



**INSPECTION GÉNÉRALE  
DE L'ADMINISTRATION**

*Rapport n° 06-050-01*

**INSPECTION GÉNÉRALE  
DES AFFAIRES SOCIALES**

*Rapport n° 2006 103*

**« Secours à personne »**

*Rapport présenté par*

**Olivier DIEDERICHS**

**Jean-Marie PAULOT**

***Membres de l'Inspection générale  
de l'administration***

**Huguette MAUSS**

**Vincent MAYMIL**

***Membres de l'Inspection générale des affaires sociales***

**- Juin 2006 -**

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>4</b>
<b>I - LE SECOURS A PERSONNE : UN DOMAINE COMMUN AUX SAMU ET AUX SDIS AUX FRONTIERES INSTABLES QUI OBEIT A DES DOCTRINES OPERATIONNELLES INEGALEMENT PARTAGEES</b> .....	<b>5</b>
1.1  UNE COLLABORATION ENGAGEE DES LA FIN DES ANNEES 80 QUI S'EST ESSOUFFLEE ET A DEBOUCHE SUR LA CRISE DES ANNEES 2000 .....	5
1.1.1 <i>Deux lois fondatrices de la volonté d'organiser la coordination des secours sur l'ensemble du territoire notamment en matière d'aide médicale urgente</i> .....	5
1.1.2 <i>Une remise à plat récente sous la pression d'un contexte difficile</i> .....	6
1.2  DES COMPETENCES COMMUNES EN MATIERE DE SECOURS D'URGENCE MAIS DES ORGANISATIONS CONCURRENTES S'AGISSANT DE LA MEDICALISATION DES SECOURS ET DU SYSTEME D'APPEL TELEPHONIQUE D'URGENCE A DEUX NUMERO (15 – 18) .....	8
1.2.1 <i>Les SAMU et SDIS exercent des compétences dont les frontières se recoupent</i> .....	8
1.2.2 <i>SAMU et SDIS sont tous deux chargés de recevoir les appels d'urgence et disposent tous deux de moyens médicaux d'intervention et de transport</i> .....	9
1.2.3 <i>La concurrence entre SAMU et SDIS transparait dans le fait que le citoyen peut appeler indifféremment le 15 ou le 18 en cas d'urgence médicale</i> .....	11
1.3  UNE DOCTRINE OPERATIONNELLE INEGALEMENT PARTAGEE ET INSTABLE .....	12
1.3.1 <i>Le prompt secours, tel qu'il est mis en œuvre, est difficilement compatible avec le principe de la régulation médicale préalable obligatoire</i> .....	13
1.3.2 <i>Le critère du lieu de l'intervention continue à être prioritairement appliqué en méconnaissance de la circulaire de mars 2004 qui privilégie une analyse globale de la situation</i> .....	13
<b>II - LA SITUATION DE CONCURRENCE DANS LAQUELLE SONT LES SERVICES DE SECOURS EN CHARGE DE L'AMU N'EST PAS COMPENSEE PAR UNE COORDINATION EFFICACE</b> .....	<b>15</b>
2.1  LE DISPOSITIF DE COOPERATION PREVU PAR LA CIRCULAIRE CONJOINTE SANTE – INTERIEUR DE MARS 2004 NE SE MET EN PLACE QUE TRES LENTEMENT.....	15
2.1.1 <i>La circulaire conjointe santé – intérieur du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente prévoit un dispositif de coopération déconcentrée</i> .....	15
2.1.2 <i>Deux ans après sa mise en place, ce dispositif n'est que très partiellement entré en application</i> .....	15
2.1.3 <i>Les motifs pour lesquels ce dispositif peine à rentrer en application sont bien identifiés</i> .....	16
2.2  L'OBLIGATION D'INTERCONNEXION DES CENTRES D'APPEL N'EST QU'IMPARFAITEMENT MISE EN ŒUVRE TANDIS QUE LE CONCEPT DE « PLATE-FORME COMMUNE 15 – 18 » NE PARVIENT PAS A S'IMPOSER .....	17
2.2.1 <i>L'interconnexion entre numéros d'urgence, obligatoire depuis 1996, n'est qu'imparfaitement mise en œuvre</i> .....	17
2.2.2 <i>Le concept de « plate forme commune 15 – 18 » devrait, sous réserve d'une évaluation des différents modèles de plates formes existants, permettre de rendre l'interconnexion effective et opérationnelle</i> .....	18
2.2.3 <i>La définition d'une organisation cible suppose, en tout état de cause, que les missions et compétences des trois acteurs soient clairement fixées et le niveau territorial de ces plates formes défini</i> .....	19
2.2.4 <i>Dans l'hypothèse où l'organisation cible serait une plate forme commune, des réponses de principe doivent être apportées aux questions que posent le choix du lieu d'implantation, l'interopérabilité des systèmes d'information et le respect du secret médical</i> .....	20
2.3  LA PERSISTANCE DES CARENCES AMBULANCIERES ILLUSTRE LA DIFFICULTE A COORDONNER LES 3 PRINCIPAUX ACTEURS DE L'AMU .....	24
2.3.1 <i>Les carences ambulancières semblent difficilement réductibles et les tensions qu'elles génèrent entre les acteurs sont persistantes</i> .....	24
2.3.2 <i>Les causes de ces tensions sont bien identifiées et certaines des voies de solution proposées restent pertinentes</i> .....	26
2.4  LA CAPACITE A TRAVAILLER ENSEMBLE DES « BLANCS » ET DES « ROUGES » EST INDIRECTEMENT INFLUENCEE PAR L'ATTITUDE PLUS OU MOINS COOPERATIVE DES MEDECINS LIBERAUX DANS L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS .....	27
<b>III - UNE PLANIFICATION ET UNE COORDINATION DES MOYENS QUI RELEVANT DE LOGIQUES ET DE NIVEAUX DE RESPONSABILITE DISTINCTS</b> .....	<b>29</b>
3.1  LES OUTILS DE PLANIFICATION DES DEUX PRINCIPAUX ACTEURS OBEISSENT A DES LOGIQUES ETANCHES : SCHEMAS REGIONAUX D'ORGANISATION SANITAIRE (SROS) POUR LES SMUR, SCHEMAS DEPARTEMENTAUX D'ANALYSE ET DE COUVERTURE DES RISQUES POUR LES SDIS (SDACR).....	29
3.1.1 <i>Le SROS met d'abord l'accent sur la rationalisation des moyens hospitaliers</i> .....	29

3.1.2	<i>Le SDACR correspond à un maillage territorial guidé par l'analyse des risques et les contraintes du volontariat.....</i>	31
3.2	<b>DES RESPONSABLES DE LA PLANIFICATION SITUÉS À DES NIVEAUX TERRITORIAUX DISTINCTS QUE RIEN N'INCITE À SE COORDONNER. ....</b>	32
3.2.1	<i>L'échelon régional est le lieu de décision pour les SROS alors que l'échelon départemental, partagé entre le préfet et le conseil général, est le lieu de décision pour le SDACR. ....</i>	32
3.2.2	<i>Il n'existe presque aucun mécanisme de coordination au regard de la dimension « secours à personne ». ....</i>	33
<b>IV - LE « SECOURS A PERSONNE » PEUT DEVENIR UN CONCEPT OPERATOIRE SOUS RESERVE QUE LA DOCTRINE ET LES OUTILS EVOLUENT, QUE LES RESSOURCES SOIENT MUTUALISÉES ET QU'UN PILOTAGE INTERMINISTÉRIEL SOIT INSTAURÉ .....</b>		<b>35</b>
4.1	<b>DEPASSER LES OBSTACLES CONCEPTUELS ET ORGANISATIONNELS ACTUELS.....</b>	35
4.2	<b>FAIRE AVANCER DE FRONT LA DÉFINITION D'UNE DOCTRINE OPÉRATIONNELLE PARTAGÉE ET LA MISE EN PLACE DE PLATES FORMES COMMUNES.....</b>	37
4.2.1	<i>Définir une doctrine opérationnelle commune et réellement partagée .....</i>	37
4.2.2	<i>Évaluer les plates formes communes existantes, définir un ou des modèles cible(s) et les déployer .....</i>	37
4.3	<b>MUTUALISER ET OPTIMISER LES RESSOURCES.....</b>	39
4.3.1	<i>Mutualiser les ressources médicales .....</i>	39
4.3.2	<i>Faire davantage appel aux compétences paramédicales .....</i>	39
4.3.3	<i>Optimiser l'usage des moyens humains et matériels .....</i>	40
4.4	<b>GENERALISER LE 112 COMME NUMÉRO D'URGENCE UNIQUE POUR LE SECOURS A PERSONNE ET ENGAGER UNE REFLEXION PROSPECTIVE SUR LA POSSIBILITÉ D'Y ADJOINDRE DES SECOURS D'UNE AUTRE NATURE.....</b>	41
4.4.1	<i>Fixer officiellement comme objectif d'abandonner les numéros 15 et 18 au profit du 112, numéro européen d'appel unique, selon un calendrier lié à celui du déploiement des nouvelles organisations cibles que proposent la mission et aux délais nécessaires pour y préparer l'opinion publique .....</i>	41
4.4.2	<i>Lancer une étude sur l'intérêt et les conditions d'une extension du 112 à la réception d'appels motivés par l'urgence sociale en général .....</i>	41
4.5	<b>CONFORTER, VALORISER ET AIDER LA PROFESSION D'AMBULANCIER À S'ORGANISER.....</b>	42
4.6	<b>RENFORCER ET RATIONALISER LE PILOTAGE DE L'AMU AUX NIVEAUX NATIONAL ET TERRITORIAL.....</b>	43
4.6.1	<i>Au niveau territorial, faire des CODAMUPS, le point de rencontre entre le volet urgence du SROS et le SDACR .....</i>	43
4.6.2	<i>Au niveau national, créer une instance permanente et dédiée de coordination entre la DDSC et la DHOS .....</i>	44

## Introduction

Par note du 27 mars 2006 dont copie est jointe en annexe 1, le conseil national de la sécurité civile (CNSC) a fixé le champ du « secours à personne » et indiqué les trois axes d'analyse à partir desquels il souhaitait que les inspections mandatées à cette fin conduisent leurs travaux :

- la victime, les acteurs et la doctrine ;
- la coordination des acteurs ;
- les enjeux d'aménagement du territoire.

La mission a été constituée de membres des deux inspections :

- Jean-Marie Paulot et Olivier Diederichs pour l'inspection générale de l'administration (IGA) ;
- Huguette Mauss et Vincent Maymil pour l'inspection générale des affaires sociales (IGAS).

Dans le cadre méthodologique fixé par la chef de l'IGAS, inspection qui avait été désignée pour piloter les travaux, la mission a consisté à réaliser, au cours des mois de mai et juin 2006, une synthèse des problématiques figurant dans les rapports d'inspection existants complétée, en temps que de besoin, par un travail d'actualisation effectué à partir d'entretiens et de recherches documentaires auprès des directions des ministères de la santé et de l'intérieur, des principaux acteurs du secours à personne au niveau national ainsi que de la Cour des comptes (cf. annexe 2 relative aux sources de la mission : personnes rencontrées et rapports d'inspection utilisés).

La mission s'est d'emblée heurtée à un problème de définition du « secours à personne » qui est un concept sans base doctrinale ni fondement juridique propre et qui ne repose sur aucun corpus de statistiques ou de données susceptibles d'aider à son objectivation. Proposé par le CNSC dans sa lettre de mission, ce concept est apparu au fil des entretiens comme destiné à placer le citoyen - usager au centre des préoccupations des organisations en charge des secours dans le cadre d'une approche plus globale, articulant entre elles deux notions juridiques distinctes associées à des politiques publiques relevant de ministères différents :

- d'une part le « secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation » tel que prévu par le code général des collectivités territoriales (CGCT)<sup>1</sup> et dont la mise en œuvre incombe, sous le pilotage du ministère de l'intérieur, aux sapeurs-pompiers, et dont le champ n'inclut pas nécessairement une intervention médicale ou paramédicale ;
- d'autre part « l'aide médicale urgente » (AMU) telle que prévue par le code de la santé publique (CSP)<sup>2</sup> et dont la mise en œuvre incombe à titre principal, sous le pilotage du ministère de la santé (direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins), aux hôpitaux<sup>3</sup> et aux transporteurs sanitaires<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Article L. 1424-2.

