 mg/kg avec ou sans un maximum de 5 mg (2 protocoles), 2 mg quel que soit le poids (1 protocole), 2 mg pour un poids de moins de 60 kg et 3 mg au-dessus (2 protocoles).

[1697] Ces doses initiales peuvent ainsi varier du simple au quadruple. Par exemple, pour un homme de 80 kg, la première dose serait respectivement de 4 mg avec les trois premiers protocoles, 5 mg ou 8 mg avec les suivants (plafonnement ou non à 5 mg), 2 mg avec le suivant ou 3 mg avec les deux derniers.

[1698] En revanche, les sept protocoles s'accordent pour préconiser une réévaluation de la douleur toutes les cinq minutes.

[1699] Les protocoles diffèrent à nouveau sur l'opportunité d'une deuxième dose de morphine et sur son contenu : outre un critère commun de non apparition d'effets secondaires défavorables, les protocoles conditionnent cette deuxième injection à la persistance d'une douleur cotée à plus de 60/100 sur l'échelle EVA (3 protocoles), de 40/100 (2 protocoles) ou de 30/100 (3 protocoles).

[1700] Les doses complémentaires sont également différentes : 0,02 mg/kg (1 protocole), 0,05 mg/kg (2 protocoles), 1 mg (2 protocoles), 2 mg (2 protocoles), 2 mg pour un poids de moins de 60 kg et 3 mg au-dessus (1 protocole). Pour un homme de 80 kg, la deuxième dose serait ainsi de 1,6 mg, 4 mg, 1 mg, 2 mg ou 3 mg.

[1701] Quatre protocoles fixent la dose maximale à 10 mg en tout. Deux autres s'expriment en nombre maximal d'injections (fixé à trois) ; un autre indique 0,15 mg/kg. Pour un homme de 80 kg, le maximum est donc de 10 mg dans le premier cas, 12 dans le second et le troisième.

[1702] Les protocoles comprennent d'autres éléments, notamment relatifs au Naloxone, antagoniste des récepteurs de la morphine, avec encore des préconisations d'administration différentes d'un document à l'autre : 1 ml/mn (1 protocole), 1 ml toutes les 2 mn (1 protocole), 1 ml toutes les 2-3 mn (1 protocole), 1 ml toutes les 5 mn (1 protocole), ml par ml mais sans indication de fréquence (1 protocole), 2 ml toutes les 2 mn (2 protocoles).

ANNEXE 16
SOURCES STATISTIQUES DISPONIBLES

1 LA SAE : UNE ENQUETE OBLIGATOIRE A USAGES MULTIPLES 337

2 INFOSDIS, LE SYSTEME D'ENQUETE SUR LES SIS PILOTE PAR LA DGSCGC 343

3 DEUX SOURCES DE DONNEES FRAGILES 344

3.1 La SAE ne peut suffire à elle seule à décrire l'activité des SAMU-SMUR 344

3.1.1 Les résultats révèlent des incohérences 344

3.1.2 La représentativité des réponses agrégées est aussi problématique 345

3.1.3 La révision de la SAE pour 2014 vise à corriger certaines de ces limites 345

3.1.4 La méthode d'élaboration de la réforme des MIG SAMU et SMUR tient compte de la fragilité des données de la SAE 346

3.2 INFOSDIS, seule base nationale mobilisant des informations sur l'ensemble du secteur, reste hétérogène 347

3.2.1 Une absence de normalisation des données saisies 347

3.2.2 Des faiblesses dans les restitutions 347

4 DES SOURCES D'INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES AU NIVEAU NATIONAL POUR LA SANTE, ET MOINS EVIDENTES COTE SDIS 348

4.1 Des enjeux complémentaires dans la santé qui permettent de croiser les sources 348

4.2 L'imbrication des SDIS avec les collectivités territoriales procure une autre forme de regard, sur la gestion plus que sur l'activité 349

[1703] Les ministères chargés de l'intérieur et de la santé disposent chacun d'un support d'information de référence et historique : pour les SAMU- SMUR la statistique annuelle d'activité des établissements (SAE) et, pour les SIS, l'enquête INFOSDIS, description complète de l'activité des SIS supervisée par la DGSCGC.

1 LA SAE : UNE ENQUETE OBLIGATOIRE A USAGES MULTIPLES

[1704] La statistique annuelle des établissements de santé est une enquête administrative réalisée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) auprès de tous les établissements de santé publics et privés installés en France (y compris dans les DOM). Les modalités de l'enquête sont définies dans un arrêté du 9 septembre 2010.

[1705] Actualisée tous les ans depuis 1974, la SAE recueille, pour chaque établissement de santé, des données sur ses facteurs de production : les structures (maternités, urgences…), les capacités (lits et places), les équipements (plateaux techniques), le personnel (praticiens salariés et libéraux par spécialité exercée). Elle décrit également l'activité des établissements (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.), quelles que soient les disciplines.

[1706] L'enquête SAE fournit des éléments de cadrage indispensables et un panorama complet de l'offre de soins hospitalière existante pour l'ensemble du secteur sanitaire, toutes disciplines confondues. Elle produit des indicateurs pour le suivi des actions nationales et régionales et alimente de nombreux tableaux de bord. Elle permet ainsi de rendre compte des mutations des établissements et de l'organisation des soins.

[1707] La collecte des informations s'effectue par une saisie en ligne à l'initiative des établissements. Une aide au remplissage est accessible en ligne au niveau de chaque bordereau pour les personnes qui ont accès au site sécurisé de collecte.

[1708] Une fois validées par les établissements et vérifiée par les services de la DREES, les informations sont basculées au mois de septembre suivant l'année de référence sur un site de diffusion, librement accessible : http : //www.sae-diffusion.sante.gouv.fr.

[1709] L'activité de médecine d'urgence est retracée par le bordereau Q13 qui décrit le SAMU (centre de réception d'appels et régulation), le SMUR et les services d'urgence. La synthèse nationale des données 2012 figure dans les pages qui suivent.

SAE 2012
Q13 - Médecine d'urgence
Type de calcul : Cumulé

Ce questionnaire ne concerne que les structures autorisées

A - TYPE D'AUTORISATION

Forme d'autorisation détenue par l'entité juridique (si établissement, forme détenue par l'entité juridique dont vous dépendez)

		générale	pédiatrique
657	**Structure des urgences**	641	113
428	**SMUR**	416	25
98	**SAMU**		

Etes-vous une structure des urgences saisonnière ?	2 oui
Etes-vous un SMUR saisonnier ?	8 oui
Etes-vous une antenne ?	62 oui
Si oui, numéro Finess de l'EJ détentrice de l'autorisation :	

B - STRUCTURE DES URGENCES GENERALES

Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées en octobre

Médecins :	335
IDE (infirmier diplômé d'état) :	565

Existe-t-il un soignant d'accueil et d'orientation?		432 oui
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par :	IAO	417
	MAO	18

UHCD

	Nombre de lits	Nombre de RUM générés	Nombre de journées-lits exploitables sur l'année	Nombre de journées
Unité d'hospitalisation de courte durée	4 014	1 473 442	1 416 718	1 531 508

Passages	**Nombre**	Dont hospitalisés en **UHCD**
Nombre total de passages aux urgences dans l'année suivis ou non d'une hospitalisation	16 359 205	1 442 785
dont : nombre de passages de patients de moins de 18 ans	2 727 554	49 316
dont : nombre de passages de partients de 75 ans ou plus	2 185 921	436 185
dont : nombre total de passages au mois d'octobre	1 414 742	119 122

Passages suivis d'une hospitalisation complète (hors UHCD) au mois d'octobre	**Nombre**
Orientation vers hospitalisation complète dans la **même** entité juridique	294 797
Orientation vers hospitalisation complète dans une **autre** entité juridique	26 186

Au sein de l'établissement, avez-vous une filière d'accueil et de soins spécifiques :

pédiatrique :	193 oui	Existe-t-il un suivi des temps d'attente et de passage?	344 oui
geriatrique :	111 oui	Le service a-t-il mis en place une revue de mortalité et de morbidité (RMM)?	228 oui

C - STRUCTURE DES URGENCES PEDIATRIQUES

Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées en octobre

Médecins :	255
IDE (infirmier diplômé d'état) :	410

Existe-t-il un soignant d'accueil et d'orientation?		79 oui
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par :	IAO	75
	MAO	3

UHCD	Nombre de lits	Nombre de RUM générés	Nombre de journées-lits exploitables sur l'année	Nombre de journées
Unité d'hospitalisation de courte durée	374	92 339	125 043	103 581

Passages	**Nombre**	Dont hospitalisés en **UHCD**
Nombre total de passages aux urgences dans l'année	2 347 009	102 992
dont : nombre total de passages au mois d'octobre	222 144	9 430
Existe-t-il un suivi des temps d'attente et de passage?		50 oui
Le service a-t-il mis en place une revue de mortalité et de morbidité (RMM)?		37 oui

Passages suivis d'une hospitalisation complète (hors UHCD) au mois d'octobre	**Nombre**
Orientation vers hospitalisation complète dans la **même** entité juridique	38 252
Orientation vers hospitalisation complète dans une **autre** entité juridique	622

D - SMUR GENERAL

Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées en octobre

Médecins :	242
IDE (infirmier diplômé d'état) :	241
Ambulancier (ou faisant fonction)	283

Ensemble des sorties des U.M.H. (Unité Mobile Hospitalière) - SMU		Nombre
Sorties terrestres	Sorties terrestres primaires	576 109
	Sorties terrestres secondaires	130 411
Sorties aériennes	Sorties aériennes primaires	18 866
	Sorties aériennes secondaires	19 480
Sorties maritimes		62

Sorties primaires (y compris maritimes)		Nombre
Sorties primaires non suivies de transport médicalisé par le SMUR	**Total de sorties primaires non suivies de transport médicalisé**	190 140
	Patients décédés	49 435
	Patients laissés sur place (refus d'évacuation)	8 858
	Patients traités sur place	40 143
	Patients transportés à l'hôpital par un moyen non médicalisé	90 514
Répartition des patients transportés dans le cadre de sorties primaires	**Total des patients transportés par le SMUR vers un établissement de soins (quel que soit le véhicule)**	384 519
	Total des patients transportés vers l'établissement siège du SMUR	277 403
	Total des patients transportés d'emblée vers un autre établissement	107 296

Types de véhicules utilisés	Nombre	Moyens	
		propres	à disposition
Ambulances de secours de soins d'urgences	2 896	206	79
Autres ambulances et véhicules sanitaires légers	1 683	222	64
Moyens aériens	213	19	113
Moyens maritimes	10	2	11

E - SMUR PEDIATRIQUE

Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées en octobre

Médecins :	155
IDE (infirmier diplômé d'état) :	186
Ambulancier (ou faisant fonction)	173

Ensemble des sorties des U.M.H. (Unité Mobile Hospitalière) - SMU		**Nombre**
Sorties terrestres	Sorties terrestres primaires	4 634
	Sorties terrestres secondaires	12 750
Sorties aériennes	Sorties aériennes primaires	233
	Sorties aériennes secondaires	1 299
Sorties maritimes		0

Sorties primaires		**Nombre**
Sorties primaires non suivies de transport médicalisé par le SMUR	**Total des sorties primaires non suivies de transport médicalisé**	947
	Patients décédés	86
	Patients laissés sur place (refus d'évacuation)	8
	Patients traités sur place	365
	Patients transportés à l'hôpital par un moyen non médicalisé	451
Répartition des patients transportés dans le cadre de sorties primaires	**Total des patients transportés par le SMUR vers un établissement de soins (quel que soit le véhicule)**	3 238
	Total des patients transportés vers l'établissement siège du SMUR	2 020
	Total des patients transportés d'emblée vers un autre établissement	973

Types de véhicules utilisés	**Nombre**	**Moyens**	
		propres	à disposition
Ambulances de secours de soins d'urgences	77	15	9
Autres ambulances et véhicules sanitaires légers	24	8	3
Moyens aériens	11	2	10
Moyens maritimes	1		1

F - SAMU - REGULATION

Activité

Nombre d'appels :

présentés	21 447 708
décrochés	20 247 603
décrochés en moins de 1 mn	9 971 775

Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées en octobre pour la régulation

médecins régulateurs AMU	226	Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM) :	9 770 807
médecins régulateurs libéraux rémunérés par l'assurance maladie	128	Dont nombre de DRM réalisés par des médecins libéraux rémunérés par l'assurance maladie	2 470 815
ARM (Assistant de régulation médicale)	609	Nombre de Dossiers de Régulation :	12 505 445

Organisation du SAMU

Participation de la médecine libérale à la régulation ?	94 oui		
Numéro spécifique pour la médecine libérale ?	31 oui		
Nombre de médecins libéraux correspondants de SAMU :	805	Nombre de carences ambulancières :	163 516

G - PERSONNEL affecté à la médecine d'urgence

		Personnel dédié						Personnel mutualisé	
		Structure des urgences		SMUR		SAMU			
code SAE		effectifs	ETP	effectifs	ETP	effectifs	ETP	effectifs	ETP
1000	**Médecins affectés (hors internes)**	4 952,00	3 298,55	2 141,00	1 185,71	928,00	448,16	3 495,00	2 687,13
	dont médecins régulateurs					241,00	121,73		
	Personnel soignant	16 784,00	15 008,83	2 420,00	1 817,74	172,00	116,35	4 147,00	3 696,00
2120	dont cadres infirmiers	751,00	606,39	151,00	76,57	49,00	29,99	183,00	143,43
2310,2320,2200	dont IDE (spécialisé ou non)	12 492,00	11 152,82	2 473,00	1 887,60	109,00	69,97	3 380,00	2 979,89
	Autre personnel	4 987,00	4 325,86	1 724,00	1 574,57	2 081,00	1 978,80	1 928,00	1 734,71
5140	dont ambulancier	211,00	189,20	1 551,00	1 477,24	58,00	53,90	333,00	309,91
2620	dont brancardier	878,00	810,01	34,00	32,79	1,00	1,00	228,00	203,19
3120	dont assistant de service social	206,00	121,79	2,00	0,52	10,00	8,83	98,00	69,70
1220	dont PARM					1 498,00	1 435,34		
1220	dont secrétaire	1 530,00	1 289,08	108,00	56,51	528,00	498,36	552,00	445,71

[1710] Le recueil des données évolue chaque année afin de préciser, simplifier ou réorienter le questionnement.