<sup>2</sup> « L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation de secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état. » (article L.6311-1).

<sup>3</sup> « Seuls les établissements de santé, publics ou privés, mentionnés à l'article L. 6112-2 dont la mission principale est de dispenser les soins définis au 1<sup>o</sup> de l'article L. 6111-2 peuvent être autorisés, conformément aux dispositions du chapitre II du titre II du présent livre, à comporter une ou plusieurs unités participant au service d'aide médicale urgente appelé SAMU, dont les missions et l'organisation sont fixées par voie réglementaire. Les services d'aide médicale urgente comportent un centre de réception et de régulation des appels. » (art. L 6112-5 du code de la santé publique).

<sup>4</sup> « 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. ... » (article L.6312-1 du code de la santé publique)

La question de la définition du « secours à personne » s'inscrit par ailleurs dans un contexte dans lequel la sécurité civile considère que le système d'ensemble du « secours à personne » est déstabilisé depuis 2001, année où la régulation médicale par les centres 15 a commencé à être durablement saturée du fait des difficultés rencontrées par l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire.

De façon pragmatique, la mission s'est donc attachée, dans le délai imparti, à identifier et analyser les quelques rapports d'inspection produits, textes réglementaires, circulaires internes et travaux divers sur les grands thèmes suivants :

- coordination entre les acteurs de l'aide médicale urgente et du secours à victime : services d'aide médicale urgente (SAMU), services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et ambulanciers privés ;
- régulation médicale et coordination opérationnelle entre les centres de régulation des appels (CRRA) dépendant des SAMU et les centres de traitement de l'alerte (CTA) dépendant des SDIS et, plus généralement, interconnexion des centres 15 et 18 ;
- organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire ;
- fonctionnement des transports sanitaires non programmés.

Enfin, la mission souhaite formuler deux observations préliminaires quant au champ de ses travaux et à la rédaction du rapport :

- les matériaux d'étude dont elle disposait ne lui ont pas permis d'appréhender le caractère spécifique de l'outre-mer (DOM et collectivités d'outre-mer) ni de l'agglomération parisienne, ni de la ville de Marseille qui s'appuient toutes deux sur des organisations particulières (pompiers militaires professionnels dans les deux cas et existence de deux régulations médicales séparées 15 et 18 à Paris). Les constats de la mission ne peuvent donc valoir en l'état pour l'outre-mer et le caractère transférable de ses préconisations devra être évalué ;
- compte tenu des options méthodologiques retenues et du calendrier fixé à la mission, le présent rapport n'a pas été soumis à échange contradictoire avec les principales parties prenantes du « secours à personne » ; il n'est donc pas à l'abri d'erreurs d'interprétation de données ou de jugement que les travaux internes du CNSC et les éventuelles observations des représentants des directions au sein de ce conseil devraient permettre de corriger.

Conformément à son mandat, la mission a successivement analysé le secours à personne sous l'angle des doctrines opérationnelles, de la coordination des acteurs et de l'aménagement du territoire, avant de faire un certain nombre de propositions dont certaines nécessitent des investigations ou études complémentaires.

## **I - Le secours à personne : un domaine commun aux SAMU et aux SDIS aux frontières instables qui obéit à des doctrines opérationnelles inégalement partagées**

L'un des aspects originaux du modèle français d'aide médicale urgente, outre le fait qu'il repose sur la prise en charge du patient par des médecins formés spécifiquement à la médecine d'urgence, est qu'il s'appuie sur une régulation des appels par des médecins et, quand cela s'avère nécessaire, sur la médicalisation des interventions sur le terrain. Force est de constater que, derrière ce modèle, les structures en charge de l'aide médicale urgente ont développé des systèmes qui se font concurrence.

### **1.1 Une collaboration engagée dès la fin des années 80 qui s'est essouffée et a débouché sur la crise des années 2000**

#### ***1.1.1 Deux lois fondatrices de la volonté d'organiser la coordination des secours sur l'ensemble du territoire notamment en matière d'aide médicale urgente***

Le partage du champ de compétence et d'intervention respectif des sapeurs-pompiers et des hôpitaux a fait l'objet de deux lois destinées à sortir de la situation très conflictuelle qui existait dans les années 80.

Dès 1986, la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires inscrivait le principe d'une participation conjointe de l'hôpital et des professionnels de santé à l'aide médicale. L'article 4 de cette loi précisait que le fonctionnement des centres de réception et de régulation des appels (CRRA) installés dans les SAMU était assuré avec des praticiens ou par des associations de praticiens dans le cadre de conventions.

La loi 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 de risques majeurs précisait également dans son article 16 que « *les services d'incendie et de secours sont chargés, avec les autres services concernés, des 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.* »

Trois décrets d'application de la loi du 6 janvier 1986 ont complété ce dispositif : les deux décrets du 30 novembre 1987, l'un relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente (CODAMU) n°87-964, l'autre relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres n° 87-965, et le décret 87-1005 du 16 décembre 1987, notamment son chapitre III, qui traite du cadre et des modalités de la participation des médecins d'exercice libéral au centre de réception et de régulation des appels médicaux.

Enfin la circulaire DGS-DH-DSS<sup>5</sup> du 28 décembre 1988 donnait le cadre opérationnel du dispositif et définissait les « conditions d'un partenariat » entre le service public hospitalier et les médecins d'exercice libéral pour le fonctionnement de l'AMU.

Deux formes de participation étaient prévues :

<sup>5</sup> Direction générale de la santé – direction des hôpitaux – direction de la sécurité sociale.

- une participation collective par l'intermédiaire des « instances départementales des organisations nationales représentatives des praticiens » ou des « associations de médecins ayant pour objet la réponse à l'urgence », cette participation est formalisée par une convention ;
- une participation individuelle qui ne fait pas l'objet de convention.

Cette circulaire insistait sur l'importance de l'acquisition de l'expérience en médecine d'urgence pour tous les médecins régulateurs.

Parallèlement, une circulaire du 18 septembre 1992 relative aux relations entre le service départemental d'incendie et de secours (SDIS) et les établissements hospitaliers publics a, « *dans un souci de rationalisation et de cohérence* », précisé leurs modalités d'interventions respectives dans la gestion quotidienne des secours. Cette circulaire demandait notamment aux préfets de département de superviser l'élaboration et la signature de conventions bipartites entre les SAMU et les SDIS, conventions destinées à assurer la mise en œuvre des dispositions qu'elle contenait tout en les adaptant autant que nécessaire aux spécificités locales. Si l'essentiel des dispositions de cette circulaire a été abrogé par la circulaire conjointe intérieur – santé du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente, ses chapitres I.B (relations entre les services) et II.C (orientation du patient et conduite de l'intervention) sont toujours en vigueur.

Mais cette architecture d'ensemble qui visait à rendre les différentes organisations opérationnelles ne s'est mise en place que de manière progressive et partielle et reposait largement sur les initiatives des professionnels eux-mêmes. Malgré la signature de la convention médicale<sup>6</sup> en décembre 1986 qui encadrait la participation des médecins libéraux et revalorisait l'exercice de la médecine libérale, le démarrage n'a reposé dans un premier temps que sur une expérimentation de la participation des médecins libéraux à la régulation de l'aide médicale urgente dans 5 départements. En 1992, la CNAMTS a réduit sa contribution au financement de la participation des médecins libéraux à la régulation, cette décision a fragilisé les expérimentations.

Selon les informations portées à la connaissance de la mission, aucun bilan n'a été fait ni par les administrations ni par les organismes dans les premières années de l'expérimentation. Seul un rapport de l'IGAS d'avril 1994 dresse une évaluation des cinq expérimentations. Tout en soulignant le caractère hétérogène des organisations retenues, l'absence de pilotage national et les difficultés conventionnelles qui ont remis en cause la participation des médecins libéraux au CRRA, la mission dressait un bilan positif des 5 sites expérimentaux, en terme de prise en charge des malades et de capacité d'adaptation à une augmentation du volume des appels. Mais, elle constatait déjà une forte croissance des transports sanitaires essentiellement privés et une diminution des hospitalisations. Face à un début d'essoufflement des médecins libéraux quant à leur participation aux astreintes dans les CRRA, elle proposait de prévoir une organisation régionale des centres 15.

### ***1.1.2 Une remise à plat récente sous la pression d'un contexte difficile***

Après une longue période (1992-2000) au cours de laquelle aucune amélioration n'a été apportée au dispositif, une nouvelle situation de crise au début des années 2000 a fortement remis en cause l'organisation de l'AMU.

La participation des médecins libéraux à la régulation, la garde ambulancière, et les tableaux de garde des médecins reposaient sur les initiatives des professionnels. Plusieurs décrets leur confiaient le soin de s'organiser, que ce soit le décret de 1986 pour la garde ambulancière ou l'article 77 du code de déontologie médicale. Or, dans les faits et au fil du temps, la disponibilité des ambulances

<sup>6</sup> « les parties signataires conviennent d'organiser la régulation des appels ainsi que la réponse aux urgences et la permanence des soins par les médecins libéraux. »

pour les gardes et la permanence des soins des médecins libéraux ont été largement battues en brèche par les comportements individuels des professionnels. Les entreprises de transports ne transmettaient plus leur planning et les conseils départementaux l'ordre des médecins (CDOM) n'arrivaient que très partiellement à établir des tableaux de garde, laissant aux médecins le soin de s'auto-organiser localement.

C'est dans ce contexte du début des années 2000 que les tensions se sont faites plus vives avec les médecins libéraux (grèves des médecins) et les procédures de réquisitions contestées, il en était de même des tensions accrues avec les ambulanciers et les conflits avec les services des sapeurs-pompier concernant les transports sanitaires et les carences ambulancières. Face aux diverses carences des professionnels, la population s'est tournée plus spontanément vers le dispositif hospitalier pour des soins non programmés et qui ne relevaient pas de l'urgence vitale. Parallèlement les plaintes de victimes, les mises en cause de la responsabilité médicale tant en ce qui concerne la disponibilité des médecins d'astreinte que des délais de réponse des centres 15 ont été des éléments qui ont conduit à un désengagement encore plus massif des professionnels.

Les deux lois de 1986 et 1987 ont alors fait l'objet de profondes modifications pour adapter le cadre légal aux exigences de la population et aux contraintes posées par les professionnels. Ce sont les dispositions nouvelles introduites par les ordonnances 2003-850 du 4 septembre 2003 et 2004-637 du 1<sup>er</sup> juillet 2004 organisant et modifiant la permanence des soins, et par la loi du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile qui ont articulé la permanence des soins avec l'AMU.

La permanence des soins a trouvé une base législative dans le code de la santé publique (article L.6314-1) alors qu'auparavant, elle n'avait d'assise que dans l'article 77 du code de déontologie médicale « *dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit...* ».

Cet article contesté et souvent non respecté a été profondément réécrit en 2003<sup>7</sup>, la permanence des soins a été considérée comme s'inscrivant dans le cadre de l'organisation générale des soins et sur la base du volontariat de chaque médecin mais ne reposant plus sur les seules initiatives individuelles des médecins (décret 2003-880 du 15 septembre 2003).

Le cadre réglementaire a été entièrement revu, il a renforcé la responsabilité des préfets, qui se sont vu confier une capacité d'intervention dans l'organisation et la cohérence des tableaux de gardes entre les différents acteurs. Le comité départemental de l'aide médicale urgente (CODAMU) a vu son rôle et sa composition élargis pour intégrer la permanence des soins et devenir le comité départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins (CODAMUPS), lieu de concertation entre tous les professionnels, de préparation et de validation des organisations territoriales des ambulanciers et des médecins. La mission a conscience que la permanence des soins n'est pas, en première intention, le champ du « secours à personne » mais les défaillances de cette permanence ont des conséquences directes sur les volumes de prises en charge au titre de l'AMU.

Ces modifications législatives et réglementaires<sup>8</sup> avaient pour but de donner plus de lisibilité à la population sur les diverses modalités d'accès aux soins et particulièrement sur les périodes de nuit et de week-end, de mieux coordonner les acteurs en tenant compte des ressources qui se raréfiaient (démographie médicale, transports sanitaires) et d'éviter les doublons entre professionnels. Elles ont

<sup>7</sup> Article R. 4127-77 du CSP « *il est du devoir de tout médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent* »

<sup>8</sup> Depuis cette date, le décret sur la permanence des soins a fait l'objet de plusieurs modifications, le 7 avril 2005 (décret 2005-528) et le 7 juin 2006 (décret 2006-665).



été complétées par plusieurs circulaires prises à l'initiative du ministère de la santé concernant les transports sanitaires privés et la permanence des soins<sup>9</sup>.

La circulaire conjointe<sup>10</sup> du 29 mars 2004 marque une avancée dans la collaboration attendue entre les acteurs au niveau local, formalisée par des conventions tripartites (SAMU, SDIS et ambulanciers privés) adaptées aux spécificités locales. Une annexe à cette circulaire fixe le cadre de l'évaluation permettant d'apprécier l'effectivité de cette mise en œuvre, un bilan devant être transmis dans le délai d'un an aux deux ministères concernés.

Enfin, deux décrets du ministère de la santé du 22 mai 2006<sup>11</sup> donnent une cohérence d'action entre les partenaires concourant à la prise en charge des urgences médicales en assignant un objectif de coopération et de coordination, dans chaque territoire de santé, entre structures des urgences et permanence des soins. Les moyens des SDIS ne sont pas mentionnés dans ce dispositif.

## 1.2 Des compétences communes en matière de secours d'urgence mais des organisations concurrentes s'agissant de la médicalisation des secours et du système d'appel téléphonique d'urgence à deux numéros (15 – 18)

### 1.2.1 Les SAMU et SDIS exercent des compétences dont les frontières se recoupent

Le code de la santé publique et le code général des collectivités territoriales précisent les responsabilités qui incombent à chaque ministère pour la mise en œuvre des secours d'urgence.

Le CSP précise en effet dans son article R.6311-1 que « *les services d'aide médicale urgente ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence* » et que « *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.* »

Le CGCT prévoit pour sa part dans son article L. 1424-2 que : « *Les services d'incendie et de secours sont chargés de la prévention, de la protection et de la lutte contre les incendies* » ; qu'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.* », que « *dans le cadre de leurs compétences, ils exercent les missions suivantes : ...les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation* ».

<sup>9</sup> circulaires :

- DHOS/O1 2001-76 du 5 février 2001 relative à la participation des transporteurs sanitaires privés dans la prise en charge des urgences préhospitalières,
- DHOS/O1 2003-204 du 23 avril 2003 relative à l'organisation de la garde ambulancière,
- DHOS/SDO/O1 2003-277 du 10 juin 2003 relative aux relations entre établissements de santé publics et privés et transporteurs sanitaires privés

<sup>10</sup> Circulaire conjointe santé-intérieur n°151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers privés dans l'aide médicale urgente

<sup>11</sup> décret 2006-576 relatifs à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique

décret 2006-577 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures d'urgence et modifiant le code de la santé publique

### 1.2.2 SAMU et SDIS sont tous deux chargés de recevoir les appels d'urgence et disposent tous deux de moyens médicaux d'intervention et de transport

Le ministère de la santé a défini une organisation dédiée à l'AMU s'appuyant sur les hôpitaux et comportant, en amont du service d'urgence proprement dit, une écoute téléphonique et des moyens mobiles d'intervention que sont les « structures mobiles d'urgence et de réanimation » (SMUR).

Il existe, selon la DHOS :

- 631 structures d'urgences (métropole et DOM), 435 SMUR autorisés (avec 64 antennes dont 10 saisonnières),
- 104 SAMU et autant de centres de réception et de régulation des appels (CRRA) soit environ un par département (sauf dans 4 départements qui en comptent plus d'un pour des raisons historiques).

Il ressort d'une enquête réalisée par la DHOS par extrapolation des données recueillies auprès d'un échantillon de 55 SAMU que, en 2004 :

- les CRRA ont reçu 21 millions d'appels et traité 10 millions d'affaires dont 72% de nature médicale, 26% non médicale et 1% non qualifiée ;
- 64 % des appels reçus par les CRRA sont arrivés directement au 15, 14 % par interconnexion 15 - 18, 7% par le 112, 4% par le SAMU et 11% par d'autres canaux.

La DHOS n'a pas été en mesure de fournir à la mission des données consolidées au niveau national sur les moyens et l'activité des services mobiles d'urgence et de réanimation (nombre de véhicules, nombre de SMUR ayant sous-traités tout ou partie de leurs interventions aux sapeurs-pompiers ou à des sociétés d'ambulance privées, nombre d'interventions médicalisées et nature de ces interventions...) ni sur les effectifs des SAMU (nombre de médecins urgentistes, d'infirmiers, de permanenciers).

Sources : DHOS

La responsabilité de l'AMU, dans le champ du ministère de la santé, est confiée aux établissements de santé : « *Seuls les établissements de santé, publics ou privés, ... peuvent être autorisés... à comporter une ou plusieurs unités participant au service d'aide médicale urgente appelé SAMU, dont les missions et l'organisation sont fixées par voie réglementaire. Les services d'aide médicale urgente comportent un centre de réception et de régulation des appels. Leur fonctionnement peut être assuré, dans des conditions fixées par décret, avec le concours des praticiens non hospitaliers qui en font la demande. Des conventions sont passées à cet effet dans des conditions fixées par décret. Les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés dans le respect du secret médical avec les dispositifs de réception des appels destinés aux services de police et aux services d'incendie et de secours.* » (article L.6112-5 du CSP).

Ces établissements de santé sont autorisés à se doter de structures mobiles : « *Dans le cadre de l'aide médicale urgente, la structure mobile d'urgence et de réanimation ... a pour mission : d'assurer, en permanence, en tous lieux et prioritairement 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, et, le cas échéant, et après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé.... Pour l'exercice de ces missions, l'équipe d'intervention de la structure mobile d'urgence et de réanimation comprend un médecin.* » (article R. 6123-15 du CSP).

Si la mission historique des sapeurs-pompiers est la lutte contre l'incendie, leur activité réelle concerne de plus en plus le secours à victime, catégorie d'intervention qui représente un nombre croissant d'opérations de secours comportant un aspect médical<sup>12</sup> et qui représentaient en 2005

<sup>12</sup> En 2004, la DDSC comptabilisait 2 079 036 interventions au titre du « secours à victimes – aide à personnes » dont : 450 243 pour malaises ou maladie à domicile – urgences vitales, 426 236 pour malaises sur la voie publique, 351 221 pour accidents sur la voie publique, 227 936 pour accidents à domicile, 93 640 pour accidents sur les lieux de travail, 65 314 pour malaise ou maladie sur les lieux de travail.

entre 46 % et 60 % de leur activité totale selon que l'on décompte en temps / homme par intervention ou en nombre d'interventions.

Chacun des deux secteurs obéit à des logiques organisationnelles et hiérarchiques spécifiques : les centres de secours sont sous la seule autorité du chef du SDIS qui dispose de l'unité de commandement et de l'utilisation des moyens en hommes et matériels, y compris du SSSM. En revanche, pour les SAMU, le directeur du SAMU est sous l'autorité fonctionnelle du directeur de l'hôpital et il s'appuie, pour engager des interventions, sur les moyens en personnel, véhicules et équipements des SMUR mis à sa disposition par des différents hôpitaux dans le territoire concerné.

Il existe sur l'ensemble du territoire national, selon une organisation départementale :

- 6000 centres de secours d'importance variable, intégrés aux SDIS, auxquels s'ajoutent 2292 corps de première intervention communaux (non intégrés aux SDIS) ;
- 200 centres de réception du numéro 18 (centres de traitement des appels / CTA) ;

Les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) regroupent :

- 265 000 sapeurs-pompiers professionnels et volontaires qui arment les centres intégrés aux SDIS ;
- un parc de 5 800 véhicules de secours aux victimes (VSAV) et de secours aux asphyxiés et blessés (VSAB) qui ont participé en 2004 à un peu plus de 2 millions d'interventions comptabilisées au titre du « secours à victimes – aide à personnes » ;
- de professionnels de santé au sein des services médicaux (SSSM) : 6 349 médecins (dont 6 167 volontaires), 622 pharmaciens (dont 550 volontaires) et 3 206 infirmiers (dont 3 039 volontaires) soit, dans 14 départements et s'agissant des médecins, une densité de plus de 25 médecins d'urgence pour 100 000 habitants ;
- 3 608 716 interventions en 2005 (+ 2,3 % par rapport à 2000), dont 2 246 630 interventions (62 %) au titre du secours à victime, en augmentation de 8 % entre 2004 et 2005.

Source : DDSC

Le ministère de l'intérieur, dans la cadre de la politique de sécurité civile, a par ailleurs prévu que les sapeurs-pompiers pouvaient médicaliser leurs interventions, le CGCT mentionnant explicitement, parmi leurs missions, la possibilité pour le service de santé et de secours médical (SSSM) des SDIS de participer aux interventions liées à l'aide médicale urgente<sup>13</sup>. La DDSC n'a pas été en mesure de fournir à la mission des données qui auraient permis de mesurer, en valeur absolue comme relative, l'importance de l'implication spécifique des SSSM dans le secours à victime et dans l'AMU. La mission a cependant été amenée à constater que certaines des fiches emploi – formation des médecins et infirmiers de sapeurs-pompiers mentionnaient explicitement l'exercice de tâches impliquant une participation directe à l'AMU et aux interventions<sup>14</sup>, et que le seul règlement opérationnel de SDIS qu'elle a consulté (Seine-et-Marne) mentionnait explicitement que « *le SSSM participe aux missions de l'AMU* ». Il semblerait par ailleurs que quelques départements, dont celui du Gard, auraient fait le choix de doter les SSSM de moyens médicaux lourds dédiés aux opérations de secours à personne (médecins professionnels, hélicoptères), le

<sup>13</sup> Article R.1424-24 du CGCT : « *Le service de santé et de secours médical exerce les missions suivantes :*

<sup>1°</sup> *La surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers ;*

<sup>2°</sup> *L'exercice de la médecine professionnelle et d'aptitude des sapeurs-pompiers ...*

<sup>3°</sup> *Le conseil en matière de médecine préventive, d'hygiène et de sécurité...*

<sup>4°</sup> *Le soutien sanitaire des interventions des services d'incendie et de secours et les soins d'urgence aux sapeurs-pompiers ;*

<sup>5°</sup> *La participation à la formation des sapeurs-pompiers au secours à personnes...*

... *En outre, le service de santé et de secours médical participe : ... aux missions de secours d'urgence définies par ... la loi ... du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires ...».*

<sup>14</sup> Telles que : « *il prépare et participe aux détachements d'intervention* » (médecin chef) ; « *participation à l'AMU* » et « *médicalisation des victimes des accidents, sinistres et catastrophes* » (médecin de centre d'intervention secondaire), « *il organise et prend part aux missions de secours d'urgence en coordination avec les autres services concernés* » (infirmier de groupement), il « *participe aux missions de secours d'urgence en coordination avec les autres services concernés* » (infirmier de centre d'incendie et de secours).

préfet du Gard ayant d'ailleurs récemment interrogé le ministère de l'intérieur sur l'avenir du SSSM en évoquant 3 hypothèses possibles d'évolution : maintien dans sa vocation de secours à personne, recentrage sur les accidents et transfert de son activité vers le SAMU. Enfin, par lettre du 6 avril 2005, le ministre de l'intérieur a personnellement et expressément demandé aux préfets « *de rappeler le rôle des services d'incendie et de secours en matière de secours d'urgence, notamment par le biais des services de santé et de secours médicaux, et l'autonomie des moyens qu'ils peuvent mobiliser sous votre autorité, au profit des urgences sanitaires.* ». Le risque existe donc d'un transfert de la prise de décision médicale au profit des personnels médicaux des SSSM alors même que la décision médicale relève légalement du ministère de la santé.