[1711] Ainsi, de nouvelles subdivisions ont été introduites en 2011 sur la régulation médicale (distinction entre appels présentés et appels décrochés) et l'année suivante avec la notion d'appels décrochés en moins d'une minute (47% des appels présentés).

[1712] De même, les répondants doivent détailler la contribution des médecins libéraux à cette activité, en distinguant ceux qui interviennent pour l'aide médicale urgente en complément des médecins hospitaliers et sont donc rémunérés par l'hôpital de ceux qui le font au titre de la permanence des soins ambulatoires et sont directement pris en charge par les dotations de l'assurance maladie qui transitent par les ARS.

2 INFOSDIS, LE SYSTEME D'ENQUETE SUR LES SIS PILOTE PAR LA DGSCGC

[1713] INFOSDIS est à la fois une enquête statistique annuelle détaillée sur l'ensemble de l'activité des SIS et une publication synthétique mise en ligne en accès libre sur le site de la direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises.

[1714] Lancé au début des années soixante-dix, ce recueil s'est enrichi au cours des années, a été informatisé en 1992 et réfléchi dans sa conception statistique à partir de 1996. Il connaît sa forme actuelle depuis 2002.

[1715] Le bordereau de saisie assistée en ligne compte une vingtaine de rubriques : organisation générale, effectifs, structure du volontariat, activités des sapeurs-pompiers, interventions, victimes non sapeurs-pompiers, arrêts du travail - invalidité, matériel - parc et coûts, patrimoine immobilier, transmissions, opérations, unités spécialisées, prévention, formation, qualifications, finances, service de santé et de secours médical, indicateurs nationaux, projet de fin de carrière.

[1716] Les champs saisis sont très larges, mobilisent sept à huit mille données, issues pour partie de l'informatique opérationnelle par requêtage ou de l'activité mesurée sur d'autres champs. Environ 80% des données sont saisies directement, le reste est calculé (en somme ou en pourcentage).

[1717] Les modalités de la collecte sont variables d'un SDIS à l'autre. Certains mobilisent un binôme (une compétence informatique pour les requêtes, une compétence pour la saisie et le contrôle), d'autres font circuler l'enquête entre les services qui saisissent leur partie, les derniers centralisent la saisie.

[1718] INFOSDIS est complété par une brochure annuelle dédiée aux statistiques financières, éditée en partenariat entre la DGSCGC et la direction générale des finances publiques (DGFIP). Cette brochure présente les recettes, les dépenses sur les présentations classiques en comptabilité locale, quelques ratios d'analyse financière ainsi qu'un compte de résultat synthétique du secteur.

3 DEUX SOURCES DE DONNEES FRAGILES

[1719] Les informations recueillies tant dans la SAE que dans INFOSDIS le sont sur une base déclarative. Elles sont d'autant plus fragiles que la saisie est parfois précédée par des calculs préalables (telles que les durée d'intervention). Le niveau d'exhaustivité est variable selon les questions. L'homogénéité des saisies est sujette à caution vu le nombre de personnes amenées à intervenir sur les saisies.

3.1 La SAE ne peut suffire à elle seule à décrire l'activité des SAMU-SMUR

3.1.1 Les résultats révèlent des incohérences

3.1.1.1 Décompte des appels

[1720] Des incohérences apparaissent en premier lieu dans le décompte des appels : en 2011, le nombre d'appels décrochés (20 809 910) est supérieur à celui des appels présentés (19 666 557) ; en 2009, le nombre d'appels présentés, seule variable retenue alors, atteignait le chiffre de 30 110 077, brutalement réduit de 48% l'année suivante.

[1721] Ces incohérences tiennent sans doute pour partie au fait que le cheminement d'un appel téléphonique n'est pas normé, contrairement aux pratiques en vigueur au sein des centres d'appels. Le guide d'aide à la régulation édité par SAMU - Urgences de France fournit un certain nombre de définitions[311] mais elles ne sont pas reprises dans l'aide au remplissage de la SAE.

3.1.1.2 Décompte des véhicules

[1722] Les consignes sur le type de véhicules utilisés donnent visiblement lieu à des interprétations non concordantes :

- le total des véhicules est très inférieur à sa ventilation entre moyens propres et moyens mis à disposition ;
- la somme des moyens propres ou mis à disposition semble faible au regard des quelque 400 SMUR existants puisque ces chiffres tendraient à montrer que chaque SMUR ne peut mobiliser que moins d'une ambulance de réanimation ; inversement, le total déclaré est peut-être élevé au regard du parc réel.

[311] Appel entrant : appel initié par un correspondant extérieur aboutissant à l'autocommutateur du centre15 ; l'heure d'arrivée mentionnée T0 est celle du premier signalement.
Appel rejeté : appel entrant raccroché soit volontairement ou automatiquement au bout d'un délai préfixé, qui n'a donc pas été présenté.
Appel présenté : appel pris en charge soit par un ARM soit par un serveur vocal interactif (SVI); référence à l'heure d'arrivée T1 à laquelle il devient décrochable.
Appel décroché : appel pris en charge par une personne physique (le plus souvent un ARM) à l'heure T2. Peut générer plusieurs mouvements tels que des transferts ou des mises en conférence.
Appels répondus = appels décrochés ou traités par un SVI (qui doivent être décomptés séparément).
Appels perdus = appels entrants – appels décrochés – appels traités automatiquement.
Appel sortant : appel initié à partir de tout poste du SAMU.

Tableau 37 : Types de véhicules utilisés par les SMUR

	Nombre	Moyens	
		propres	à disposition
Ambulances de secours de soins d'urgences	2 896	206	79
Autres ambulances et véhicules sanitaires légers	1 683	222	64
Moyens aériens	213	19	113
Moyens maritimes	10	2	11

Source : SAE données 2012

[1723] La DGOS a d'ailleurs décidé de supprimer cette rubrique pour la prochaine édition.

3.1.1.3 Décompte des médecins correspondants du SAMU

[1724] De même on peut s'interroger sur le nombre de « médecins correspondants du SAMU », faute d'indication méthodologique dans le guide. Le chiffre affiché de 805 en 2012 est très supérieur au nombre total de MCS estimé par d'autres sources entre 150 et 200 en 2012. Le ministère chargé de la santé a indiqué qu'il souhaitait que le dispositif se développe pour atteindre un effectif de 650 fin 2014, ce qui conforte l'idée d'une distorsion dans la SAE.

[1725] Le chiffre de la SAE comprend peut-être une partie des médecins libéraux qui participent à l'activité de régulation ; mais il ferait alors double emploi avec la mention présentée par ailleurs du même profil sous la forme d'un nombre moyen d'heures postées au cours d'un mois (octobre).

[1726] Là aussi, pour couper court à ces contradictions apparentes, la DGOS a prévu de supprimer cette question pour l'avenir.

3.1.2 La représentativité des réponses agrégées est aussi problématique

[1727] L'agrégation des réponses ne porte jamais sur le même ensemble d'établissements : d'une année sur l'autre, certains établissements disparaissent, d'autres se créent ; des établissements obtiennent leur autorisation d'exercice de la médecine d'urgence… Une agrégation brute des résultats par établissement occulte ces effets de structure, sans que leur importance réelle soit correctement appréhendée.

[1728] En outre, les réponses synthétiques cumulant tous les établissements France entière ne donnent pas d'indication sur le niveau d'exhaustivités de chacune des réponses.

3.1.3 La révision de la SAE pour 2014 vise à corriger certaines de ces limites

[1729] Le ministère chargé de la santé maintient la SAE comme colonne vertébrale du système d'information sur les établissements de santé. Elle permet en effet de mettre en relation l'ensemble des sources sur les établissements de santé utilisant soit le numéro FINESS[312] comme identifiant (pour les bases PMSI)[313], soit le numéro SIREN/SIRET (pour les données comptables).

[312] Fichier national des établissements sanitaires et sociaux.
[313] Programme de médicalisation des systèmes d'information.

[1730] La révision 2014 (données 2013) porte sur quelques ajustements qui visent à mieux tenir compte des nouvelles formes de prises en charge, des nouvelles organisations et des nouvelles technologies mise en œuvre au sein des établissements. Un certain nombre de données seront désormais pré remplies à partir d'autres bases, permettant de réduire la charge de saisie mais aussi de valider des informations déjà utilisées par ailleurs sur un plan juridique ou médico-économique :

- les questions sur les autorisations à partir du répertoire FINESS (lui-même alimenté par ARHGOS[314]) ;
- les données d'activité à partir du PMSI, à condition que l'activité soit codée.

[1731] Il apparaît donc que l'activité pré-hospitalière continuera à être soumise aux mêmes difficultés, faute de mécanisme de tarification à l'activité.

3.1.4 La méthode d'élaboration de la réforme des MIG SAMU et SMUR tient compte de la fragilité des données de la SAE

[1732] La DGOS a mis en chantier une importante réforme des dotations de financement des SAMU et des SMUR, destinée à mieux prendre en compte l'activité des services. La nécessité de cette réforme est née du constat de l'existence de fortes disparités (taux de recours au centre 15, activité des médecins régulateurs…). On peut espérer que ce nouveau lien ait un effet rapide sur la qualité du remplissage de la SAE.

[1733] Conscients des limites actuelles de l'outil, les services de la DGOS ont choisi de ne retenir de la SAE que le nombre de dossiers de régulation médicale (DRM) comme indicateur significatif de l'activité. Malgré le centrage sur une seule donnée, le travail de vérification nécessaire a pris environ six mois, au cours desquels les sources d'informations qui servent de base au nouveau modèle économique ont été élargies.

Un exemple de travail fin indispensable pour améliorer la qualité de la donnée

Les DRM ont été estimés en confrontant différentes sources (SAE, retours ARS, guide SSU), CRRA par CRRA. Les sources ont été utilisées de la manière suivante : SAE 2012 (83 CRRA), donnée corrigée par l'ARS (11), guide SSU données 2012 (4), SAE 2011 (3).

DRM PDSA : Une partie des DRM de la SAE correspondent à la régulation PDSA par des médecins libéraux et est financée par l'assurance maladie (40.7 millions d'euros en 2012). L'estimation a été réalisée à partir de la SAE 2012 (question B44), ou à défaut par l'ARS ou encore via le ratio (heures postées régulateur libéral/total régulateurs libéraux et AMU) de la SAE. Les états des lieux des cahiers des charges PDSA 2012 ont également été consultés.

Au final, l'utilisation des sources est la suivante : SAE 2012 (67 CRRA), estimation à partir des heures postées de régulation libérale de la SAE (23), donnée corrigée par l'ARS ou l'établissement (11).

Source : DGOS concertation sur la nouvelle modélisation

[314] Applicatif de gestion des autorisations d'activités de soins des structures sanitaires.

3.2 INFOSDIS, seule base nationale mobilisant des informations sur l'ensemble du secteur, reste hétérogène

3.2.1 Une absence de normalisation des données saisies

[1734] Dans l'enquête INFOSDIS, il n'existe pas de guide d'aide au remplissage pour les personnes chargées du renseignement des différentes rubriques de la base, hormis quelques conseils indiqués sur le masque de saisie établis à partir des questions récurrentes.

[1735] De fait, les interprétations divergentes sont nombreuses sur des qualifications. En ne retenant qu'un exemple simple, un accident impliquant un tramway peut être répertorié dans le ferroviaire ou dans le champ de la sécurité routière.

3.2.2 Des faiblesses dans les restitutions

[1736] La brochure statistique annuelle ne donne pas d'informations sur le niveau d'exhaustivité des réponses et les travaux de vérification ou de redressement effectués. Par exception, les indicateurs nationaux sont suivis sur ce plan en mentionnant le taux de réponse pour quatre thématiques (qualité d'exécution des missions, emploi des sapeurs-pompiers professionnels et des personnels administratifs, techniques et scientifiques, volontariat, structures de coûts). Les éléments d'analyse budgétaire sont renseignés par les comptables publics et centralisés par la DGFIP.

[1737] Les fichiers Excel consultés révèlent des cases vides dans le recueil ou des réponses incohérentes. Ainsi, une vingtaine de SDIS ne sont pas en mesure de renseigner la durée moyenne de traitement de l'alerte alors qu'il s'agit d'un élément important pour les sapeurs-pompiers.

[1738] Les données de véhicules sont inutilisables : de nombreux SDIS se trompent vraisemblablement de catégorie (notamment entre ambulances de réanimation et véhicules médicalisés) sachant que nombreux sont les non-répondants.

[1739] Pour le nombre d'interventions médicales SAP-AMU et les interventions paramédicales, près de la moitié des réponses sont suspectes avec des variations inexplicables dans le temps, des "trous" dans les séries, etc. On retrouve les mêmes limites pour le nombre d'interventions d'infirmiers sapeurs-pompiers travaillant sous protocole (Savoie et Bouches-du-Rhône sont à zéro, par exemple...).

[1740] Parmi les questions posées, on trouve des formulations surprenantes ; plutôt que de renseigner le nombre de personnes arrivant vivantes à l'hôpital[315], il serait sans doute plus aisé de suivre le nombre de celles qui sont décédées avant l'arrivée dans un établissement ; non seulement le nombre de non réponses s'élève à 38 mais les répondants donnent des chiffres dont la signification n'est pas évidente variant de 5 à 320 arrivées de personnes vivantes.

[315] Colonne AX du fichier Insis

4 DES SOURCES D'INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES AU NIVEAU NATIONAL POUR LA SANTE, ET MOINS EVIDENTES COTE SDIS

4.1 Des enjeux complémentaires dans la santé qui permettent de croiser les sources

[1741] Depuis la canicule de 2003, des données à visée épidémiologiques sont recueillies en temps réel par les services d'urgence regroupés dans le réseau OSCOUR[316] (organisation de la surveillance coordonnée des urgences) pour l'Institut de veille sanitaire (InVS) afin de surveiller divers syndromes et de pouvoir réagir en temps utile.

[1742] Cette surveillance est déclinée pour les urgences par le système de surveillance sanitaire des urgences et des décès SURsaUD®, développé dans le but de détecter de nouvelles menaces pour la santé publique (d'origine infectieuse ou environnementale, naturelle ou malveillante) mais également de suivre et d'évaluer l'impact, sur la santé de la population, d'événements connus et attendus (épidémies saisonnières) ou inattendus (catastrophe industrielle, phénomène climatique extrême). Les donnée recueillies sont enregistrées à partir du dossier médical du patient (diagnostics, gravité, mode de transport) dans le résumé de passage aux urgences[317] (RPU).

[1743] Ces informations ont aussi été mobilisées à l'initiative de plusieurs régions pour alimenter des observatoires régionaux des urgences. Parmi les dix existants, quatre sont opérationnels[318] (Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées et PACA) ; ils ont été principalement financés par les ARH puis par les ARS.

[1744] Conscients des limites d'un système déclaratif (exhaustivité aléatoire et risque d'erreurs) les observatoires cherchent à saisir les données à la source, dans les bases des établissements. L'ORU Midi-Pyrénées propose ainsi deux modalités de collecte automatisées de données :

- l'extraction directe depuis les systèmes d'information tiers des établissements de santé par le Serveur (pré)Hospitalier Régional d'Echange et de Communication (SHREC), qui a par ailleurs une fonction d''intégration et de routage des différentes informations échangées ;
- la possibilité pour tout établissement de transmettre des extractions de données qu'il a lui-même paramétrées par une passerelle sécurisée.

[1745] Le recueil de l'activité des services d'urgence va être systématisé grâce à la généralisation des résumés de passage aux urgences (RPU), récemment rendus obligatoires[319] afin de constituer une base de données nationales à visée sanitaire et de produire en routine des indicateurs sur les urgences.

[316] Dix régions utilisent une application de recueil des données de l'activité hospitalière (ARDAH), mis au point en Bourgogne et diffusé par Opendev.
[317] Le recueil actuel porte sur 433 structures représentant 65% des passages aux urgences.
[318] C'est l'ORU Midi-Pyrénées qui dispose du meilleur taux d'exhaustivité des données recueillies, proche de 100%.
[319] Arrêté du 24 juillet 2013 commenté par une instruction n° DGOS/R2/DGS/DUS/2013/315 du 31 juillet 2013 relative aux résumés de passage aux urgences.

4.2 L'imbrication des SDIS avec les collectivités territoriales procure une autre forme de regard, sur la gestion plus que sur l'activité

[1746] Si le pilotage opérationnel des SDIS appartient aux préfets, le pilotage de la gestion et du financement de l'activité relève des collectivités territoriales et, en pratique, des conseils généraux. Ces derniers assument la double responsabilité de présider le conseil d'administration et d'apporter plus de la moitié des financements (53%) aux côtés des communes. La part des SDIS dans les dépenses totales hors dette des conseils généraux est ainsi passée de 3,5% en 2007 à 4,2% en 2011[320].

[1747] En tant qu'établissement public administratif, les SDIS sont soumis au régime juridique de la comptabilité publique et bénéficient des études et conseils du réseau de la direction générale des finances publiques.

[1748] Depuis sept ans, l'Assemblée des départements de France commande une étude annuelle de synthèse auprès du cabinet Lamotte[321]. Le contenu porte sur les finances, l'activité, les ressources humaines, de façon plus ou moins approfondie selon les années. Ces documents sont basés sur des questionnaires adressés aux SDIS concurremment à l'exploitation des données d'INFOSDIS.

[1749] Orientés vers les problématiques de gestion, ils visent à éclairer les élus sur les tendances et à susciter leur questionnement sur les évolutions souhaitables. La question du secours à personne et de ses liens avec l'aide médicale d'urgence n'est abordée que sous l'angle de la hausse d'activité constatée et d'hypothèses de demandes de financement de ces interventions par l'assurance maladie.

[320] Source : statistiques financières des SDIS 2012 édité par la DGSCGC et la DGFIP p. 63.

[321] Ce cabinet conseil lyonnais compte deux frères associés François et Mathieu Lamotte, qui réalisent des études sur le secteur et des audits des services départementaux. Ils ont aussi établi des comparaisons internationales sur les dispositifs d'incendie et de secours pour le compte de la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France.

ANNEXE 17
DES COUTS DE FONCTIONNEMENT AUX MECANISMES DE FINANCEMENT

1 UNE ABSENCE DE VISION CLAIRE SUR LES COUTS DE FONCTIONNEMENT ET LE COUT DES MISSIONS 353

1.1 SAMU-SMUR : une approche par les coûts pratiquée par les établissements de santé 353

1.2 Transporteurs sanitaires privés : des données qui mêlent coûts pour les professionnels et coûts pour la collectivité 355

1.2.1 L'assurance maladie concentre son attention sur l'articulation entre taxis et VSL 355

1.2.2 La seule évaluation accessible des coûts de fonctionnement d'une entreprise ambulancière résulte d'une étude de KPMG de 2009 357

1.3 SDIS : des calculs de coût moyen et de coût marginal et quelques études dans le cadre du contrôle de gestion 358

1.3.1 L'approche par le coût moyen 358

1.3.2 L'approche par le coût marginal 359

1.3.3 L'approche par le contrôle de gestion 359

2 DES MODES DE FINANCEMENT QUI NE POUSSENT PAS LES ACTEURS A L'EFFICIENCE 360

2.1 SDIS : un risque de dichotomie entre arbitrages opérationnels et arbitrages financiers 360

2.1.1 Des visions budgétaire et opérationnelle qui risquent de ne pas être articulées 361

2.1.2 Des changements de perspectives progressivement à l'œuvre 361

2.1.3 La tarification des prestations hors missions propres reste marginale 362

2.2 SAMU-SMUR : un financement à part dans le budget des établissements de santé, pour une activité peu contrôlée 363

2.2.1 La MIG SAMU 364

2.2.2 La nouvelle modélisation des SMUR doit suivre pour 2015 367

2.3 Transporteurs sanitaires privés : un double mécanisme les jours ouvrés et en période de garde 367

2.3.1 La tarification des transports programmés ou non programmés hors garde 368

2.3.2 Un dispositif de garde ambulancière qui n'a pas évolué depuis 2003 369

[1750] La connaissance des coûts est parcellaire ou approximative, tant dans le secteur des services d'incendie et de secours que dans ceux des SAMU-SMUR et des transporteurs sanitaires privés. Leur financement repose sur des logiques propres, liées à leur statut.

1 UNE ABSENCE DE VISION CLAIRE SUR LES COUTS DE FONCTIONNEMENT ET LE COUT DES MISSIONS

[1751] Il est difficile de réfléchir sur l'efficience de dispositifs quand on dispose de peu d'outils systématiques pour la mesurer, avec des nuances selon les secteurs.

1.1 SAMU-SMUR : une approche par les coûts pratiquée par les établissements de santé

[1752] Le suivi analytique des dépenses constitue une obligation réglementaire pour les établissements publics hospitaliers, en application de l'article R. 6145-7 du CSP. Ils doivent élaborer un tableau du montant des charges affectées aux principaux secteurs (médecine/chirurgie/obstétrique, soins de suite et de réadaptation, hospitalisation à domicile, psychiatrie) qui est transmis à l'ARS. Cette opération, connue des directeurs sous le nom des « retraitements comptables » permet de dégager des indicateurs de productivité, des coûts de journée ou d'activité. La base est suivie par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

[1753] Par ailleurs, la « base d'Angers », regroupant près de 200 établissements, présente des coûts réels par activité auprès desquels peuvent être comparés les résultats de chaque établissement. L'exhaustivité et la qualité de remplissage sont meilleures que pour la base suivie par l'ATIH car les établissements participent sur la base du volontariat. Mais les coûts retracés ne tiennent pas compte des éléments indirects tels que les coûts de structure de l'établissement.

[1754] Enfin, si le fonctionnement des SAMU-SMUR n'est pas retracé dans un budget annexe, il doit l'être dans un compte de résultat analytique (CREA)[322]. Le CREA prend en compte le montant des charges directes (charges de personnel, charges à caractère médical, charge à caractère hôtelier et général, charges à caractère financier) et lui ajoute des charges indirectes (logistique, blanchisserie et structure). Il rapproche ensuite ce total des charges des produits sur l'activité.

[1755] Un établissement a transmis ce compte de résultats analytique, à l'appui de sa réponse à la question de la mission sur l'évolution des dotations de financement des SAMU et des SMUR.

[322] Conformément au guide méthodologique DGOS applicable à compter de janvier 2012.

Tableau 38 : Un exemple de compte de résultat analytique : le SMUR du chef-lieu d'un département de 350 000 habitants

1 – DEPENSES

			2012	2011	2010	Variation
CH. DIRECTES	GR1 : Charges de personnels		2 409 692	2 344 472	2 347 671	
		Med	1 371 865	1 346 066	1 314 175	
		N/MED	1 037 827	998 406	1 033 496	
	GR2 : charges à caractère médical		152 883	95 085	88 094	73,54%
	GR3 : charges à caractère hôtelier et général		200 274	199 606	109 058	
	GR4 : charges à caractère financier		59 261	75 574	68 628	
	TOTAL CHARGES DIRECTES		2 822 109	2 714 738	2 613 451	7,98%
CHARGES INDIRECTES	TOTAL Médico – Tech		0	0	0	
	Support	Structure	191 923	174 785	125 484	
		Logistique générale	442 995	432 242	380 914	
		Logistique médicale	10 211	6 113	12 762	
		Blanchisserie	8 891	15 070	14 131	
	TOTAL Support		654 020	628 210	533 290	
	TOTAL CHARGES INDIRECTES		654 020	628 210	533 290	
	TOTAL CHARGES		3 476 129	3 342 947	3 146 741	10,46%

2 RECETTES

Recettes à la charge des patients et des mutuelles	717 995	660 610	571 266	25,68%
Autres produits (recettes subsidiaires)	6 364	7 295	7 646	
Enveloppe MIGAC	2 792 255	2 659 067	2 547 620	9,60%
TOTAL RECETTES	3 516 614	3 326 972	3 126 532	12,47%

3 – RESULTAT

RESULTAT	40 485	-15 975	-20 209	

[1756] Cet exemple montre que l'augmentation de l'enveloppe des crédits alloués au SMUR au titre des missions d'intérêt général (MIGAC) a plus que compensé celle des charges[323].

[323] Ce tableau fait aussi apparaître une rubrique « recettes à la charge des patients et des mutuelles » rappelant que certains établissements facturent les interventions primaires aux patients. Cette pratique controversée, rendue possible par les incertitudes de la réglementation, devrait être clarifiée par la tutelle à l'occasion de la prochaine réforme de la MIG SMUR.

1.2 Transporteurs sanitaires privés : des données qui mêlent coûts pour les professionnels et coûts pour la collectivité

[1757] Au sens du code de la santé publique (article L. 6312-1), constitue un transport sanitaire « *tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet* ».

[1758] Toute personne effectuant un transport sanitaire doit avoir été préalablement agréée par le directeur général de l'ARS[324].

[1759] Il découle aussi de cette définition que les transports de patients effectués en taxis ne sont pas des transports sanitaires. Seuls les transports en ambulance (SMUR, ambulances privées) et en véhicules sanitaires légers (VSL[325]) sont des transports sanitaires pris en charge par l'assurance maladie dans les conditions du droit commun (65% sauf affection de longue durée[326]).

[1760] L'analyse du modèle de coûts des transporteurs sanitaires est particulièrement délicate à aborder compte tenu de l'hétérogénéité de la profession et du manque de données. Le rapport de référence sur la « rénovation du modèle économique pour le transport terrestre »[327] traite surtout de la tarification des prestations et du financement de la garde ambulancière départementale.