Les représentants des sapeurs-pompiers rencontrés par la mission ont pour leur part fait état de la sous-utilisation des compétences médicales dont disposent les SSSM et du risque de voir les médecins et infirmiers volontaires de ces services se démotiver s'ils ne sont pas davantage impliqués dans la médicalisation des secours.

En ce qui les concerne, les représentants des médecins urgentistes rencontrés par la mission font valoir les risques associés à l'existence de deux services médicaux d'intervention relevant de deux régulations différentes, tant en terme de coordination des moyens, de gestion de l'aval (prise en charge hospitalière) que d'aptitude des équipes des SSSM à maîtriser les techniques de la médecine d'urgence au niveau exigé pour les SAMU.

### ***1.2.3 La concurrence entre SAMU et SDIS transparait dans le fait que le citoyen peut appeler indifféremment le 15 ou le 18 en cas d'urgence médicale***

La situation de concurrence dans laquelle sont placés les deux services d'urgences transparait enfin dans la logique même du système d'appel téléphonique proposé au citoyen qui repose sur l'existence de deux numéros distincts pour chacun des services - le 15 pour le SAMU et le 18 pour les pompiers – et qui repose sur l'hypothèse que le citoyen :

- soit dispose d'une vision suffisamment lucide de son état et de ses besoins urgents pour savoir si la réponse qu'il attend est de nature médicale ;
- soit a une « préférence » pour l'un ou l'autre des services d'urgence et qu'il dispose donc de la liberté de choix du « prestataire » qu'il souhaite activer.

Si le choix est simple lorsqu'il s'agit d'un incendie, d'une inondation ou d'un phénomène qui nécessite un savoir faire technique autre que médical, il est clair que, dès lors qu'une ou plusieurs personnes sont, en dehors de tout contexte de sinistre ou d'accident, blessées ou malades, le choix laissé à la victime ou au patient d'appeler le 18 plutôt que le 15 part d'un présupposé sur la qualité de la réponse.

La création du numéro 112, « numéro européen simple d'appel d'urgence » adopté par une décision du Conseil européen du 29 juillet 1991, n'a pas donné lieu à un regroupement sous un seul numéro des centres 15 et 18 ; il a de fait vocation à être utilisé en priorité par les touristes qui ne connaissent pas nécessairement les numéros d'urgence nationaux. Il ne se substitue donc pas aux numéros 15 et 18 (ni au 17) qui, conformément à une circulaire du premier ministre du 21 avril 1995, demeurent en service dans tous les départements, les appels au 112 étant automatiquement transférés sur le 15 (7%) ou le 18 (27%)<sup>15</sup>. La mission ne s'est pas intéressée (faute, là encore, de rapports sur le sujet) aux interconnexions avec le 17, les seuls cas portés à sa connaissance étant des interconnexions de ce numéro avec le 18.

<sup>15</sup> En 2004, 16,4 millions d'appels ont été reçus par le 18, 21 millions par le 15 et 6,25 millions par le 112, sur un total de plus de 42 millions d'appels reçus par les deux services d'urgence (directement ou via le 112).

### 1.3 Une doctrine opérationnelle inégalement partagée et instable

La fonction de réception des appels est partagée entre deux opérateurs. Bien que l'objectif soit une organisation départementale avec un seul « centre 15 » et un seul « centre 18 » par département, il existe dans les faits :

- d'une part 104 centres de régulation et de réception des appels (CRRA) constitués au niveau départemental - dit « centre 15 » - rattachés systématiquement à un SAMU qui constitue lui-même un des services d'un hôpital ;
- d'autre part 200 centres de traitement des appels (CTA) des sapeurs-pompiers qui répondent au n°18 et dont le nombre et l'implantation sont liés à des critères historiques.

Dès 1994, dans le cadre d'une mission d'évaluation des centres 15, l'IGAS signalait que la qualité de la régulation<sup>16</sup> et de la coordination des acteurs avaient un impact certain sur les volumes des sorties de véhicules lourds et sur le degré de médicalisation des transports, or la qualité de la régulation est de fait battue en brèche par deux éléments de doctrine que sont le « prompt secours » et les critères de choix du service compétent pour intervenir. Sur ces deux questions, la circulaire conjointe intérieur – santé du 29 mars 2004 (intervenue 10 ans après le constat !) a posé comme principe qu'une solution de synthèse était possible ; il est toutefois permis de douter que cette solution puisse suffire - notamment là où les acteurs ne s'entendent pas - à faire évoluer des pratiques ancrées de longue date.

Les représentants des sapeurs-pompiers rencontrés par la mission vont d'ailleurs jusqu'à qualifier la situation actuelle de « faillite doctrinale » en faisant valoir un gap important entre les principes de la circulaire de mars 2004 et la réalité du terrain.

Les représentants des médecins urgentistes rencontrés par la mission font valoir pour la part que la circulaire de mars 2004 a plutôt contribué à compliquer les relations entre SAMU et SDIS, que son apport se limite pour l'essentiel à l'introduction des ambulanciers dans le « jeu d'acteurs » (via l'obligation de les prendre en compte dans la coordination), qu'elle a occulté la question pourtant centrale du rôle des SSSM et de leur articulation avec les SAMU et SMUR, et qu'elle n'a finalement pas beaucoup influencé les pratiques qui restent majoritairement inspirées par les principes figurant déjà dans la circulaire précédente de 1992.

La mission considère pour sa part que le travail consistant à définir très précisément les situations dans lesquelles les pompiers, les SMUR et les ambulanciers privés doivent chacun intervenir et, plus généralement, quelles sont les missions et compétences de chacun d'eux et comment elles doivent s'articuler entre elles, reste encore très largement à réaliser.

<sup>16</sup> La mise en œuvre de l'AMU au plan opérationnel passe par une régulation médicale amont que les textes confient en effet au SAMU via le CRRA, l'article R.6311-2 du CSP précisant que « *les services d'aide médicale urgente* :

1° *Assurent une écoute médicale permanente ;*

2° *Déterminent et déclenchent, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;*

3° *S'assurent 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 ;*

4° *Organisent, 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° *Veillent à l'admission du patient. »*

### ***1.3.1 Le prompt secours, tel qu'il est mis en œuvre, est difficilement compatible avec le principe de la régulation médicale préalable obligatoire***

Cette circulaire, qui reprend la définition largement tautologique du prompt secours telle qui figurait déjà dans la circulaire du 18 septembre 1992<sup>17</sup>, confirme qu'en cas de nécessité liée au secours à personne, le SDIS est fondé à ordonner une intervention sans régulation médicale préalable<sup>18</sup>. Cette exception à la règle de la régulation médicale préalable et systématique est justifiée, pour les sapeurs-pompiers, par l'efficacité et l'urgence. Pour expliquer l'importance du nombre des interventions en prompt secours, ils font notamment valoir le sentiment de confiance qu'ils inspirent au grand public par leur réactivité et le fait que les CRRA mettent trop souvent du temps à répondre aux appels des CTA, cette attente pouvant conduire à engager leur responsabilité. Il semble qu'aucune statistique ne soit tenue et n'existe sur les non réponses et délais de réponse des CRRA aux appels du 18<sup>19</sup> et il importe donc que ce phénomène soit à l'avenir suivi, documenté et fasse l'objet d'échanges contradictoires.

Compte tenu d'une part de l'importance croissante prise par le secours à victimes dans l'ensemble des missions des sapeurs-pompiers, d'autre part de la nécessité tant d'envoyer le moyen d'intervention le plus adapté que de ne pas doubler les moyens, on voit bien que ce concept opérationnel propre aux sapeurs-pompiers est consubstantiellement incompatible avec la règle de la régulation médicale préalable systématique (et vice-versa). En l'espèce, la bonne application de cette règle passe par un partage amont de l'information sur la nature du besoin dès lors qu'il a une dimension médicale, partage qui doit nécessairement précéder toute décision quant au choix du vecteur d'intervention.

### ***1.3.2 Le critère du lieu de l'intervention continue à être prioritairement appliqué en méconnaissance de la circulaire de mars 2004 qui privilégie une analyse globale de la situation***

Les critères de choix du service compétent pour intervenir constituent un autre motif de dysfonctionnement de l'AMU. Contrairement aux circulaires de 1992 et 1996 qui optaient pour une répartition territoriale des compétences - schématiquement la voie publique aux pompiers et le reste aux ambulanciers privés et au SMUR - celle de mars 2004 affirme clairement que :

- « le lieu géographique [...de l'intervention] qu'il soit public ou privé ne constitue plus un facteur déterminant d'attribution de compétences » ;
- « la détermination par le médecin régulateur de la réponse la mieux adaptée se fonde sur trois critères : l'estimation du degré de gravité avérée ou potentielle de l'atteinte à la personne concernée ; l'appréciation du contexte ; l'état et les délais d'intervention des ressources disponibles. »

Dans la réalité et deux ans après la sortie de la circulaire, le lieu de l'intervention reste le critère d'intervention déterminant, comme en témoignent :

- les débats qui perdurent sur ce thème entre SAMU et SDIS et un certain nombre de conventions entre ces deux services qui prévoient des dispositions particulières justifiant par exemple

<sup>17</sup> « Le prompt secours se caractérise par une action de secouristes agissant en équipe et visant à prendre en charge sans délai des détresses vitales ou à pratiquer sans délai des gestes secouristes. »

<sup>18</sup> « la régulation médicale doit être systématique quel que soit le lieu où se trouve la personne et le cheminement initial de l'appel », mais, lorsque le 18 « reçoit un appel comportant un risque vital imminent (détresse vitale avérée ou potentielle), le stationnaire du service d'incendie et de secours peut déclencher d'emblée les moyens secouristes des services d'incendie et de secours ».

<sup>19</sup> L'enquête précitée sur l'activité (extrapolée) des SAMU en 2004 faisait apparaître un taux de non réponses des CRRA égal à 7 %, sans qu'il soit possible d'identifier dans ce chiffre la part des appels émanant des CTA, la part d'appels "perdus" par le SAMU ou d'appels sans appelants au bout de la ligne.

l'intervention des sapeurs-pompiers en milieu scolaire, dans les stades, à domicile pour le relevage des personnes âgées ou handicapées ou dans des zones dites fragiles (car à faible densité médicale) ou dans lesquelles les ambulanciers privés ne se rendent pour des raisons de sécurité ;

- la lettre du ministre de l'intérieur du 6 avril 2005 dans laquelle il demande expressément aux préfets « *de veiller à renforcer, quand c'est nécessaire, l'échange d'information en temps réel entre la régulation médicale et le CODIS, sans préjudice de la nécessité pour les services d'incendie et de secours d'intervenir d'initiative dans tout lieu ouvert au public, à commencer par la voie publique, ou en situation de prompt secours.* »

Pour les représentants des sapeurs-pompiers rencontrés par la mission, le critère de la voie publique reste le seul valable pour déterminer qui des SMUR ou des sapeurs-pompiers doit intervenir, et la circulaire de mars 2004 n'est à leur sens pas applicable sur ce point.

En ce qui les concerne, les représentants des médecins urgentistes rencontrés par la mission expliquent que l'intensification des difficultés entre SAMU et SDIS est liée au fait que la circulaire de mars 2004 a supprimé le critère du lieu d'intervention.

La mission observe incidemment que ce critère, s'il présente l'avantage de garantir une réponse rapide et visible à des accidents et incidents dont la gestion peut être rendue plus compliquée par l'environnement (présence de badauds, véhicules...) - voire poser des problèmes d'ordre public qu'un ambulancier privé ne pourra pas résoudre - présente l'inconvénient de donner lieu à de nombreuses interprétations possibles. Il soulève donc, sur le terrain, des questions que seule la bonne volonté des acteurs locaux permet de résoudre (ex : les écoles, les terrains de sport, les locaux commerciaux, les établissements recevant du public relèvent-ils de la « voie publique » ?).

## **II - La situation de concurrence dans laquelle sont les services de secours en charge de l'AMU n'est pas compensée par une coordination efficace**

La circulaire conjointe santé – intérieur du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente a prévu un dispositif local de coopération tripartite (SAMU, sapeurs-pompiers, ambulanciers privés) qui tarde à se déployer tandis que l'interconnexion des centres 15 et 18 reste largement perfectible et que les carences ambulancières continuent à générer des tensions entre acteurs.

### **2.1 Le dispositif de coopération prévu par la circulaire conjointe santé – intérieur de mars 2004 ne se met en place que très lentement**

#### ***2.1.1 La circulaire conjointe santé – intérieur du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente prévoit un dispositif de coopération déconcentrée***

Ce dispositif consiste, contrairement au précédent dispositif issu de deux circulaires datant de 1992 et 1996 qui se limitait à instaurer une coopération bilatérale entre SAMU et SDIS, à confier aux préfets de département la mission de superviser la préparation et la conclusion de conventions tripartites devant définir les conditions opérationnelles de l'AMU entre les SAMU, les SDIS et les ambulanciers privés.

La circulaire prévoyait également un bilan de la mise en œuvre des conventions un an après sa parution ainsi qu'un suivi et une évaluation des conventions aux plans local et national reposant notamment sur :

- des données statistiques relatives à l'origine des appels ayant entraîné des interventions, aux interventions réalisées par tous les acteurs (nombre, délais), au nombre de prompts secours, au nombre de prise en charge par un établissement de santé sans régulation médicale préalable...
- l'organisation des remontées d'informations sur les conventions et les initiatives innovantes par un groupe d'appui national constitué de représentants de la DDSC et de la DHOS chargé par ailleurs répondre aux questions de principe soulevées par les préfets, voire à intervenir en soutien auprès d'eux.

#### ***2.1.2 Deux ans après sa mise en place, ce dispositif n'est que très partiellement entré en application***

En mai 2006, soit deux ans après la parution de la circulaire et malgré un rappel ferme adressé par le ministre de l'intérieur aux préfets en avril 2005, il apparaît, selon les informations fournies à la mission :

- que seulement 34 conventions étaient signées ;
- que ni la DDSC ni la DHOS ne disposaient d'informations et de données statistiques récentes, utiles, consolidées au niveau national et susceptibles d'être croisées quant aux appels reçus des CTA et CRRA, aux interventions (nombre, natures...), etc.
- que moins d'une dizaine de préfets avaient saisi par écrit le groupe d'appui national pour des questions portant pour l'essentiel sur des thèmes liés à la compatibilité entre le prompt secours



et la régulation médicale, à l'autonomie et à l'avenir des moyens santé des SDIS (SSSM), à la possibilité pour les SDIS d'activer un médecin libéral ; aux règles d'intervention dans les lieux publics, à l'engagement des ambulanciers privés dans le secours à victime et au non paiement des carences par les hôpitaux ;

- que le groupe d'appui national était personnellement intervenu dans deux départements, en Corrèze et dans le Gard sans que, s'agissant de ce dernier, le groupe soit parvenu à dégager des réponses satisfaisantes aux problématiques locales.

Enfin, sur le plan de la méthode, la mission observe que les réponses apportées aux préfets par le groupe d'appui national ne sont adressées qu'aux préfets demandeurs et ne donnent donc pas lieu à une capitalisation d'ensemble ni à des projets de modification et d'amélioration de la circulaire.

De façon générale, la mission a pu constater que, en amont des questions de doctrine que la circulaire de 2004 n'a pas toutes réussi à dépasser, la diversité des situations locales, des intérêts et des jeux d'acteurs explique pour une large part le faible nombre de conventions signées. Sans disposer d'informations de contexte précises ni d'éléments de comparaison entre départements susceptibles de dégager des bonnes pratiques, les administrations centrales ne sont en effet pas en mesure d'appréhender les situations locales dans toutes leurs nuances et contradictions ni a fortiori de les prendre en compte dans leurs instructions. Ainsi en va t-il par exemple de l'influence :

- de l'activité plus ou moins soutenue et du volontariat plus ou moins dynamique des sapeurs-pompiers qui, suivant les départements, peut inciter les SDIS à rechercher, ou au contraire à éviter, les missions liées à l'AMU et aux transports sanitaires dans la mesure où l'efficacité de leur maillage territorial en dépend directement, notamment en zone rurale ;
- de l'attitude des élus des conseils d'administration qui, selon les départements, arbitreront différemment entre d'une part le maintien voire l'accroissement de l'activité des SDIS et la garantie qu'elle offre en terme de sécurité des interventions, et d'autre part le complément de ressources que procure la facturation aux hôpitaux de prestations réputées indues (carences ambulancières) ;
- de la plus ou moins grande capacité ou volonté des ambulanciers privés à coopérer dans des territoires où ils sont soumis à des situations socio-économiques très différentes qui influent par ailleurs fortement sur la taille et l'organisation de leurs entreprises (régulation, garde, secteurs...).

### ***2.1.3 Les motifs pour lesquels ce dispositif peine à rentrer en application sont bien identifiés***

Au delà de la diversité des situations locales et de l'absence de remontées d'informations statistiques qui rend toute analyse d'ensemble difficilement objectivable, les motifs de fond de nature technique qui expliquent le retard pris pour la signature de ces conventions semblent désormais être bien connus. Citons, à titre principal :

- les difficultés récurrentes d'interprétation de certains aspects de la doctrine opérationnelle, notamment en matière de prompt secours et de lieux d'intervention (cf. § 1.3) ;
- la difficulté à mettre en œuvre l'obligation d'interconnexion des centres 15 et 18 qui a été soulignée depuis 1994 dans au moins quatre rapports d'inspection<sup>20</sup> ;
- le problème particulier soulevé par l'implication - renforcée par le décret du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire - des ambulanciers privés dans les transports sanitaires d'urgence et, plus généralement, tout ce qui a trait aux « carences ambulancières » objet du rapport conjoint IGA - IGAS de juillet 2004 ;

<sup>20</sup> « Evaluation des centres 15 » / IGAS 1994 ; « Les relations entre les sapeurs-pompiers et le SAMU des Pyrénées orientales à la suite d'un accident de la circulation » / IGA 1994 ; « La coordination des interventions du SDIS et des SAMU du département de la Seine maritime » / IGA - IGAS 2000 ; « le 112, numéro commun aux pays de l'UE pour les appels téléphoniques d'urgence » / IGA 2002 ; "Les carences ambulancières - Facteurs explicatifs : données générales et analyse dans cinq départements" / rapport IGAS - IGA - IDSC 2004.

- la très lente et difficile montée en charge de la permanence des soins en médecine ambulatoire, largement documentée dans le récent rapport IGA – IGAS sur ce thème.

## 2.2 L'obligation d'interconnexion des centres d'appel n'est qu'imparfaitement mise en œuvre tandis que le concept de « plate-forme commune 15 – 18 » ne parvient pas à s'imposer

L'interconnexion des centres d'appels, qui avait été imaginée dès le milieu des années 90 comme « la » solution aux problèmes de coordination entre les centres d'appels des SAMU et des SDIS, semble avoir été réalisée techniquement mais n'est pas systématiquement mise en œuvre dans le processus de choix du vecteur d'intervention. Le concept de « plate forme commune 15 – 18 » conçu ensuite pour intégrer les deux régulations butte pour sa part sur l'absence de définition précise de son contenu et sur différents obstacles techniques ou juridiques qu'un travail commun et une meilleure concertation entre les deux ministères devraient permettre de surmonter.

### 2.2.1 L'interconnexion entre numéros d'urgence, obligatoire depuis 1996, n'est qu'imparfaitement mise en œuvre

Pour tenir compte de l'existence de trois numéros d'appels différents (18, 15 et 17) correspondant à trois services d'urgence différents (sapeurs-pompiers, SAMU et police - gendarmerie) et, s'agissant de l'AMU, de deux centres de réception des appels téléphoniques distincts (CRRA et CTA), l'interconnexion des numéros et des centres d'appels a été inscrite dans les textes<sup>21</sup> et est formellement obligatoire depuis 1996. Une circulaire interministérielle du 12 décembre 1994 relative à l'interconnexion des numéros d'appels d'urgence 15, 17<sup>22</sup> et 18 avait d'ailleurs préalablement précisé :

- la finalité de cette interconnexion téléphonique des trois centres d'appels (15, 17 et 18) qui « doit permettre d'assurer entre les services concernés l'échange immédiat d'informations sur la situation faisant l'objet de l'appel en évitant tout risque de déformation du message... elle vise également la réorientation vers le centre compétent des appels mal orientés ainsi que l'information réciproque des centres sur les opérations en cours ».
- les conditions techniques dans lesquelles elle devait être réalisée : par téléphone en utilisant des lignes France Télécom ou spécialisées afin de mettre en œuvre des dispositifs de conférences à trois (deux centres d'appel et l'appelant) et de transfert de communication.

Sur ce point, la circulaire conjointe santé – intérieur du 29 mars 2004 s'est pour sa part contentée de rappeler l'esprit des dispositions de la circulaire de 1994 sans prendre en compte les évolutions techniques intervenues depuis lors ni chercher à améliorer le processus de régulation médicale préalable et d'échange d'informations dont les rapports d'inspections comme les remontées des informations de terrain soulignent pourtant comme assez largement l'insuffisance<sup>23</sup>.

<sup>21</sup> L1424-44 CGCT : « Le service départemental d'incendie et de secours doit disposer...d'un, ou, si nécessaire, plusieurs centres de traitement de l'alerte, chargés de la réception, du traitement et de la réorientation éventuelle des demandes de secours. Les dispositifs de traitement des appels d'urgence des services d'incendie et de secours sont interconnectés avec les centres de réception et de régulation des appels des unités participant au service d'aide médicale urgente, appelées S.A.M.U., ainsi qu'avec les dispositifs de réception des appels destinés aux services de police. »

L6112-5 CSP : « ... Les services d'aide médicale urgente comportent un centre de réception et de régulation des appels... Les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés dans le respect du secret médical avec les dispositifs de réception des appels destinés aux services de police et aux services d'incendie et de secours. »

<sup>22</sup> On comprend, à la lecture de cette circulaire, que seul comptait réellement la satisfaction du besoin d'interconnexion entre les numéros 15 et 18 et non 15 – 17 ni 18 – 17.

<sup>23</sup> La circulaire conjointe santé – intérieur du 29 mars 2004 se contente en effet de préciser que « tout déclenchement d'une opération de secours à victimes impliquant les deux services doit être accompagné d'une information opérationnelle réciproque » qui « concerne non seulement la retransmission initiale des données d'alerte, mais

La mission n'a pas pu obtenir des administrations centrales concernées une situation d'ensemble précise de l'état des interconnexions CRRA – CTA que seule une enquête France entière permettrait sans doute d'établir. Suivant certains interlocuteurs de la mission, les moyens techniques d'interconnexion (téléphone et/ou radio) seraient opérationnels partout alors que pour d'autres, cet objectif est loin d'être atteint. Quand les moyens techniques sont opérationnels, ils seraient en outre peu ou mal utilisés, notamment au motif que le permanencier du CTA se heurterait trop fréquemment à une impossibilité de joindre le CRRA du fait que la ou les lignes de ce dernier et/ou son permanencier sont occupées ou qu'il n'existe pas de lignes dédiées aux échanges entre CRRA et CTA, les transferts d'appel rentrant alors dans la liste d'attente des CRRA comme un appel ordinaire<sup>24</sup>. Cette situation est aggravée par le fait que le numéro unique d'appel européen 112 est, dans près de trois quarts des cas renvoyé, sur le 18<sup>25</sup>, ce qui induit mécaniquement une augmentation du nombre des transferts d'appels du 18 vers le 15.

### **2.2.2 Le concept de « plate forme commune 15 – 18 » devrait, sous réserve d'une évaluation des différents modèles de plates formes existants, permettre de rendre l'interconnexion effective et opérationnelle**

C'est dans ce contexte que le concept de « plate forme commune 15 – 18 » - promu par plusieurs rapports d'inspection - a progressivement émergé et est apparu comme une réponse possible aux obstacles auxquels se heurtaient la régulation médicale préalable et l'interconnexion.