1.2.1 L'assurance maladie concentre son attention sur l'articulation entre taxis et VSL

1.2.1.1 Les dépenses de transport augmentent plus vite que les soins de ville en général

[1761] Entre 2001 et 2010, les dépenses de transport prises en charge par l'assurance maladie ont augmenté de 63,0 %, contre 39,4 % pour les dépenses dans le périmètre de l'ONDAM de ville[328]. L'écart est du même ordre si on tient compte de l'ensemble des dépenses quel qu'en soit le payeur.

Tableau 39 : évolution comparée des dépenses de transport et des soins de ville

	2000	2005	2009	2010	2011	2012	Evolution
Transports de malades	1 891	2 816	3 592	3 786	3 894	4 102	217%
Soins de ville	28 632	37 372	43 300	44 056	45 811	47 279	165%

Source : Comptes nationaux de la santé rapport PLFSS 2014 - annexe 7

[324] Ainsi, au sens strict, les véhicules de secours aux asphyxiés et aux blessés (VSAB) et véhicules de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) des sapeurs-pompiers n'effectuent pas des transports sanitaires alors qu'ils en respectent les caractéristiques techniques et sont soumis aux mêmes prescriptions du code de la santé publique pour les normes techniques et humaines de fonctionnement quand ils interviennent suite à une carence ambulancière.
[325] Ambulance utilisée en transport assis ; véhicule de tourisme de couleur blanche (étoile bleue) équipé d'un matériel de premier secours.
[326] La réglementation de la prise en charge des transports sanitaires est rappelée dans une circulaire du 27 juin 2013 N°DGOS/DSS/CNAMTS relative à la diffusion du guide de prise en charge des frais de transport de patients.
[327] Rapport établi par Didier Eyssartier, conseiller général des établissements de santé, en septembre 2010.
[328] Rapport Cour des comptes 2012 sur la sécurité sociale.

[1762] Cette présentation englobe non seulement les dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie mais également les composantes de dépense qui sont prises en charge par les administrations publiques (CMU-AME), par des organismes de prévoyance complémentaire ou qui restent à la charge des patients.

[1763] Cette évolution traduit une demande de transport programmés plus importante avec le vieillissement de la population, les nouveaux modes de prise en charge à domicile et les affections de longue durée imposant des traitements au long cours (cancer, dialyse, diabète, affections psychiatriques, hypertension artérielle).

1.2.1.2 Les taxis prennent une place croissante par rapport aux ambulances et aux VSL

[1764] Cette évolution apparaît dans l'évolution des flottes comme dans le volume des remboursements.

Tableau 40 : évolution de l'offre de transport

Année	Nombre de sociétés taxi	Nombre de véhicules taxi	Nombre de sociétés TS	Nombre de véhicules ambulance	Nombre de véhicules VSL
2009	22 214	31 384	5 797	13 560	14 612
2010	23 880	33 521	5 808	13 719	14 546
2011	24 752	34 753	5 852	13 854	14 292
2012	25 739	36 115	5 807	13 992	14 084
2013	26 619	37 100	5 774	13 979	14 027
Variation		+18,2%		+3,1%	-4,2%

Montant remboursé (M€)	2009	2010	2011	2012	2013	Variation
Ambulance	1 189,5	1 268,6	1 294,1	1 328,5	1 399,7	+17,7%
VSL	727,6	732,1	719,1	705,9	731,5	+0,5%
Taxis	980,6	1 095,8	1 194,4	1 292,9	1 375,4	+40,3%
Autres	133,1	134,4	134,0	141,7	151,1	+13,5%
Total	**3 030,8**	**3 230,9**	**3 341,6**	**3 469,0**	**3 657,7**	**+20,7%**

Source : CNAM

[1765] Entre 2009 et 2013, le parc de taxis augmente de 18,2%, celui des ambulances de 3,1% mais le nombre de VSL diminue de 4,2%.

[1766] Cette évolution fait craindre un effet d'éviction des VSL par les taxis pour des prises en charge comparables, alors que les premiers seraient moins coûteux pour la collectivité (30€ contre 46€ en moyenne[329]) et plus facilement contrôlables du fait de leur tutelle et de leur mode de tarification[330]. Le rapport Eyssartier notait que si le forfait de prise en charge est plus important pour les VSL, le taxi revient beaucoup plus cher que le VSL au-delà d'une demi-heure de course et dès qu'existe un temps d'attente.

[1767] Dans ce contexte, l'attention de l'assurance maladie s'est traduite par une revalorisation plus forte des tarifs des VSL comparativement à ceux des ambulances. Après avoir été commune aux deux secteurs depuis 2005, les hausses négociées avec la profession ont été respectivement de 3,3% pour les ambulances et 7% pour les VSL au 1er avril 2012 puis de 2,3% et de 4,6% au 1er février 2013.

1.2.2 La seule évaluation accessible des coûts de fonctionnement d'une entreprise ambulancière résulte d'une étude de KPMG de 2009

[1768] Le calcul est réalisé à partir d'un compte d'exploitation sur une période de garde ambulancière afin de caractériser la prise en charge au titre de l'urgence pré-hospitalière.

Tableau 41 : coûts fixes de mise en place d'une garde ambulancière

Moyens humains :	
Nombre d'heure de travail nécessaire pour couvrir toutes les permanences de l'année(1)	11 472
Heures amplitudes maximales par salarié (2)	2 133
Nombre de personnes nécessaires à l'année pour couvrir toutes les permanences (1)/(2)	5.38
Remunération brute moyenne annuelle pour un salarié	33 169
Masse salariale nécessaire à l'année pour couvrir toutes les permanences	178 394
Coût d'une équipe de permanence	**373**
Matériels et véhicules :	
Coût d'un véhicule équipé dédié à l'urgence (en €)	65 000
Amortissement annuel (Linéraire 4 ans)	16 250
Nombre de permanences (y compris en journée)	730
Amortissement réalisé par période (tranche de 12h)	**22**
Structure / locaux :	
Coût du loyer annuel relatif aux locaux utilisés pour la garde	30 000
Frais versés à l'ATSU 19	25 000
Coût de structure pour une période de 12 heures	**75**
Coût de l'assurance	6
Coût fixe des moyens mis en œuvre par permanence (en €)	**477**
Valeur de l'indemnité versée à l'entreprise (en €)	**346**

Source : Etude KPMG comparaison du coût de prestation de transport couché entre les SDIS et les transports sanitaires privés

[329] Cette information orale n'a pu être confirmée par écrit.

[330] Les tarifs des taxis sont fixés par arrêté préfectoral après négociation de taux de remises par les CPAM à partir d'une convention type (le taux minium pour le transport de malades est de 5%).

[1769] Face au coût fixe calculé sur les bases du tableau repris ci-dessous, c'est à dire 477€ par permanence de 12 heures, le niveau de charges variables à couvrir par la rémunération du transport est de 131€. Le consultant indique un coût moyen national de transport estimé à 65€ par période de permanence qui correspond au tarif financé par la sécurité sociale en période de garde soit 63€[331].

[1770] Le transporteur sanitaire peut dégager une marge à partir d'un peu plus de deux interventions par nuit alors que le nombre de sollicitations la nuit en moyenne nationale ne dépasserait pas 0,8[332] avec de fortes variations selon la taille des secteurs et l'heure de sortie. Parallèlement, l'abattement de recette par transport en période de garde rend la sortie moins rémunératrice qu'une sollicitation en dehors de ce cadre.

[1771] La mission n'a pas pu obtenir d'informations plus précises de la part de la CNAM sur ce point qui lui permette d'actualiser ou d'étalonner ces calculs.

[1772] En transport programmé, la profession, interrogée par la mission, chiffre le coût d'un transport par ambulance à 100 € dont 60% de coût salarial chargé[333]. On peut rapprocher ce chiffre du montant moyen d'un transport remboursé par l'assurance maladie qui s'élevait à 95,10 € en 2012[334].

1.3 SDIS : des calculs de coût moyen et de coût marginal et quelques études dans le cadre du contrôle de gestion

[1773] Trois méthodes sont utilisées pour approcher le niveau des coûts de fonctionnement : les calculs de coûts moyens, les calculs de coûts marginaux et le contrôle de gestion.

1.3.1 L'approche par le coût moyen

[1774] Les chiffres habituellement avancés font référence au coût moyen global obtenu en rapportant le budget total des SDIS au nombre d'interventions, soit 995 € en moyenne France 2012 (source INFOSDIS). Cette méthode a l'avantage de la simplicité mais elle ne rend pas compte de la part du secours à personne dans les interventions et de la nature des sorties (le temps d'intervention est plus long pour l'incendie que dans le SAP).

[1775] A cet égard, les chiffres transmis par les SIS ayant répondu sur cet item dans l'enquête INFOSDIS (80%) livrent un montant moyen de 865 € pour le secours à personne, contre 2 387 € pour l'incendie[335], à partir de l'ensemble des charges de fonctionnement[336].

[1776] L'étude Lamotte pour l'ADF réalisée en 2008 indique un coût d'intervention pour le secours à personne variant de 260 à 1 130€ selon les SDIS[337]. L'enquête INFOSDIS 2012 donne des résultats allant de 239 € dans l'Aude, 474 € dans la Vienne ou 583 € dans les Bouches-du-Rhône à plus de 1 200€ dans sept départements[338] et jusqu'à 1 756€ en Corse-du-Sud.

---

[331] Un transport pré-hospitalier en journée est rémunéré 90 € en moyenne hors garde. Le tarif est majoré de 75% la nuit. Il subit un abattement de 60% pendant la garde, soit un montant de 63 € (source : Cour des comptes rapport sur la mutualisation des SDIS novembre 2011 p. 84).
[332] Source rapport Dumont-Mallet sur les transports sanitaires.
[333] Entretien avec un des syndicats professionnels la CNSA.
[334] Rendez-vous de la mission avec la CNAMTS.
[335] Moyenne sur les 79 SIS ayant répondu.
[336] Selon les consignes mentionnées sur la grille de remplissage « Enquête annuelle 2013 », sont retenues les charges à caractère général (011) et celle de personnel (012) rapportées au nombre total d'interventions de ce type. Les mêmes données sont calculées pour les interventions incendie, les accidents de la circulation, les risques technologiques et les opérations diverses.
[337] Cité par la Cour des comptes dans son rapport sur les SDIS de décembre 2011.
[338] Savoie, Haute-Garonne, Cantal, Loir-et-Cher, Ille-et-Vilaine, Gironde et Corse-du-Sud.

1.3.2 L'approche par le coût marginal

[1777] Sur un plan comptable, c'est le coût d'une unité supplémentaire produite, en l'espèce celui de la dernière sortie réalisée. Il inclut les charges variables unitaires et le surplus de charges fixes nécessaires à la production de l'unité.

[1778] Un tel calcul a sa place dans ce secteur, compte tenu de la place des volontaires qui assurent 62% du temps total d'intervention[339].

[1779] Mais le SDIS en tant que service public n'a pas le choix de ses interventions, sous réserve des évolutions possibles de sa doctrine d'intervention. La difficulté du calcul est accrue par deux aspects : d'une part, près de la moitié des sapeurs-pompiers professionnels sont en même temps volontaires, d'autre part, la mobilisation des volontaires est variable selon les départements (dans un quart des SIS, les volontaires assument plus de la moitié de la garde).

[1780] En pratique, cette notion est réduite à la seule prise en compte des charges variables quand il s'agit de calculer l'indemnisation des SDIS qui doivent intervenir en cas d'indisponibilité des transporteurs sanitaires. La circulaire conjointe du 26 octobre 2007[340] mentionne un montant de 105 € par « carence », aujourd'hui porté à 115 €[341], censé correspondre au coût marginal de l'intervention de transports.

1.3.3 L'approche par le contrôle de gestion

[1781] Les services d'incendie et de secours ne sont pas tenus, réglementairement, d'établir une comptabilité analytique. En pratique, seuls les établissements les plus importants travaillent sur leur contrôle de gestion.

[1782] Dans ses travaux, la mission n'a pu avoir accès qu'à quelques études partielles de coûts réalisées par tel ou tel SDIS qui contribuent à relativiser encore les chiffres disponibles.

[1783] Un SDIS de première catégorie a quantifié le coût direct comparé d'une intervention en ville (effectifs composés uniquement de professionnels ou d'effectifs mixtes) et en campagne (effectifs uniquement constitués de volontaires) avec VSAV.

[339] Source rapport Lamotte-ADF 2013.

[340] Circulaire DHOS/O1/DDSC/BSIS no 2007-388 du 26 octobre 2007 relative à la définition des indisponibilités ambulancières telles que prévues par l'arrêté du 30 novembre 2006 et aux conventions passées entre les services d'incendie et de secours et les établissements de santé sièges des SAMU.

[341] Arrêté du 17 décembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 novembre 2006 fixant les modalités d'établissement de la convention entre les services d'incendie et de secours et les établissements de santé sièges des SAMU mentionnée à l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales.