Selon les informations obtenues auprès de l'inspection de la défense et de la sécurité civiles (IDSC), onze plates formes communes 15 – 18 ont été créées et deux sont en projet sur le territoire métropolitain. Ces plates formes fonctionnent (ou fonctionneront) :

- soit au sein de l'hôpital ou sur une emprise hospitalière pour 4 d'entre elles : Cher, Essonne, Puy de Dôme et projet en Indre-et-Loire ;
- soit dans les locaux du SDIS pour 9 d'entre elles : Corrèze, Ain, Ariège, Aude, Lot-et-Garonne, Maine-et-Loire, Haute-Savoie, Vaucluse et projet du Gers.

Dans ses rapports couvrant la période 2001 – 2005, l'IDSC a recommandé la création de plates formes communes dans 32 départements.

Selon la sous-direction des sapeurs-pompiers de la DDSC, d'autres nouvelles plates formes communes seraient en effet prévues (Alpes-Maritimes, Ardèche, Cantal, Charente-maritime, Gard, , Indre, Indre-et-Loire, Isère, Loire, Manche, Pas-de-Calais, Pyrénées-Atlantiques, Pyrénées-orientales, Saône-et-Loire, Seine-et-Marne, Tarn, Vosges) sans que l'état d'avancement, la nature précise et le lieu d'implantation de ces projets (sauf Indre-et-Loire et Gers précités) soient connus et fassent l'objet d'un suivi et d'un pilotage national conjoint DDSC – DHOS.

Cependant, ni les modalités techniques de réalisation de ces plates formes ni les procédures concrètes de gestion conjointe des appels n'ont été étudiées et arrêtées au niveau national, chaque préfet étant laissé libre de les organiser localement dans le respect des finalités de l'interconnexion. L'adjectif « commune » semble ainsi recouvrir schématiquement trois réalités très différentes d'un site à l'autre, allant (...dans le meilleur des cas) d'une intégration totale de la réception des appels

---

*également le déclenchement des opérations et leur suivi » ; « l'interconnexion ... doit intervenir systématiquement et comporter, chaque fois que c'est possible, le transfert de l'appel ou une conférence téléphonique à trois afin de faciliter la régulation médicale ».*

<sup>24</sup> Il semble sur ce point que le ministère de la santé envisage de procéder prochainement à une enquête nationale quant au nombre de lignes téléphoniques entrantes dont disposent les SAMU et à leur capacité d'extension.

<sup>25</sup> Selon la DDSC, le n° 112 renvoie au n° 18 dans 71 départements et dans 19 départements au n° 15 (les autres départements ayant adopté des plates formes communes).

15 et 18<sup>26</sup> avec permanencier commun à (...dans le pire des cas) des dispositifs de réception des appels totalement distincts et donc toujours aussi séparés que lorsque les centres d'appel l'étaient physiquement. Le troisième type de plate forme commune serait « virtuel » sans que l'on sache précisément ce que recouvre cet adjectif; il consisterait à s'affranchir de la contrainte du rapprochement physique des deux centres d'appels existants grâce notamment à des systèmes d'information partagés.

Au-delà de ces trois modèles qui ont en commun de limiter leur ambition au seul rapprochement – physique ou virtuel - des structures actuelles sans chercher à clarifier le processus général de réception et de traitement des demandes des citoyens – usagers, la mission a eu connaissance d'une solution mise en œuvre à l'étranger, notamment en Grande – Bretagne, consistant à séparer la réception et le tri des appels (front office) du traitement des affaires proprement dit (back office) effectué pour sa part dans une logique métier. Dans cette solution de type « call center », le permanencier du centre d'appel procède à une première et rapide analyse de la demande puis l'oriente aussitôt vers la structure la plus à même d'y répondre : pompier, médecin, hôpital, assistante sociale, psychologue... Il a été rapporté à la mission que ce modèle avait été envisagé lors de la création des centres 15 à la fin des années 80 avec pour opérateur possible les ex Postes et Télécommunications (P&T). La mission observe enfin que ce modèle s'inscrit fidèlement dans la logique du numéro 112 en tant que numéro unique d'appel européen.

Les représentants des médecins urgentistes rencontrés par la mission promeuvent pour leur part une plate forme d'un modèle nouveau et unique en Europe dite « plate forme télé-médicosociale et sanitaire » qui réunirait sur un même plateau, autour d'un centre d'appel et de réception expert le SAMU/Centre 15, la permanence des soins libérale, l'urgence sociale (assurant une prise en charge en instantané ou différée des signalements d'urgence sociale ou psychologique ainsi que la relation avec une expertise psychiatrique ou psychologique), les réseaux d'hospitalisation à domicile, une cellule gériatrique, une cellule de régulation des transferts périnataux, les centrales de réception des signaux médicaux des patients hospitalisés à domicile, les transporteurs sanitaires privés et les centres antipoison lorsqu'ils existent. Cette plate-forme viserait à mettre à disposition une expertise médicale permanente aux différents partenaires de la plate-forme, cette expertise étant assurée par les médecins régulateurs spécialistes de l'urgence des SAMU présents 24 h / 24. Le but affiché est de réunir les compétences, de rationaliser l'offre et l'investissement médico-technique et d'orienter cette offre vers les nouveaux besoins des citoyens. La mission observe que ce modèle n'est pas incompatible, sous réserve de quelques aménagements, avec celui du « call center » précité.

La mission estime à ce stade que la réflexion sur la réception et le traitement des appels doit désormais dépasser la seule question de la plate forme commune et des enjeux institutionnels associés pour, dans une logique plus ample de « secours à personne » et à partir d'une analyse précise des besoins de la population et d'une évaluation des organisations existantes en France et à l'étranger, définir quel serait le processus et l'organisation les plus efficaces en terme de qualité de réponse (délai de réponse à l'appel, pertinence rapidité et efficacité de la pris en charge...).

### ***2.2.3 La définition d'une organisation cible suppose, en tout état de cause, que les missions et compétences des trois acteurs soient clairement fixées et le niveau territorial de ces plates formes défini***

L'organisation cible - plate forme commune 15 – 18 éventuellement élargie à d'autres services ou « call center » renvoyant les appelants vers des plates formes spécialisées – reste un outil dont il convient préalablement de définir l'usage. Les questions non résolues de doctrine et de coordination

<sup>26</sup> Selon les informations fournies à la mission, il n'existerait pas de plate forme commune aux trois numéros 15, 17 et 18, mais seulement quelques cas d'interconnexion entre le 17 et le 18.

des acteurs de l'urgence médicale précédemment exposées par la mission aboutissent en effet à une situation où, de façon très schématique :

- les sapeurs-pompiers font des missions qui excèdent assez largement le secours à victime au sens strict et tel que les textes leur en donnent mission (ex : relevage de personnes âgées ou handicapées à leur domicile ou en maisons de retraite, transports de personnes ne nécessitant pas le recours à leurs moyens lourds) ; ils ont ainsi le sentiment « d'hériter » de missions qu'aucun service organisé, pas plus que les ambulanciers privés et les SMUR, ne peuvent ou ne veulent faire ;
- les SAMU, à travers la régulation médicale, comptent beaucoup sur les moyens d'intervention des sapeurs-pompiers à tel point qu'ils leur ont dans un certain nombre de départements (dont la liste n'a pas été obtenue par la mission) délégué par convention une partie de la réalisation des missions SMUR ;
- les ambulanciers privés soupçonnent les sapeurs-pompiers de se substituer à eux pour certaines interventions qu'ils estiment de leur compétence, et suspectent la régulation médicale assurée par les centres 15 de privilégier à leur détriment les moyens des sapeurs-pompiers.

La valeur ajoutée des plates formes communes ne saurait se limiter à regrouper tous les acteurs du secours à personne dans un même lieu au seul prétexte de créer une culture commune, il importe que, outre les questions techniques qu'elles soulèvent, une réflexion soit conduite sans délai sur le périmètre de compétence et d'intervention des trois acteurs.

Enfin, si les SDIS et les SAMU sont dans l'ensemble tous deux organisés au niveau départemental, une exception a été portée à la connaissance de la mission en Franche-Comté où, sous la contrainte de la démographie médicale, un CRRA régional a été créé et s'est substitué aux 4 CRRA départementaux existants. Un tel décalage entre les organisations fait bien évidemment obstacle à la création de plates formes communes dans chaque département. Pour les représentants des sapeurs-pompiers rencontrés par la mission, une telle régionalisation du CRRA est bien sûr incompatible avec l'organisation départementale des SDIS. Les représentants des médecins urgentistes rencontrés par la mission font pour leur part valoir la nécessité - pour la sécurité des appelants - que les centres 15 obéissent à une logique de masse critique et de concentration d'expertise médicale. Il convient en l'espèce d'évaluer l'intérêt et l'économie de cette solution en terme de service rendu à la population, la mission faisant observer que si elle est antinomique avec le modèle de plate forme départementale commune SAMU – SDIS, elle pourrait cependant d'une certaine façon préfigurer une régionalisation de la réception des appels ouvrant la voie au modèle du « call center ».

#### ***2.2.4 Dans l'hypothèse où l'organisation cible serait une plate forme commune, des réponses de principe doivent être apportées aux questions que posent le choix du lieu d'implantation, l'interopérabilité des systèmes d'information et le respect du secret médical***

De façon générale, il apparaît que la réalisation des plates formes communes rencontre trois obstacles de principe : le choix du lieu de leur implantation (et les contraintes immobilières et financières afférentes), l'absence de systèmes d'information communs aux équipes médicales et aux sapeurs pompiers et les contraintes du secret médical.

La mission n'a pas approfondi la question de la chaîne de responsabilité entre celui qui ordonne et celui qui intervient. Selon certains de ses interlocuteurs, le concept de plate forme commune fait en effet émerger un risque juridique nouveau lié au fait qu'une intervention peut y être ordonnée par le responsable d'un service (ex : le médecin régulateur du SAMU) mais réalisée par les moyens d'un autre (ex : les sapeurs-pompiers). Toutefois, ce risque de mise en cause juridique de la responsabilité des agents de ces plates formes auxquels sont confiées des tâches relevant indifféremment des SDIS ou des SAMU, qui aurait pu constituer un obstacle supplémentaire à leur

création, semble avoir été écarté dans une étude de la direction des libertés publiques et des affaires juridiques (DLPAJ) du ministère de l'intérieur produite en septembre 2005 en réponse à une question soulevée par le préfet d'Indre et Loire. Cette note a décrit les responsabilités respectives des services et de leurs agents y compris lors de collaborations croisées.

- Le choix du lieu d'implantation des plates formes communes se heurte à la volonté des sapeurs-pompiers et des SAMU de conserver chacun leur centre de réception des appels à proximité de leurs implantations actuelles

Le choix d'un lieu d'implantation unique est d'emblée plus compliqué pour les sapeurs-pompiers dans la vingtaine de départements où coexistent plusieurs CTA<sup>27</sup>. Sauf à imaginer, contre tout bon sens, que des CTA pourraient être maintenus dans ces départements à côté de la plate forme commune, la généralisation de telles plates formes devra donc nécessairement se traduire par une réorganisation de la gestion des appels au 18 préalable ou concomitamment à une réduction de près de la moitié du nombre actuel de CTA.

Au-delà même des questions de financement des infrastructures que la mission n'a pas étudiées, SAMU et SDIS avancent par ailleurs chacun, au motif de la synergie avec leurs autres activités, des arguments justifiant que la plate forme commune doit être positionnée dans leurs emprises respectives :

- côté santé, synergie avec les équipes hospitalières, partage des cultures et cohésion des équipes, lissage des pics d'activité SMUR – SAMU, mutualisation des ressources humaines (il arrive encore, dans certains SAMU, que le médecin régulateur assure en même temps d'autres activités au sein de l'hôpital), entretien des compétences par rotation des personnels et possibilité de tutorat par les médecins les plus expérimentés ;
- côté sapeurs-pompiers, synergie avec les moyens opérationnels des centres de secours et/ou avec le CODIS et, là aussi, partage des cultures et cohésion des équipes.