Tableau 42 : Coût comparé intervention en agglomération/campagne

Estimation du coût direct d'une sortie VSAV	23 VSAV Agglomération = CIS pro et mixtes				100 VSAV Campagne = CIS volontaires			
	Nb de sorties toutes interventions 2012 =			31 699	Nb de sorties toutes interventions 2012 =			20 824
Charges	Coût unitaire	Nombre d'unités	Coût total	Coût d'une sortie	Coût unitaire	Nombre d'unités	Coût total	Coût d'une sortie
Entretien	1 877	23	43 168	1.36	1 544	100	154 376	7.41
Carburant	5 665	23	130 295	4.11	2 507	100	250 700	12.04
Assurance	342	23	7 866	0.25	219	100	21 900	1.05
Fournitures médicales (dont kit initial, non estimé le réapprovisionnement)	3 526	23	81 098	2.56	3 526	100	352 600	16.93
Sous-total fonctionnement hors personnel	11 410	23	262 427	8.28	7 796	100	779 576	37.44
1 sous-officier (nb unités exprimé en minutes)	26.65	66	922 216	29.09	9.12	81	256 385	12.31
2 sapeurs (nb unités exprimé en minutes)	23.38	66	1 618 118	51.05	7.52	81	422 810	20.30
Sous total personnel		66	2 540 334	80.14	16.64	81	679 195	32.62
Sous-total fonctionnement	11 460		2 802 761	88.42	7 813		1 458 771	70.05
Dotation amortissement VSAV	8 500	23	195 500	6.17	8 500	100	850 000	40.82
Dotation amortissement équipement Antarès	395	23	9 085	0.29	395	100	39 500	1.90
Dotation amortissement équipement médical	297	23	6 831	0.22	297	100	29 700	1.43
Sous-total investissement	9 192	23	211 416	6.67	9 192	100	919 200	44.14
Total charges			**3 014 177**	**95.09**			**2 377 971**	**114.19**

Source : étude SDIS Loire-Atlantique

[1784] Ce tableau appelle deux types de commentaires :

- le coût moyen d'intervention est plus élevé à la campagne, alors que les moyens humains mobilisés sont exclusivement des volontaires (114 € / 95 €) ; à l'analyse, le coût d'un sapeur-pompier professionnel est bien supérieur à celui d'un sapeur-pompier volontaire mais le surcoût en campagne tient à la taille du parc automobile (4 fois plus important qu'en ville pour couvrir un territoire étendu) pour un nombre de sorties inférieur d'un tiers à celui du secteur ville ;
- le montant moyen par intervention de SAP calculé dans l'enquête INFOSDIS selon la méthode décrite plus haut atteint près de 1 100 € pour ce département ; c'est près de dix fois plus que les chiffres obtenus sur ce tableau analytique (de 95 à 114€ selon l'équipage et le matériel mobilisé). Au-delà des conventions de coût unitaire retenues pour bâtir le tableau, cet écart illustre le poids des charges de structure des SDIS.

2 DES MODES DE FINANCEMENT QUI NE POUSSENT PAS LES ACTEURS A L'EFFICIENCE

2.1 SDIS : un risque de dichotomie entre arbitrages opérationnels et arbitrages financiers

[1785] Le critère premier d'appréciation de la qualité d'un SDIS, pour ses responsables, ses agents mais aussi ses tutelles, est sa capacité à répondre le plus rapidement possible avec des moyens permettant de faire face à toutes les hypothèses. La question du temps, calculé en minutes, est une référence constante des services concernés.

2.1.1 Des visions budgétaire et opérationnelle qui risquent de ne pas être articulées

[1786] Le risque d'un défaut d'articulation entre les visions budgétaire et opérationnelle existe à trois niveaux :

- pendant les interventions, comme pour les SAMU-SMUR, il n'est pas question de limiter les moyens mobilisés pour un motif financier, au nom d'une doctrine et de valeurs du « porter secours », et par crainte d'une contestation juridictionnelle du choix des moyens[342] ;
- dans la durée, une fois les moyens humains et matériels dimensionnés, la logique d'emploi et parfois de gestion incite à les utiliser pour qu'ils demeurent opérationnels. En outre, la visibilité de la mobilisation fait partie d'une vision du service public partagée avec les usagers. Accessoirement, la place prépondérante du volontariat dans le potentiel opérationnel, l'organisation du système d'astreinte et le mode de rémunération à la sortie peuvent pousser à l'intervention sans analyse économique ;
- dans le pilotage, la dualité managériale entre le préfet responsable des secours et le président de conseil général, responsable de l'équilibre économique de l'établissement public, exige d'organiser soigneusement le croisement des approches pour parvenir à une utilisation optimale des moyens.

[1787] La Cour des comptes s'est fait l'écho de ces risques et limites dans ces rapports, avec une insistance croissante dans ses travaux les plus récents (rapport thématique de 2011 en particulier). Les questions d'ajustement du potentiel opérationnel, de spécialisation des équipes, de mutualisation et standardisation des achats de matériels sont notamment évoquées comme autant de pistes d'efficience.

2.1.2 Des changements de perspectives progressivement à l'œuvre

[1788] Pour autant, la situation évolue. La culture de gestion progresse avec le recrutement de contrôleurs internes et une attention plus soutenue dans les centres les plus importants. Certains SDIS ont développé une analyse de plus en plus précise de leur gestion en connaissant de mieux en mieux les déterminants essentiels des coûts (proportion entre professionnels et volontaires, régimes de travail et de garde) et s'impliquent pour les piloter. L'enquête ADF-Lamotte se fait l'écho de ces évolutions au fil des rapports annuels.

[1789] Par ailleurs, la pression de l'Etat sur les concours aux collectivités territoriales conduit les élus locaux à freiner l'abondement quasi systématique qu'ils apportaient à l'évolution différenciée des recettes et des dépenses, à interroger les gestionnaires notamment sur leurs pratiques en matière de ressources humaines et sur l'évolution du parc. Les modalités d'achat public évoluent, avec un recours croissant à l'UGAP (la part de ces achats est désormais suivie dans le questionnaire annuel pour INFOSDIS), les régimes de travail sont renégociés et des évolutions de la doctrine d'intervention sont constatées dans les services soumis à une forte activité.

[1790] Pour prendre la BSPP, ses responsables ont fait part à la mission de leurs souhaits de faire évoluer leurs pratiques en associant plus fréquemment les transporteurs sanitaires aux interventions à domicile (46% des sorties) pour la part non urgente et en reconsidérant les départs réflexes sur la voie publique ou dans les lieux publics, là où existe une première ligne secouriste ou une possibilité de mettre la victime à l'abri.

[342] La question semble plus invoquée pour contribuer à cadrer une intervention que comme un risque réel même s'il existe du contentieux administratif renvoyant le SDIS au respect des moyens minimum qu'il édicte dans son règlement opérationnel.

[1791] Plusieurs SDIS revoient des pans de leurs pratiques d'intervention : limitation des cas de départ réflexe, introduction de critères de gravité, refus d'intervenir en urgence quand un lieu protégé existe. Ces évolutions sont motivées par des limites de disponibilité avant de se fonder sur une analyse des coûts.

[1792] Les changements de pratique sont néanmoins longs à mettre en œuvre, compte tenu des habitudes prises par la population, des adaptations nécessaires de la part des autres acteurs face à une nouvelle situation d'offre et des pressions contradictoires qui s'exercent sur ces services au public. C'est particulièrement vrai pour le secours à personne pour lequel la population n'a pas été préparée à une limitation ou même une reformulation de ses demandes.

2.1.3 La tarification des prestations hors missions propres reste marginale

[1793] Le CGCT[343]autorise le SDIS à demander aux personnes bénéficiaires de ses interventions qui « *ne se rattachent pas directement à l'exercice de ses missions* » une participation aux frais dans des conditions déterminées par le conseil d'administration.

[1794] Plusieurs SDIS ont mis en place cette tarification de prestations qui peuvent être réalisées par des prestataires privés ; les deux exemples les plus fréquemment cités concernent les nids d'hyménoptères (abeilles, guêpes et fourmis) ainsi que le déblocage d'ascenseurs.

[1795] A titre d'exemple, la BSPP prépare actuellement un arrêté de tarification des interventions hors de son champ d'action[344].

[1796] La définition du tarif est délicate quand le SDIS se trouve dans l'impossibilité de répercuter l'intégralité du coût sur les usagers. Le conseil d'administration du SDIS de l'Essonne a ainsi fixé des tarifs forfaitaires pour des interventions de secours non urgentes et des tarifs calculés pour le hors secours ou sur réquisition. En travaillant sur le coût horaire des moyens engagés et en tenant compte de tarifications antérieures, il a fixé un taux de participation des usagers à 80% pour la première catégorie (incluant les ouvertures de porte, les déblocages d'ascenseur mais aussi les transports inter-hospitaliers non urgents ou les transports bariatriques) mais a choisi de limiter la participation des usagers à 8% du coût pour les nids d'insectes. En revanche, les interventions pour les dispositifs de sécurité ou sur réquisition sont facturées à 30% de leur coût.

[1797] Ces décisions sont nécessaires pour fixer les bornes d'intervention d'un service public sur des missions qui peuvent être réalisée par des entreprises et tenter de freiner ou dissuader les requêtes abusives. Encore faut-il que la tarification soit appliquée. La Cour des comptes comme les chambres régionales des comptes remarquent que ce n'est pas encore souvent le cas[345].

[1798] Le niveau des recettes obtenu reste marginal au regard des budgets totaux des SDIS. L'enquête annuelle ADF-Lamotte pour 2013 indique que les recettes prévisionnelles provenant de ces facturations atteignent 15,8 M€ pour les 86 SDIS ayant répondu. Les SDIS qui répondent (28) ne prévoient pas d'augmentation de ces recettes à partir de 2014.

[1799] Enfin, il convient de souligner qu'un certain nombre d'interlocuteurs de la mission ont évoqué l'hypothèse d'une facturation aux usagers des demandes considérées comme abusives (du type « taxi gratuit »).

[343] Article L 1424-42 dans sa rédaction issue de la loi n° 2002-276 du 27 février 2002.
[344] Source : réponse au questionnaire de la mission.
[345] Synthèse rapport public CRC Provence-Alpes-Côte d'Azur 2013.

2.2 SAMU-SMUR : un financement à part dans le budget des établissements de santé, pour une activité peu contrôlée

[1800] L'activité des SAMU et des SMUR a fait l'objet d'une individualisation croissante au sein de l'hôpital, au niveau juridique comme financier[346].

[1801] Au plan juridique, l'ordonnance du 4 septembre 2003[347] puis la loi du 29 juillet 2009 font évoluer le statut des SAMU : auparavant considérés comme une activité, ils deviennent des services soumis à autorisation.

[1802] Au plan financier, les SAMU-SMUR reçoivent une dotation forfaitaire de type mission d'intérêt général (MIG) que la réforme de la tarification a maintenu aux côtés du champ principal de la tarification à l'activité (T2A).

Tarification à l'activité et dotations MIGAC

Les établissements de soins réalisent des activités de diagnostic, de traitement et de soins valorisées par des tarifs nationaux de prestation ou des forfaits nationaux. Les ressources des établissements sont ainsi allouées en fonction du volume et de la nature de leur activité, ce qui les incite à améliorer leur productivité et à optimiser leurs dépenses.

Parallèlement, le législateur a souhaité maintenir des financements distincts correspondant à l'accomplissement de missions d'intérêt général et à une démarche de contractualisation pour des activités ou des charges qu'une référence prioritaire à l'activité ou aux coûts pourrait inciter à délaisser.

Tout engagement pris par une ARS vis-à-vis d'un établissement de santé doit être contractualisé via les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et motivé dans les arrêtés de tarification, afin de respecter les principes d'égalité et de non-discrimination entre les établissements et les règles du droit communautaires relatives aux aides d'Etat.

[1803] La liste des missions d'intérêt général susceptibles d'être financées par la dotation nationale identifiée au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie est définie par l'article D. 162-6 du code de la sécurité sociale, conformément au cadre posé par l'article L. 162-22-13. L'alinéa 1er j de cet article mentionne « *l'aide médicale urgente réalisée par les SAMU et SMUR conformément aux articles L. 6112-5 et R. 712-71-1 du CSP* ».

[1804] Afin de vérifier que les dotations allouées soient corrélées à l'activité, et ne suscitent pas de comportement désincitatif à la bonne gestion, l'ensemble des MIG fait progressivement l'objet d'un réexamen de leur structure à travers des travaux de modélisation.

[1805] La DGOS s'appuie sur un COmité de REforme de la TArification hospitalière (CORETAH), composé des fédérations hospitalières, des conférences professionnelles, des administrations et de personnalités qualifiées, chargé de préparer les campagnes budgétaires et les réformes du financement des activités hospitalières, constamment en évolution.

[1806] Les MIGAC atteignent 7 578 M€ en 2012[348]. Dans ce total, la MIG SAMU compte pour 227,2 M€[349] et la MIG SMUR pour 702,7 M€.

[346] Le système d'information ARBUST utilisé par le ministère de la santé pour suivre les dotations allouées aux établissements doit être remplacé au cours de l'année 2014 par le système HAPI déjà opérationnel dans les établissements médico-sociaux.
[347] Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.
[348] Source rapport au Parlement 2013 sur le financement des établissements de santé.
[349] Dont 3 M€ transitent par le fonds d'intervention régional (FIR) à disposition des ARS pour des actions régionales de santé.

2.2.1 La MIG SAMU

[1807] La dotation a été calculée en 2005 sur la base des coûts constatés (à partir des résultats du retraitement comptable de 2003) puis modifiée à la marge pour appliquer une péréquation régionale en 2009 et 2010.

[1808] La plupart des ARS corrigent ces calculs en partant des données d'activité ou en s'appuyant sur des données comptables.

2.2.1.1 Un exemple de modélisation régionale pour les SAMU avant réforme

[1809] Dans une région, le modèle de financement appliqué depuis 2010 pour les SAMU a été élaboré sur les bases suivantes mêlant coûts fixes et coûts variables :

- une équipe de base constituée d'1 médecin et de 2 assistants de régulation médicale (ARM) pour fonctionner 24h sur 24, 365 jours / an et assurer 25 000 affaires : 985.000 € (frais de personnel et autres charges incluses), réévalué à 1.087.891 € en 2012 ;
- au-delà de 25 000 affaires, un financement proportionnel avec un tarif de 12 € /affaire, réévalué à 12.72 € en 2012. On ne connaît pas le mode de détermination historique de ce prix par affaire. La base d'activité est bien reprise de la SAE, moyennée sur deux ans pour écarter l'impact des pics épidémiques sur la régulation.

[1810] Les coûts variables valorisés sont évaluable par solde à 310,4K€ soit 8,6%[350] de la base salaire retenue.

Tableau 43 : modélisation régionale appliquée à un gros établissement

avec nb affaires moyen	2010 (base SAE 2008)	2011 (base SAE 2009)	2012 (base SAE 2010)	2013 (base SAE 2011)	Cumul 2010/2013
Base historique	985 000 €	985 000 €	985 000 €	985 000 €	
Base réévaluée (+/-0.9 % / an)	993 865 €	1 002 810 €	1 087 891 €	1 097 138 €	
Au-delà de 25000, nb affaires x 12 €					
Prix historique / affaire ou DRM	12.00 €	12.00 €	12.00 €	12.00 €	
Prix réévalué / affaire ou DRM	12.11 €	12.22 €	12.72 €	12.83 €	
(A) nb total d'affaires ou DRM	*200 800*	*225 911*	*214 065*	*218 379*	
(A') nb affaires moyen sur 2 années			*219 988*		
(B) nb affaires > 25000 : (A) -25000	175 800	200 911	189 065	193 379	
(B') nb moyen d'affaires sur 2 années > 25000 : (A') -25000			194 988		
TOTAL FINANCEMENT modélisé réévalué	3 122 451 €	3 457 334 €	3 568 139 €	3 577 827 €	13 725 752 €
FINANCEMENT RECU hors médecin généraliste régulateur	**3 122 451 €**	**3 150 553 €**	**3 568 139 €**	**3 598 468 €**	**13 439 611 €**
ECART FINANCEMENT RECU - MODELE	0 €	-306 781 €	0 €	20 641 €	-286 141 €
Financement médecin généraliste régulateur		**100 000 €**	**225 900 €**	**225 900 €**	

Source : Réponse au questionnaire de la mission
Dans le cas de l'établissement ci-dessus, le cumul des appels et du trafic radio représente un flux annuel entrant – sortant de 600 000 communications, bien supérieur au nombre d'affaires.
La part de l'activité est prépondérante dans le résultat de la modélisation dans ce centre important avec 2,5 M€ de recettes valorisées au tarif par affaire, sur un total de 3,6 M€.

[350] Coût d'une ligne médicale H24 = 700K€ + 2ARM H24 = 77,5K€ = 777,5K€.

[1811] L'établissement concerné indique que la relation entre le modèle utilisé et le financement qu'il a effectivement perçu a constamment évolué, l'ARS ayant imposé des coefficients de revalorisation inférieurs à un pour rester dans son enveloppe.

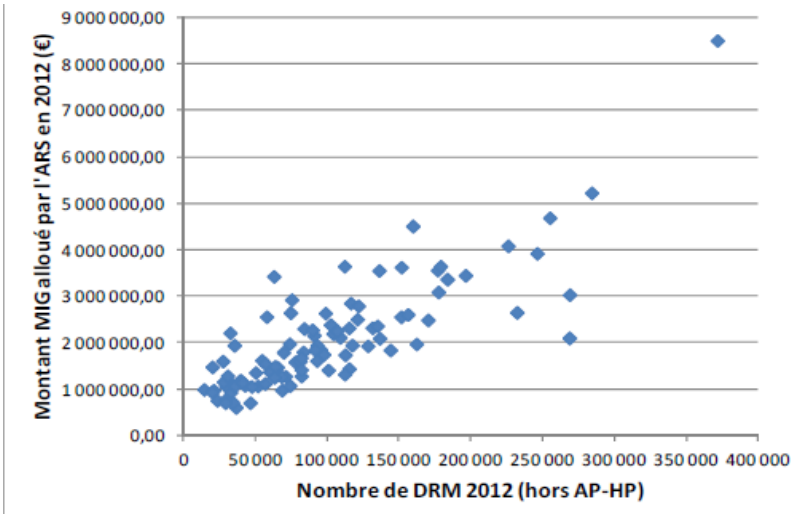
[1812] Cet exemple illustre les difficultés d'une allocation intermédiée dans une enveloppe fermée mais aussi les possibilités d'incitation qu'ouvrirait une tarification pilotée.

2.2.1.2 La réforme de la MIG SAMU autour d'une modélisation

[1813] L'administration de la santé a pu identifier les faiblesses de cette allocation historique liées à l'existence de nombreuses disparités (sur les taux de recours au centre 15, sur les organisations, sur la productivité) qui se traduisent par des variations non expliquées de niveau de dotation pour une activité équivalente.

[1814] Dans ce contexte, la nouvelle modélisation s'organise autour d'une estimation normalisée des moyens nécessaires à la réalisation de la mission incluant les effectifs moyens (médecins et ARM) observés en fonction de l'activité, mesurée par le nombre de dossiers de régulation médicale (DRM) redressés pour les SAMU dont le taux de DRM/habitant est éloigné de la moyenne.

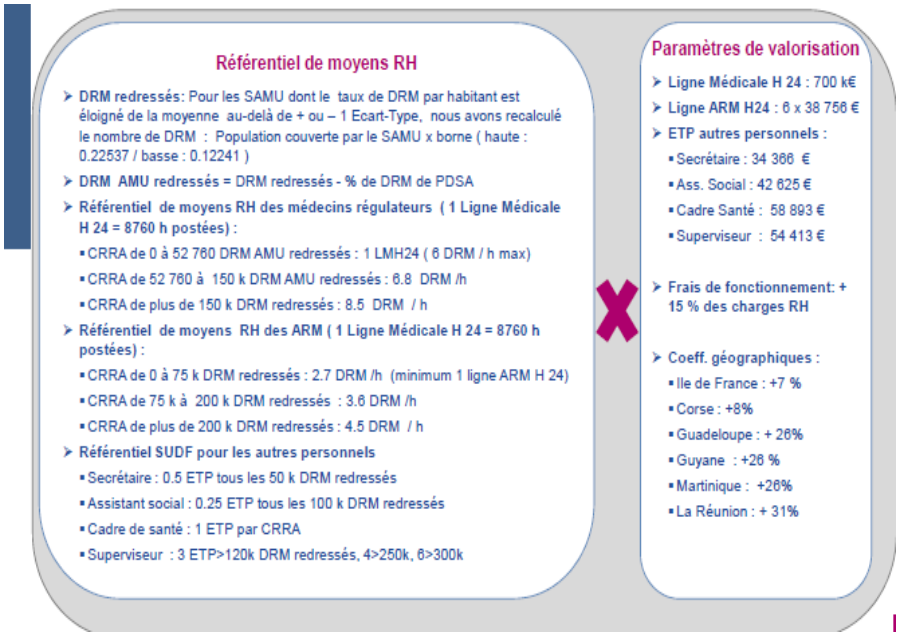
Tableau 44 : relation entre le nombre de dossiers de régulation médicale et la dotation MIG



Source : DGOS dossier de concertation pour la nouvelle modélisation

[1815] Ce référentiel de moyens (une ligne médicale ou d'ARM 24h/24 équivaut à 8 760 heures postées) est valorisé sur les bases suivantes, qui ont été reprises dans le dossier de présentation du nouveau mécanisme de financement aux différents acteurs.

Tableau 45 : paramètres de la modélisation MIG SAMU



Source : DGOS dossier de concertation pour la nouvelle modélisation

[1816] Le ratio de 15% de frais de fonctionnement doit couvrir les coûts de fonctionnement et de maintenance de la plateforme, ainsi que les charges indirectes et de structure.

[1817] Si la DGOS s'est attachée à raisonner à nombre de SAMU et à enveloppe constants, elle a aussi pris comme règle d'interdire toute surcompensation de la couverture des charges de gestion générale pour les établissements recevant cette MIG. Au final, l'effectif cible est légèrement supérieur à l'existant. De même, la relation entre la dépense de régulation par habitant et la population de chaque département s'en trouve améliorée.

[1818] Certains établissements sont gagnants ou perdants dans le nouveau calcul, les ARS étant invitées à ajuster les effets et à lisser les évolutions sur trois années. Elles peuvent modifier les paramètres de la modélisation et prendre en compte des paramètres supplémentaires, dans la limite de l'enveloppe qui leur est allouée.

[1819] La démarche est cohérente par rapport aux principes de réduction des écarts entre établissements et régions, et par rapport aux modalités de gouvernance sur toute la chaîne de financement depuis le ministère jusqu'aux établissements.

[1820] Ce dossier est à rapprocher du projet de système d'information national des SAMU, également porté dans ce secteur. Au-delà de la sécurisation technique des installations, il s'agit de faciliter les mutualisations de charges et de temps de travail, en s'inspirant des recommandations du CNUH[351] qui estime qu'un CRRA ne devrait pas exister en dessous de 25 000 DRM par an (cinq SAMU sont concernés) et que jusqu'à 50 000 DRM, la mutualisation des équipes devrait être appliquée la nuit ; seize SAMU sont dans cette situation.

[351] Conseil national de l'urgence hospitalière.

2.2.2 La nouvelle modélisation des SMUR doit suivre pour 2015

[1821] Les principes sont semblables à la MIG SAMU avec le financement de lignes de garde pour des équipages composés de trois personnes (un médecin, un IDE et un conducteur), auxquels s'ajoutent divers effectifs support. Le coût d'une ligne de garde 24h/24 serait de 1,2 à 1,5 M€.

[1822] La situation est ici plus complexe en raison du développement important des effectifs mutualisés avec le SMUR dont rend compte la SAE. Ainsi, pour ne retenir que les médecins, les établissements ont déclaré pour l'année 2012 au niveau national un effectif de 2 141 médecins au SMUR, 4 952 aux urgences, 928 au SAMU et 3 495 en personnel médical mutualisé.

[1823] Ceci impose de réformer en même temps la tarification des services d'urgence qui obéit à des mécanismes complexes mêlant forfait d'accueil des urgences et activité (acte technique urgences ATU auquel s'ajoute une réallocation des groupes homogènes de soins - GHS - pour les patients hospitalisés et les actes spécialisés et examens biologiques qui sont alors facturés comme un acte externe).

[1824] En outre, les transports secondaires sont financés différemment. Bien que relevant aussi de la MIG, ces missions sont facturées à l'établissement d'origine en cas d'hospitalisation d'une durée inférieure à 48h. La recette supplémentaire vient alors en déduction du budget alloué au titre de la MIG. Au-delà, le transfert est considéré comme définitif et directement prise en charge par l'assurance maladie.

2.3 Transporteurs sanitaires privés : un double mécanisme les jours ouvrés et en période de garde

[1825] Une circulaire récente conjointe entre l'Etat et l'assurance maladie vient de rappeler les conditions de prise en charge des transports par l'assurance maladie[352]. Ils doivent faire l'objet d'une prescription médicale précisant le motif du déplacement et justifiant le moyen de transport prescrit (article L.162-4-1 et R.322-10-2 du code de la sécurité sociale) et remplir les conditions suivantes :

- l'entreprise de transport sanitaire (ambulance et véhicule sanitaire léger) est agréée par l'ARS, conventionnée par l'assurance maladie et bénéficie d'une autorisation de mise en service de son véhicule (articles L. 6312-1 et suivants et R. 6312-1 et suivants du code de la santé publique) ;
- ou le taxi est conventionné (L.322-5 du code de la sécurité sociale).

[1826] Les transports secondaires correspondent à des transports inter-établissements réalisés entre deux établissements de santé pour un séjour provisoire ou définitif et aux transports de retour à domicile des patients. Les transports secondaires réalisés avec des ambulances hospitalières appartenant à l'établissement de santé ne peuvent donner lieu à facturation.

[352] Circulaire N°DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2013/262 du 27 juin 2013 relative à la diffusion du guide de prise en charge des frais de transport de patients.

2.3.1 La tarification des transports programmés ou non programmés hors garde

[1827] Les tarifs sont réglementés à la fois pour les transports sanitaires (ambulance et VSL) et pour les taxis. S'agissant de la première catégorie, ils sont fixés dans un cadre conventionnel, comme pour l'ensemble des professions de santé, entre l'UNCAM et les fédérations de transporteurs sanitaires privés. La convention en vigueur date du 26 décembre 2002 (publiée par arrêté le 23 mars 2003). Six avenants ont été depuis également pris et publiés[353].