Les éléments dont dispose la mission ne lui permettent pas d'arbitrer ni de faire la part des choses entre les arguments qui relèvent du symbole et d'enjeux institutionnels, et ceux qui relèvent de contraintes réelles véritablement insurmontables ; une balance circonstanciée et documentée des avantages et inconvénients présentés par chacune des deux solutions, complétée par une réflexion sur les systèmes d'information s'avère donc, en l'espèce indispensable.

- L'absence de système d'information commun et la difficulté d'interfacer les systèmes existants constituent un obstacle dirimant à la réalisation de plates formes communes (comme à celles de call center).

Près de dix ans après l'instauration de l'obligation d'interconnexion, la loi de modernisation de la sécurité civile du 13 août 2004 (article 9) a fait évoluer cette obligation en posant le principe non seulement de « *l'interopérabilité des réseaux de communication radioélectriques* » de l'ensemble des services publics qui concourent aux missions de sécurité civile, mais aussi celui de l'interopérabilité des systèmes d'information utilisés par ces services.

Selon les informations obtenues par la mission, seul le chantier de l'interopérabilité des réseaux de communication radioélectriques est aujourd'hui véritablement ouvert à la suite de la parution du décret du 3 février 2006 relatif à l'interopérabilité des réseaux de communication radioélectriques des services publics qui concourent aux missions de sécurité civile, décret pris en application de la

<sup>27</sup> 80 SDIS n'ont qu'un CTA, 6 en ont 2, 2 en ont 3, 2 en ont 5, 1 en a 6, 1 en a 11 (Guadeloupe), 1 en a 20 (la Réunion), 1 en a 21 (le Gard, l'appel d'offre pour la réalisation d'un CTA unique est en cours) et 1 en a 27 (la Gironde, la centralisation est en cours et devrait être achevée en 2007).

loi précitée d'août 2004<sup>28</sup>. Ce chantier interministériel a été repris à son compte par le ministère de l'intérieur sous le nom d'ANTARES, dont le déploiement dans les SDIS est prévu entre 2007 et 2010.

Le chantier de l'interopérabilité des systèmes d'information, en revanche, reste à ouvrir sachant que :

- sauf quelques cas localisés de « bricolage » et peut-être en Indre-et-Loire où il est question que la future plate forme commune dispose d'un système informatique réellement commun entre SAMU et SDIS (avec un dispositif répondant aux contraintes de confidentialité côté SAMU), il semble qu'il n'existe actuellement en service aucun système d'information commun ou inter opérable entre SAMU et sapeurs - pompiers, les CRRA et CTA ayant chacun leur propre système et continuant à échanger entre eux des informations par la voix (téléphone et/ou radio), c'est à dire conformément aux principes d'interconnexion arrêtés en 1994 ;
- au sein de chaque secteur, au moins 3 systèmes d'information différents coexistent<sup>29</sup>, situation qui semble pouvoir être imputée à l'absence de toute norme technique nationale ou de procédure d'achat centralisée ou, à défaut, de tout dispositif central de capitalisation d'expérience susceptible d'aider les services locaux à choisir entre les systèmes existant sur le marché.

Les CRRA et CTA ne peuvent donc pas, en l'état actuel des outils dont ils disposent, se communiquer automatiquement les informations opérationnelles - pourtant essentielles à une coordination efficace - qu'ils saisissent déjà dès la réception d'un appel dans leur système respectif de gestion des appels (identité, coordonnées et localisation de l'appelant...) et d'aide à la décision (géo-localisation, disponibilité, équipements et délais d'intervention des moyens d'intervention notamment). Il convient à cet égard d'observer que la mise au point d'un système d'information commun supposerait un travail préalable d'harmonisation des catégories statistiques de décompte des activités des sapeurs-pompiers et des SAMU.

#### ➤ Le secret médical

Enfin, la collaboration des médecins libéraux et autres professionnels non médecins à la régulation au sein des centres 15 a soulevé deux types de difficulté : la responsabilité des médecins libéraux lors de leur participation à la régulation et le partage d'informations médicales confidentielles et personnelles avec des non médecins (permanenciers).

Sur le premier point, la mission juridique du conseil d'Etat, interrogée par la DHOS, considère que les évolutions législatives et réglementaires récentes ont modifié le rôle de l'administration dans l'organisation de la permanence des soins et de la régulation y compris libérale. Elle conclut que les médecins libéraux appelés à participer à la régulation des appels peuvent se voir reconnaître la qualité de collaborateur occasionnel du service public. Dans le cadre de ces fonctions, ce dernier

<sup>28</sup> Décret du 3 février 2006 - Article 1 : En application de l'article 9 de la loi n° 2004-881 de modernisation de la sécurité civile du 13 août 2004, l'interopérabilité des réseaux de communication radioélectriques des services publics qui concourent aux missions de sécurité civile est assurée par un ensemble de règles et normes techniques dénommé architecture unique des transmissions (AUT). - Article 2 : L'AUT s'applique aux réseaux de communication radioélectriques des moyens nationaux de la sécurité civile, des services d'incendie et de secours, de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris, du bataillon de marins-pompiers de Marseille, de la police nationale, de la gendarmerie nationale ainsi que des services d'aide médicale urgente. - Article 3 Les réseaux de communication radioélectriques exploités par les services visés à l'article 2 du présent décret seront au fur et à mesure de leur renouvellement mis en conformité avec les dispositions de l'AUT.

<sup>29</sup> Les CRRA ont des systèmes d'information fournis par Alcatel pour 36 SDIS (avec les logiciels Vulcain, SIGALE ou Artémis), Systel pour 31 SDIS (avec Start), IMPI pour 14 SDIS (avec GIPSI) et de provenance diverses (dont certains logiciel "maison") pour 7 SDIS.

engage la responsabilité de l'administration qui en assume toutes les conséquences puisqu'elle est chargée de l'organisation de cette activité de service public.

Sur le deuxième point, il est fréquemment reproché des lenteurs dans la transmission des informations entre les différents professionnels au sein même des locaux de régulation. Or l'efficacité et la rapidité de la réponse du médecin régulateur dépendent largement de la qualité des informations recueillies et transmises par le permanencier qui reçoit l'appel. Il faut rappeler les dispositions de l'article L.1110-4 du CSP qui précise « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.*

*Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.*

*Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.*

*Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés...»*

Ces dispositions semblent permettre, sous réserve d'expertise, qu'au sein d'une structure dédiée à la prise en charge des appels, les personnels appelés à y exercer sont tenus au secret professionnel mais que ce secret ne saurait être opposé aux collaborateurs n'appartenant pas aux professions de santé dès lors qu'ils concourent à la chaîne de la prise en charge : réception, accueil, écoute, transmission. En revanche, le type d'information à recueillir et à transmettre par chaque niveau de la régulation doit être protocolisé. Ces protocoles élaborés conjointement par les professionnels concernés devraient être appliqués systématiquement et strictement pour tous les appels. Une traçabilité du respect du protocole par chaque intervenant devrait être prévue et notamment pour permettre de justifier les décisions ou expliquer les éventuels dysfonctionnements. Ces protocoles devraient être actualisés régulièrement. Les personnels (médecins et permanenciers sans oublier les renforts) doivent bénéficier d'une formation initiale et continue pour assurer la qualité du service.

Pour dépasser ces trois obstacles, la mission préconise que, en préalable à la définition d'un ou de plusieurs modèle(s) cible(s) d'organisation (plate forme commune ou « call center ») et de système d'information communs, soit réalisé un travail de typologie des différents modes de conception et de fonctionnement des plates formes communes existantes ainsi que des systèmes d'informations en place, suivi d'une évaluation de ceux-ci en terme d'efficacité, d'efficience, de respect des dispositions en matière de secret médical et d'acceptabilité par les parties prenantes.



## 2.3 La persistance des carences ambulancières illustre la difficulté à coordonner les 3 principaux acteurs de l'AMU

Au-delà des problèmes de régulation médicale et d'interconnexion des centres d'appels, la faiblesse du nombre des conventions tripartites (SDIS, SAMU, ambulanciers) signées dans l'ensemble des départements s'explique aussi par la difficulté récurrente que posent les carences ambulancières<sup>30</sup>. Les graves tensions nées en 2002 entre, d'une part les deux services publics chargés du secours à personne que sont les SAMU et SDIS, d'autre part entre les trois acteurs du transport sanitaire urgent que sont les SAMU, les SDIS et la profession des ambulanciers privés, semblent ne s'être que partiellement apaisées.

### 2.3.1 Les carences ambulancières semblent difficilement réductibles et les tensions qu'elles génèrent entre les acteurs sont persistantes

Même si le nombre de carences recensées par la DHOS dans les départements ayant fourni des chiffres sur la période 2003 à 2005 s'est réduit d'environ 35 % sur cette période, 90 000 carences ont encore été déclarées en 2005 et la situation ne semble toujours pas vraiment maîtrisée.

Les évolutions apparaissent en effet non seulement incohérentes d'un département à l'autre mais également sans lien clair avec la signature ou l'absence de signature des conventions tripartites prévue par la circulaire du 29 mars 2004. Citons, à titre d'exemple :

- une baisse de 91 % du nombre de carences dans le Cher où la convention est signée, mais également de 78 % dans la Drôme et de 60 % dans l'Oise où elle n'est toujours pas signée ;
- à l'opposé, une hausse de 83 % dans la Meuse où la signature de la convention serait en cours, de 107 % en Ile-et-Vilaine et de 59 % en Savoie où les conventions ne sont pas signées.

Dans certains départements, les évolutions dans le temps semblent pour le moins erratiques. Ainsi dans les Alpes de Haute Provence (convention signée), le nombre de carences a augmenté de 44 % de 2003 à 2004, pour baisser de 38 % de 2004 à 2005 ; moins 28 % puis plus 23 % en Dordogne (convention en cours), moins 65 % puis plus 67 % en Gironde (convention signée), plus 179 % puis moins 46 % dans les Landes (convention signée), moins 45 % puis plus 72 % en Haute-Loire (convention signée), moins 64 % puis plus 125 % en Lozère (convention signée), moins 88 % puis plus 1102 % dans le Vaucluse (convention en cours), plus 56 % puis moins 23 % dans l'Essonne (convention en cours).

Enfin, le ratio « nombre de carences / 10 000 habitants », s'il se situe en moyenne nationale autour de 19,5 en 2005, connaît une dispersion très importante puisque 18 départements ont un ratio supérieur à 30 et 23 départements inférieur à 10, sans qu'aucune explication ni étude précise ne permette d'éclairer ces écarts<sup>31</sup>.

<sup>30</sup> Les carences ambulancières au sens de l'article 124 de la loi n° 2002-276 du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité (repris dans le CGCT) sont « 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 1424-2... ».

<sup>31</sup> Ce ratio s'établit ainsi, à titre d'exemple, à 35,3 dans l'Ain (convention signée), 39,8 dans le Cantal, 56,7 dans le Finistère (convention signée), 38,6 en Indre-et-Loire (convention signée), 48,6 dans le Loir-et-Cher (convention en cours), 76,2 dans la Meuse (convention en cours), 56,2 dans l'Oise (convention en cours), 66,5 dans l'Orne, 50,2 en Savoie, mais il chute à 6,2 dans les Alpes de Haute Provence (convention signée), 3,8 en Charente (convention non signée), 5,2 dans le Gard (convention signée), 5,9 dans les Landes (convention signée), 5,9 en Loire Atlantique (convention signée), 3,9 dans les Pyrénées Atlantiques (convention non signée), 7,7 dans le Rhône (convention signée), 1,9 dans les Yvelines (convention en cours).