Tarification des transports programmés ou non programmés hors période de garde

La tarification comporte, pour les ambulances comme pour les VSL :

- un forfait départemental (51,30 €) ou d'agglomération (57,37 €) ou un tarif de prise en charge en région parisienne seulement pour certaines communes de la grande couronne (64,30 €) selon le lieu du siège de l'entreprise de transports sanitaires. Pour les ambulances, le forfait est le même pour toute la France à l'exception de trajets effectués exclusivement à l'intérieur de certaines villes ou agglomérations urbaines limitativement désignées. Pour les VSL, le forfait dépend du département lieu de siège de l'entreprise (avec une répartition des départements en quatre zones). Le système de prise en charge concerne certaines communes de la région parisienne (identiques pour les VSL ou les ambulances).

- un tarif kilométrique (2,19 €), applicable à la distance parcourue en charge du lieu de départ au lieu d'arrivée, déduction faite des trois premiers kilomètres inclus dans le forfait, ou dès le premier kilomètre parcouru dans le cas de la facturation de la prise en charge. Pour les ambulances comme pour les VSL, le tarif kilométrique est le même sur toute la France (sauf pour les VSL en Corse : +1,2% par rapport au reste de la France).

Les frais de péage sont facturés en sus, sur justification, pour le parcours en charge.

Des majorations existent la nuit (entre 20h et 8h) : +75% du tarif de jour pour les ambulances et +50% pour les VSL. De même, les tarifs sont majorés le samedi à partir de 12 heures, le dimanche ainsi que les jours fériés : de 50% (25% pour les VSL) le jour et de 75% (50% pour les VSL) la nuit par rapport au tarif de jour de semaine.

Une valorisation pour trajet court est appliquée, variant de 7€ si le trajet est inférieur à 5 km jusqu'à 2,50 € entre 16 et 18 km parcourus, dans la limite de 19 km, par tranches dégressives.

Enfin des suppléments, non cumulables, sont accordés :

- pour un transport d'urgence effectué sur la demande expresse d'un médecin régulateur (centre 15) ou d'un service d'aide médicale urgente (SAMU) (ambulances uniquement), soit 21,67 € ;

- pour les transports de prématurés ou en cas d'utilisation d'un incubateur (ambulances), soit 10,83 € ;

- lorsque le malade est transporté vers un aéroport, un port ou une gare, pour embarquement dans un avion, un bateau ou un train, ou pris en charge à sa descente d'avion, de bateau ou de train soit 21,67 €.

Les tarifs de transports (ambulances et VSL notamment), en cas d'appel d'offres d'un établissement de santé, pour les transports à sa charge, sont en revanche fixés par contrat (à la suite d'un marché public pour les établissements publics de santé).

Source : Rapport Eyssartier septembre 2010 sur la rénovation du modèle économique du transport sanitaire terrestre +mise à jour mission

[353] Avenant n°1 du 25 juillet 2003, n°2 du 9 juillet 2004, n°3 et 4 du 27 mai 2005, n° 5 du 11 avril 2008, n°6 du 13 octobre 2011.

2.3.2 Un dispositif de garde ambulancière qui n'a pas évolué depuis 2003

[1828] La loi de financement pour la sécurité sociale 2003 (article 41) a prévu la prise en charge sur le risque de la rémunération des entreprises de transport sanitaire pour leur participation à la garde départementale.

[1829] Après les négociations conventionnelles et la parution des textes réglementaires définissant les périodes de garde, le dispositif est devenu applicable à l'été 2003 et a connu une montée en charge très progressive.

[1830] Le schéma défini prévoit :

- une indemnité de garde d'un montant unique de 346 €/véhicule/permanence de 12 heures (samedi, dimanche, jours fériés, nuit de 20 heures à 8 heures du matin), allocation destinée à couvrir les charges fixes de personnel ;
- une tarification spécifique à la sortie, avec un abattement de 60% sur la tarification conventionnelle pour toutes les composantes de la facturation : forfait de prise en charge, kilomètres, majoration spécifique (nuit, dimanche ou jour férié et supplément centre 15[354]).

[1831] La prise en charge par les caisses est conditionnée par la parution d'un arrête de sectorisation départementale et la transmission du tableau de garde à la CPAM.

[1832] L'évaluation du dispositif a constamment été reportée.

[1833] Avant toute nouvelle négociation sur le sujet, la CNAMTS souhaite que les ARS proposent un schéma organisationnel optimum (adaptation dans zonages et des tranches horaires) dans l'esprit de ce qui a été réalisé pour la PDSA.

[1834] Ce travail de reconfiguration implique, pour être mené en prenant en compte l'équilibre des entreprises, de disposer de données financières. Or, bien qu'elles soient à l'origine d'une part importante des informations contenues dans celui-ci, les ARS n'ont pas accès à ce jour au référentiel national des transports (RNT)[355], qui est réservé aux caisses au moyen d'une application informatique. Cette application vise à suivre le parc et les personnels effectuant du transport pour automatiser les contrôles réalisés au moment de la facturation, établir une cartographie de l'offre de soins tout en alimentant l'assurance maladie avec des données concernant chaque entreprise de transports.

[1835] La CNAMTS dispose pourtant de leviers conventionnels pour inciter les transporteurs sanitaires à transmettre des données, à travers la démarche d'amélioration de la qualité mise en œuvre dans les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS). Cette démarche incitative propose aux entreprises signataires des engagements de recours plus importants aux VSL, une utilisation du référentiel national, de la télétransmission et des services en ligne de l'assurance maladie ; des rémunérations complémentaires sont versées quand les objectifs sont atteints.

[1836] La CNAMTS a indiqué à la mission qu'en 2012, sur 5 461 entreprises éligibles, 699 ont signé un contrat. 84% ont atteint leurs objectifs et bénéficié de 2,4 M€ de rémunérations complémentaires. Au premier semestre 2013, ce sont 915 entreprises qui ont signé un CAQCS; les 91% d'entre elles qui ont atteint leur objectifs se sont partagées 1,7 M€.

[354] L'avenant prévoit que seules les prestations délivrées au moyen de véhicules dédiés au centre 15 donnent lieu à facturation de 40% de la tarification conventionnelle en complément de l'indemnité de garde allouée.
[355] Source : rapport Cour des comptes sécurité sociale 2012 ; p333.

➤ ***En 2010, le rapport Eyssartier[356] proposait de revoir le modèle de financement de la garde ambulancière***

[1837] Le rédacteur proposait de définir plus finement les secteurs et les périodes de garde en adaptant la taille ou la configuration du secteur à la période et en réduisant le nombre de véhicules de garde en nuit profonde. Il soulignait l'intérêt d'apprécier l'opportunité de la garde quand un niveau de sollicitation occasionnel pourrait justifier de s'appuyer de préférence sur le SDIS. Il suggérait enfin d'augmenter le niveau de l'indemnité dans les zones de faible activité afin d'encourager la garde dans ces situations et d'ajuster localement l'équilibre entre forfait et indemnité kilométrique.

[1838] Parallèlement, le rapport proposait de pénaliser les transporteurs sanitaires engagés dans une garde et ne répondant pas à leurs obligations en leur répercutant le coût des carences générées par leur fait. Il évoquait aussi la possibilité de rémunérer les sorties blanches sollicitées « à bon escient » par le centre 15.

[1839] Il mentionnait enfin l'intérêt de mettre à disposition des ARS une enveloppe unique incluant les indemnités de garde, le montant des carences ambulancières voire les indemnités kilométriques pour définir localement des mécanismes négociés vertueux pour les finances publiques et donnant une prime aux régions ayant réalisé des économies sur les enveloppes existantes.

➤ ***Dans son rapport de 2012[357], la Cour des comptes a proposé deux réformes d'ampleur de la garde ambulancière.***

[1840] Le rapport propose de refondre le système de garde ambulancière en supprimant l'indemnité de garde et l'abattement de 60 % et en remplaçant l'obligation de garde pour les secteurs où la sollicitation de l'ambulance de garde est peu fréquente par un recours au SDIS. La Cour chiffre une économie nette de l'ordre de 95 M€[358].

[1841] L'expérimentation sur l'organisation des transports sanitaire urgents prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 (article 66) est une réponse tant à l'interrogation critique soulevée par la Cour des comptes qu'aux préconisations du rapport Eyssartier.

[356] Rapport sur la rénovation du modèle économique pour le transport sanitaire terrestre sept.2010.
[357] Rapport annuel 2012 sur la sécurité sociale précité.
[358] Montant correspondant à la suppression de l'indemnité de garde (145,7 M€) diminué du surcoût résultant de la suppression de l'abattement sur les transports de garde (50,5 M€). Dans les secteurs où les interventions sont peu fréquentes, les transports confiés aux SDIS du fait de la suppression de la garde ambulancière seraient valorisés comme les transports confiés aux ambulanciers.

ANNEXE 18
SDACR ET SROS : UNE MISE EN COHERENCE LENTE ET DIFFICILE

1 UNE NECESSAIRE MISE EN COHERENCE DES DEUX SCHEMAS 373

2 UNE MISE EN COHERENCE PEU TRAITEE LORS DE L'ELABORATION DES SROS-PRS DE 2012 374

2.1 Analyse des SROS-PRS 374

2.2 Eléments issus des réponses aux questionnaires de la mission 374

3 UNE TENDANCE IDENTIQUE DU COTE DES SDIS 375

4 UNE MISE EN COHERENCE QUI DOIT ETRE PLUS LARGE QUE LE SIMPLE CROISEMENT D'INFORMATIONS 376

5 LE CODAMUPS N'EST PAS ASSEZ UTILISE POUR DES PARTAGES D'INFORMATION ET DE DOCTRINE 376

[1842] Les schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) pour les SDIS et les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) pour les ARS sont l'outil de référence pour l'identification des activités et la programmation des moyens sur leur territoire.

[1843] Le SDACR est issu de la loi de départementalisation des services d'incendie et de secours[359] et prend la suite du schéma directeur destiné à la formation des personnels et à la préparation des moyens de secours mentionné dans la loi du 22 juillet 1987[360]. Le SROS remonte à la loi du 31 juillet 1991[361] et s'est progressivement élargi à l'ensemble des soins puis à la santé à la faveur de générations successives de documents et de réformes.

[1844] Compte tenu de l'imbrication des activités des SIS et des SAMU au titre de l'urgence pré-hospitalière, les préfets et les directeurs généraux des agences régionales de l'hospitalisation ont été invités à mettre en cohérence les deux documents, avant même la sortie du référentiel commun. La lettre de mission adressée par les deux ministres chargés de l'intérieur et de la santé aux membres du comité quadripartite sur le secours à personne et l'aide médicale urgente rappelait ce point ; le comité de pilotage était même invité à donner son avis sur le projet de circulaire en préparation.

1 UNE NECESSAIRE MISE EN COHERENCE DES DEUX SCHEMAS

[1845] La circulaire interministérielle du 31 décembre 2007[362] prescrit la confection d'un document élaboré conjointement sous l'autorité du préfet et du directeur de l'ARH :

- *« Ce document se compose des éléments analytiques des SDACR et de la répartition des structures des urgences, des SAMU et des SMUR, en articulation avec la permanence des soins décrite dans le volet « urgences » du SROS. Ce document peut prendre la forme d'une cartographie qui superpose les moyens des SDIS et les moyens des structures de médecine d'urgence (structures des urgences, SAMU, SMUR). Il sera soumis pour avis au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUP-TS). Cette cartographie sera, d'une part, annexée au volet « urgences » du SROS et, d'autre part, intégrée dans la description du département du SDACR. »*
- La circulaire précisait également le rôle pivot du CODAMUPS-TS qui, aux termes de l'article R. 6313-1 du CSP s'assure, dans sa section « transports sanitaires », de la coopération des personnes physiques et morales participant à l'aide médicale urgente, au dispositif de permanence des soins et au transport sanitaire ; il revient à cette instance de traiter les questions locales d'organisation conjointe entre les services dans le cadre de l'aide médicale urgente.

[359] Loi n°96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours.
[360] Article 7 de la loi n° 87-565 du 22 juillet 1987 relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs, abrogé par la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile.
[361] Loi n° 81-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
[362] Circulaire interministérielle DHOS/O1/DDSC/BSIS n° 2007-457 du 31 décembre 2007 relative à la nécessité d'établir une mise en cohérence des schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) et des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS).

2 UNE MISE EN COHERENCE PEU TRAITEE LORS DE L'ELABORATION DES SROS-PRS DE 2012

2.1 Analyse des SROS-PRS

[1846] Parmi les seize SROS (sur vingt-six) où le sujet de l'articulation entre les schémas sanitaires et les schémas de sécurité civile est évoqué, six indiquent explicitement que la mise en cohérence entre SROS et SDACR n'est pas faite ou pas achevée (Aquitaine, Auvergne, Bourgogne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté).

[1847] Deux régions essaient de raisonner de manière encore plus globale que ce que préconise la circulaire du 31 décembre 2007 : la Lorraine, qui ajoute à la notion de « cohérence » celle de « subsidiarité » et la Bourgogne, qui procède à une utile mise en perspective des enjeux d'articulation entre SROS et cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) d'une part, entre SROS et SDACR, d'autre part.

[1848] Quelques régions mentionnent des actions réalisées (partage d'informations entre SDIS et SAMU-SMUR sur leurs moyens respectifs en Alsace, cartographie et harmonisation des conventions en Haute-Normandie). En Alsace, la coopération SAMU-SDIS est un des axes prioritaires identifié dans le volet médecine d'urgence du SROS. Le SROS décrit le maillage territorial des SDIS, et intègre les cartographies du SDIS (zones d'intervention des véhicules légers infirmiers). Le SROS et le SDACR ont été plus particulièrement mis en cohérence sur certains projets, pour des territoires où le temps d'accès à des soins urgents est supérieur à 30 minutes.

[1849] D'autres ARS mettent l'accent sur le travail à conduire :

- finalisation des conventions bipartites SAMU-SDIS et SAMU-TS (Auvergne) ;
- harmonisation des secteurs d'intervention des SMUR et des SDIS (Champagne-Ardenne) ;
- identification des territoires présentant un déficit de réponse et recherche de solutions (Franche-Comté) ;
- tenue à jour de la cartographie des moyens hospitaliers, du SDIS et des transporteurs sanitaires privés (Limousin) ;
- coordination des moyens disponibles sanitaires et de secours (Provence-Alpes-Côte d'Azur).

[1850] Deux ARS axent leur approche sur la gestion des crises sanitaires : l'ARS Centre travaille sur l'identification d'équipes spécialisées et la consolidation de la cellule d'urgence médico-psychologique ; l'ARS Rhône-Alpes s'intéresse aux équipements nécessaires pour faire face aux crises (ANTARES, unités de décontamination...).

[1851] La mise en cohérence des SROS et des SDACR semble souvent considérée comme une question formelle, un exercice imposé par la circulaire de décembre 2007 et le guide méthodologique d'élaboration des SROS, mais pas comme un moyen de questionnement des pratiques des acteurs qui concourent au secours à personne et à l'aide médicale urgente.

2.2 Eléments issus des réponses aux questionnaires de la mission

[1852] Ce faible niveau de préoccupation est confirmée par les réponses aux questionnaires de la mission. Seuls 17 SAMU sur les 63 répondants indiquent avoir participé à un travail de mise en cohérence (Aisne, Charente, Cher, Haute-Garonne, Gers, Hérault, Landes, Loire (Roanne), Loiret, Lot-et-Garonne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Nièvre, Hautes-Pyrénées, Haut-Rhin, Haute-Savoie, Seine-Maritime (Rouen)).

[1853] Les ARS confirment ce diagnostic. La plupart des réponses souligne une réelle difficulté compte tenu des différences d'objet, de calendrier, de niveau de pilotage entre les deux secteurs. Des tentatives de réflexion commune sont esquissées mais vont rarement au-delà d'une référence aux moyens existants de l'autre secteur à travers notamment le volet urgence des SROS.

[1854] Les volontés manifestées, souvent au moment de l'élaboration des SROS 3, d'aller au-delà de la simple déclaration d'intentions sont contredites par les faibles résultats obtenus dans ces exercices de rapprochement.

[1855] Les démarches sont compliquées par l'absence d'association des ARS à l'élaboration ou à la concertation sur les SDACR, avec de notables exceptions comme dans le Nord.

[1856] Toutefois, dans quatre régions, les directeurs généraux d'ARS indiquent que cette mise en cohérence fait partie des chantiers de l'année 2014 (Centre, Franche-Comté, Nord-Pas-de-Calais, Pays-de-la-Loire).

[1857] En outre, les travaux récents sur l'accès à des soins médicaux urgents dans les zones à plus de 30 minutes d'une structure de médecine d'urgence ont parfois permis de relancer la recherche de la meilleure articulation entre les services : en Lorraine, il n'y a pas eu de décision concrète prise pour faire intervenir préférentiellement un moyen SDIS par exemple, en lieu et place d'un vecteur ambulancier ou SMUR à partir des cartes de localisation annexées au SROS3, mais le sujet de l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes a permis de proposer un plan régional d'actions listant, zone par zone, les modalités de recours aux vecteurs les plus appropriés et les plus proches du patient, incluant les moyens des SDIS.

3 UNE TENDANCE IDENTIQUE DU COTE DES SDIS

[1858] Les SDIS reconnaissent que la mise en cohérence du SDACR et du SROS est un chantier peu avancé. D'après les réponses littérales au questionnaire de la mission, rien n'a été fait ni ne semble prévu dans 37 départements. Douze SDIS font état de projets et neuf ont engagé des démarches en ce sens, de manière unilatérale. Seuls quatre SDIS font état de démarches concertées.

[1859] Parmi les SDIS qui ont renseigné la grille d'évaluation quantitative, 11 indiquent que la mise en cohérence a été faite, dans les conditions prévues (avec avis du CODAMUPS-TS) : Aisne, Alpes-de-Haute-Provence, Hérault, Loir-et-Cher, Lot-et-Garonne, Lozère, Mayenne, Haut-Rhin, Haute-Savoie, Seine-Maritime, Vosges. La réponse du SDIS rejoint celle du SAMU pour six départements (Aisne, Hérault, Lot-et-Garonne, Haut-Rhin, Haute-Savoie, Seine-Maritime).

[1860] La mise en cohérence du SDACR et du SROS se heurte aux difficultés de communication entre les SDIS et les acteurs de la santé : un certain nombre de SDIS regrettent de ne pas être associés ou consultés lors de l'élaboration du SROS et expriment le sentiment que l'organisation de la réponse de santé ne les prend pas en compte. D'autres SDIS rapportent avoir contacté sans succès leur ARS sur ce sujet. Dans d'autres cas, des rencontres ont eu lieu et des intentions ont été échangées, mais sans suite concrète[363].

[1861] Les préfets partagent l'analyse. Sur les 66 préfets ayant répondu au questionnaire de la mission, 23 (35%) indiquent que cette mise en cohérence n'est pas engagée ou va l'être très prochainement. Dans 18 départements (27%), la mise en cohérence est lancée mais inaboutie ; elle prend des formes diverses déjà mentionnées (association à des réunions, cartographie des moyens).

[363] Pour plus de précisions, se reporter à l'annexe 5 consacrée à l'exploitation synthétisée dans réponses des SDIS.

[1862] Dans un certain nombre de départements, la situation pourrait évoluer favorablement à relativement brève échéance, du fait de l'opportunité que constitue la révision en 2014 du SDACR (Aube, Cher, Creuse, Doubs, Eure-et-Loir, Haute-Loire, Loiret, Mayenne, Haute-Savoie, Mayotte) ou du SROS (Aude, Doubs, Nord).

[1863] Enfin, il convient de souligner le fait que deux régions privilégient une démarche d'harmonisation régionale. En Franche-Comté, le préfet de région a convié les préfets des quatre départements, les SDIS et l'ARS à un travail de mise en cohérence globale. A l'issue de cette première phase, l'éventuelle adaptation du SROS pourra être réalisée. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, c'est l'ARS qui a pris l'initiative de lancer un travail conjoint avec les SDIS de la région.

4 UNE MISE EN COHERENCE QUI DOIT ETRE PLUS LARGE QUE LE SIMPLE CROISEMENT D'INFORMATIONS

[1864] Au-delà d'un simple croisement des informations relatives aux moyens consacrés par chaque acteur au secours à personne et à l'aide médicale urgente, les SDIS ont besoin de connaître les évolutions de l'organisation hospitalière (autorisations d'activité, carte des services d'urgence).

[1865] De même, les transports de patients vers des sites hospitaliers plus éloignés, plus spécialisés suscitent une incompréhension de la part des sapeurs-pompiers. Ils doivent connaître et comprendre les nouvelles orientations de prise en charge dites de « filiarisation » qui ont conduit les médecins régulateurs à privilégier des évacuations vers des centres de plus en plus spécialisés avec une entrée directe dans les services sans passer par les urgences afin de sauver des vies et de préserver une meilleure qualité de vie de future. C'est notamment le cas pour les AVC pour lesquels l'accès direct à une unité neuro-vasculaire est préconisé[364].

[1866] Parallèlement, les SAMU et les ARS doivent connaître les projets d'implantation des infirmiers sapeurs-pompiers et des véhicules légers infirmiers qui leur sont associés ; le développement non concerté de ces nouveaux moyens paramédicaux est une des causes de raidissement des relations entre les deux acteurs ces dernières années. Les divergences d'analyse sur les conditions d'intervention de ces personnels doivent pouvoir s'exprimer à froid dans le cadre d'échanges sur les stratégies des acteurs.

[1867] Les sujets communs ne sont pas limités au champ sanitaire. Le faible niveau de la présence paramédicale en EHPAD qui mobilise les sapeurs-pompiers de plus en plus souvent pour des relevages ou les conséquences environnementales et sanitaires d'exposition de la population aux risques industriels ou agricoles sont des thèmes de préoccupation au long cours qui doivent être réfléchis en commun.

5 LE CODAMUPS N'EST PAS ASSEZ UTILISE POUR DES PARTAGES D'INFORMATION ET DE DOCTRINE

[1868] Cette instance de concertation aujourd'hui coprésidée par le préfet de département et le directeur général de l'ARS a été créée dès la loi fondatrice du 6 janvier 1986 comme comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires, élargi par la suite à la permanence des soins. Cette question a d'ailleurs pris le pas des priorités collectives au détriment des débats sur les transports sanitaires.

[364] Voir notamment sur ce sujet le rapport de 2010 de l'académie nationale de médecine sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences vitales de l'adulte en pratique civile.

[1869] Le décret du 13 juillet 2010 prévoit une composition large permettant d'associer des représentants de toutes les catégories concernées : élus, médecins, fédérations professionnelles, transporteurs, usagers. Deux sous-comités ont été prévus :

- le sous-comité médical composé de tous les médecins membres de l'instance plénière, « évalue chaque année l'organisation de la permanence des soins et propose les modifications qu'il juge souhaitable dans le cadre du cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'ARS » ;
- le sous-comité des transports sanitaires réunit toutes les composantes intéressées : le SAMU par son responsable, le SDIS dans sa triple composante managériale, organisationnelle et médicale, les transporteurs et le représentant de l'association départementale, les directeurs d'un établissement de santé public et privé assurant des transports sanitaires, deux élus et un médecin libéral. Leur mission principale est de donner un avis préalable à la délivrance, à la suspension ou au retrait de l'agrément nécessaire au transport sanitaire.

[1870] S'il peut également être saisi par un de ses présidents de « *tout problème relatif aux transports sanitaires* », le choix d'une mission limitée à un processus juridique pose question eu égard au nombre des sujets dont il pourrait se saisir, soit spécifiques à un des acteurs, soit à l'interface de leurs compétences et de leurs interventions.

[1871] Il est clair que la rédaction du texte ne facilite ni n'oblige à traiter de sujets dans une forme de régulation collective.

SIGLES UTILISES

ADF	Assemblée des départements de France
AFNOR	Association française de normalisation
ALD	Affection de longue durée
AMF	Association des maires de France
AMU	Aide médicale urgente
ANTARES	Adaptation Nationale des Transmissions Aux Risques Et aux Secours
ARM	Assistant de régulation médicale
ARS	Agence régionale de santé
ASIP	Agence des systèmes d'information partagés en santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATSU	Association départementale des transports sanitaires urgents
AVC	Accident vasculaire cérébral
BMPM	Bataillon des marins-pompiers de Marseille
BSPP	Brigade des sapeurs-pompiers de Paris
CAMU	Capacité de médecine d'urgence
CGCT	Code général des collectivités territoriales
CHI	Centre hospitalier intercommunal
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNSIS	Conférence nationale des services d'incendie et de secours
CNUH	Conseil national de l'urgence hospitalière
CODAMUPS-TS	Comité départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins et des transports sanitaires
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRC	Chambre régionale des comptes
CREA	Compte de résultat analytique
CRRA	Centre de réception et de régulation des appels (SAMU)
CSP	Code de la santé publique
CTA	Centre de traitement des appels (SIS)
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DDSC	Direction de la défense et de la sécurité civiles (ancêtre de la DGSCGC)
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (ancêtre de la DGOS)
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGSCGC	Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSIC	Direction des systèmes d'information et de communication
EPCI	Etablissement public de coopération intercommunale

ERP	Etablissement recevant du public
ETP	Equivalent temps plein
FIR	Fonds d'intervention régionale
FMESPP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FNSPF	Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France
GRIMP	Groupe de reconnaissance et d'intervention en milieu périlleux
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires (loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009)
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IGA	Inspection générale de l'administration
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INPT	Infrastructure nationale partageable des transmissions
ISP	Infirmier sapeur-pompier
MAP	Modernisation de l'action publique
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MCS	Médecin correspondant de SAMU
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MSP	Médecin sapeur-pompier
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
OSCOUR	Organisation de la surveillance coordonnée des urgences
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PATS	Personnels administratifs, techniques et spécialisés
PDS	Permanence des soins
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
SAE	Statistique annuelle des établissements
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAP	Secours à personne
SDACR	Schéma départemental d'analyse et de couverture des risques
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SEMSP	Société européenne de médecine de sapeurs-pompiers
SFMU	Société française de médecine d'urgence
SIS	Service d'incendie et de secours
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SPP	Sapeurs-pompiers professionnels
SPV	Sapeurs-pompiers volontaires
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAP	Service de sécurité incendie et d'assistance aux personnes
SSR	Soins de suite et de réadaptation

SSSM	Service de santé et de secours médical
SurSaUD	Surveillance sanitaire des urgences et décès
UGAP	Union des groupements d'achat public
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
VLI	Véhicule léger infirmier
VLM	Véhicule léger médicalisé
VSAB	Véhicule de secours aux asphyxiés et blessés
VSAV	Véhicule de secours et d'assistance aux victimes
VSL	Véhicule sanitaire léger