Les cas de carences résiduelles semblent donc, non seulement assez inexplicables, mais également difficilement réductibles et les facteurs de tensions qui existaient début 2004 lorsque la mission conjointe IGA – IGAS – IGSC s’est intéressée à ce problème restent encore largement d’actualité :

- la mise à la charge de l’hôpital du financement des transports sanitaires par carence effectués par les pompiers (cf. loi du 22 février 2002 relative à la démocratie de proximité) n’est pas un dispositif dissuasif, et la mission a même pu entendre de la bouche de représentants des sapeurs-pompiers que c’était une mauvaise solution et qu’un remboursement direct par l’assurance maladie (préconisé par la mission IGAS – IGA de 2004) réduirait les tensions entre SAMU et SDIS. La prochaine augmentation prévue du tarif (qui passera de 92 à 105 €), même si elle présente l’avantage de rapprocher ce dernier du tarif de remboursement que l’assurance maladie accorde aux ambulanciers privés, ne devrait pas favoriser la réduction de ces tensions ;
- les SAMU et SDIS connaissent une augmentation tendancielle de leur activité (sur le secours à victimes pour les SDIS) dont une partie est le contre coup des changements intervenus dans le secteur libéral, notamment l’absence ou le mauvais fonctionnement de la permanence des soins en médecine ambulatoire ;
- certains SDIS, soucieux de recentrer leurs activités, reprochent aux SAMU / centres 15 de faire appel à leurs moyens pour des missions de transport sanitaire relevant normalement de la compétence des ambulanciers privés, cette attitude recevant un écho favorable d’élus membres des conseils d’administration des SDIS qui estiment pour leur part que les opérations n’entrant pas dans le champ de compétence des sapeurs-pompiers ne relèvent pas du principe de la gratuité des secours et ne doivent donc plus être financées par les collectivités territoriales<sup>32</sup> ;
- les entreprises de transport sanitaire, dont le mode de fonctionnement a été fortement impacté par l’ARTT, l’intégration du temps de garde dans le temps de travail et différentes évolutions tarifaires<sup>33</sup>, n’assurent leur obligation de garde<sup>34</sup> que de façon très inégale d’un département à l’autre.

Il ressort des entretiens qu’a eus la mission que les principaux constats établis en 2004 restent également largement d’actualité :

- la plupart des carences continuent à se produire dans la journée et hors périodes de garde, généralement lors des pics d’activités des ambulanciers liés à leurs activités programmées (aller et retour des malades pour examen, consultation, admission ou sortie des hôpitaux...) ;
- les raisons pour lesquelles, dans certaines circonstances, le CRRA fait appel aux sapeurs-pompiers plutôt qu’aux ambulanciers privés sont souvent légitimes ; elles se partagent entre le délai d’intervention de l’ambulancier que le régulateur peut juger trop long en fonction de l’état de santé du patient (tel qu’il l’a perçu), le choix exprès du régulateur s’il n’arrive pas à bien évaluer la gravité de la situation du patient<sup>35</sup> ou s’il estime nécessaire que l’intervention soit réalisée par une équipe d’au moins trois personnes, la couverture sociale présumée défaillante du malade et, enfin, le souhait express du malade de faire appel aux pompiers (certains médecins régulateurs des centres 15 s’estimant sur ce point tenus déontologiquement de laisser au malade le choix du mode de prise en charge) ;

<sup>32</sup> C’est à ce titre que les remboursements par les hôpitaux sièges de SAMU, ou encore par les sociétés autoroutières de certaines opérations des sapeurs-pompiers, ont été rendus possibles par les modifications du CGCT introduites par la loi "démocratie de proximité".

<sup>33</sup> La LFSS pour 2003 a intégré le financement de la garde ambulancière en contrepartie d’un engagement de mise à disposition exclusive de véhicules sanitaires au profit des centres 15. Fin 2002, les trois principaux régimes d’assurance maladie et deux syndicats d’ambulanciers ont signé une convention nationale organisant les rapports entre les transporteurs sanitaires et les caisses d’assurance maladie, et fixant notamment les tarifs applicables ; cette convention a été complétée le 24 mars 2003 par un avenant instituant un tarif spécifique pour la garde.

<sup>34</sup> Article 13 du décret du 30 novembre 1987.

<sup>35</sup> Les pompiers sont dans une certaine mesure victime de leur succès car les personnels de SAMU ont développé avec le temps une grande confiance dans les sapeurs-pompiers qui assurent un maillage territorial fin, alors que l’hétérogénéité des entreprises de transport sanitaire leur offre moins de garanties. Dans le doute, pour des raisons légitimes, ils préfèrent donc s’en remettre aux premiers.

- certains SDIS, confrontés à une forte augmentation du nombre de sorties de VSAV (qui pèsent essentiellement sur les pompiers volontaires), qualifient de « carence » tout ce qui leur semble relever d'une activité indue<sup>36</sup> : carences d'ambulances privées mais aussi interventions à caractère social telles que accidents du travail, interventions en milieu scolaire, sorties au domicile, transports de malades mentaux, transferts de détenus vers les centres hospitaliers, etc.
- faute d'une définition partagée des critères de ce qui caractérise une carence ambulancière (ex : nombre d'entreprises que le SAMU doit appeler avant de déclarer les ambulanciers indisponibles, délais d'attente en fonction de l'état du patient...), les SDIS et les SAMU ont des pratiques hétérogènes d'un département à l'autre et trouvent difficilement un accord - pourtant indispensable pour autoriser le remboursement de ces carences - sur le nombre d'interventions à facturer à l'hôpital.

Enfin, pas plus que la précédente mission IGAS – IGA de 2004, la présente mission n'a été convaincue du caractère dissuasif du dispositif de facturation des carences instauré en 2003, mais elle estime que le risque persiste que, sous une nouvelle pression d'élus, le tarif des carences - 92 € actuellement et bientôt 105 € - soit régulièrement augmenté et que, le paiement de ces interventions étant laissé à la charge des hôpitaux, ces augmentations exacerbent à nouveau les tensions entre les trois acteurs (SAMU, SDIS et ambulanciers privés).

### ***2.3.2 Les causes de ces tensions sont bien identifiées et certaines des voies de solution proposées restent pertinentes***

Aujourd'hui comme en 2004, le phénomène des carences ambulancières illustre les difficultés persistantes rencontrées par les ministères de la santé et de l'intérieur pour élaborer et imposer une doctrine d'intervention commune aux trois acteurs du transport sanitaire urgent et établir des règles de coopération véritablement opérationnelles. Ces difficultés ont des causes désormais bien connues : atomisation de la profession d'ambulancier ; effectivité toute relative de la permanence ambulancière et difficulté à l'organiser localement (régulation, sectorisation, locaux de garde, financement des dispositifs de géo-localisation...) ; incompatibilité entre le principe de la régulation médicale préalable obligatoire et le prompt secours ; différences entre les règles et principes d'intervention appliqués par chaque acteur<sup>37</sup> ; impossibilité de parvenir à des critères précis et fiables caractérisant une carence ; inadaptation des tarifs et non prise en compte des sorties blanches laissées aux frais des ambulanciers ; coût des dispositifs...

Le rapport IGA – IGAS – IGSC précité formulait un certain nombre de recommandations qui ne semblent pas avoir été investiguées conjointement et de façon approfondie par la DDSC et la DHOS, et encore moins suivies d'effets. La mission souhaite, au vu des entretiens et documents qui lui ont servi de matériau, rappeler, préciser et compléter celles d'entre elles qui lui semblent toujours à la fois d'actualité et en rapport avec son mandat. Elles peuvent être regroupées en deux grandes orientations principales.

Dans les départements où les sapeurs-pompiers sont disponibles et volontaires pour effectuer des missions de transport sanitaire et où l'offre ambulancière ne parvient pas à s'organiser pour répondre aux obligations de la garde (essentiellement dans des zones rurales) :

- inciter les sapeurs-pompiers à s'impliquer dans ces missions et contractualiser en conséquence entre SAMU et SDIS ;

<sup>36</sup> Définir par ailleurs avec précision "l'indu" est un exercice particulièrement difficile compte tenu de la très grande diversité des situations, tant au moment de la prise de l'appel d'urgence par le 15 ou le 18 qu'une fois les moyens de secours parvenus sur les lieux de l'intervention.

<sup>37</sup> Equipages à trois avec ou sans médecin pour les SDIS, équipage adapté à l'état du patient soit deux ou trois et médicalisé ou non pour les SMUR, équipage à deux sans médecin pour les ambulanciers privés.

- étudier la possibilité pour les sapeurs-pompiers d'assurer les carences dans les mêmes conditions techniques et tarifaires que les ambulanciers privés : équipage limité à deux personnes pour les sorties de VSAV (et non trois ou quatre comme il est de règle dans la doctrine officielle de la sécurité civile), possibilité de facturer leurs interventions aux tarifs prévus par l'assurance maladie pour les ambulanciers privés<sup>38</sup>.

Il convient ensuite de définir avec précision et de façon partagée entre les acteurs (conférence de consensus ?) les modalités opérationnelles qui doivent présider à l'application du principe de régulation médicale préalable obligatoire ainsi que les critères de distinction entre les missions de transport sanitaire qui relèvent des sapeurs-pompiers, celles qui relèvent des SMUR et celles qui relèvent des transporteurs sanitaires privés. Une fois ce travail accompli, il serait souhaitable qu'une circulaire conjointe intérieur - santé précise les modalités de dénombrement des carences et organise un système d'échanges réguliers de données d'activité « transports sanitaires urgents » entre SAMU, SDIS et ambulanciers privés.

#### **2.4 La capacité à travailler ensemble des « blancs » et des « rouges » est indirectement influencée par l'attitude plus ou moins coopérative des médecins libéraux dans l'organisation de la permanence des soins**

La permanence des soins libérale revêt le caractère d'une mission d'intérêt général. C'est une obligation réglementée par les pouvoirs publics à laquelle les médecins libéraux doivent participer. Le Préfet de département retient une sectorisation et dispose du pouvoir de réquisition. De fait, comme l'a constaté le rapport récent IGA - IGAS, la permanence des soins fonctionne de manière très inégale selon les territoires et n'est pas assurée dans certains d'entre eux : « l'organisation de la permanence des soins est inachevée ».

La profession s'est organisée pour élargir les secteurs et diminuer le nombre d'astreintes. Elle a mis en place dans certains cas une régulation libérale des appels articulée ou non avec celle du SAMU. Le modèle le plus efficace est celui où les deux régulations (libérale et hospitalière) sont interconnectées avec mutualisation des permanenciers. En ce cas, il y a diminution du nombre d'interventions auprès des appelants et une meilleure utilisation des ressources médicales par une réponse proportionnée au besoin. Toutefois les organisations mises en place sont extrêmement dépendantes de la stabilité des financements.

L'ensemble des autorités, Préfet du département, responsable de la bonne organisation de la permanence des soins libérale, directeur de l'ARH, responsable de l'organisation hospitalière, directeur de l'URCAM qui, aux côtés de l'ARH dans la Mission Régionale de la Santé (MRS) est le financeur de la régulation libérale, ont un intérêt direct et commun à ce qu'elle fonctionne dans les meilleures conditions. Le lieu de concertation est le CODAMUPS.

Cette organisation de la régulation libérale en amont de la régulation hospitalière a pour effet de diminuer la charge pesant sur l'hôpital (directement sur la régulation, indirectement sur les flux de passages aux urgences). Cette orientation est soutenue par les pouvoirs publics dans le cadre du plan urgences et développée dans les SROS III.

Les appels reçus au 18 qui méritent une réponse médicale et qui viennent à être redirigés sur une régulation ainsi organisée trouvent une réponse plus efficace. Cette organisation doit être encouragée. Toutefois, la promotion de tels modes de régulation passe par la production d'une évaluation quantitative et qualitative qui fasse apparaître leur incidence sur les volumes d'appels et sur les prises en charge. Le CODAMUPS est le lieu naturel de cette discussion objectivée.

<sup>38</sup> Ce qui devrait permettre une rémunération supérieure à celle actuellement prévus pour les interventions par carence.

Comme l'a relevé le rapport IGA - IGAS, il existe cependant des situations dans lesquelles la couverture de la permanence des soins n'est pas assurée faute qu'un médecin libéral « effecteur » soit disponible. Ainsi que le recommande le rapport, il y aurait avantage, dans le souci d'éviter un risque pour le patient, à organiser des solutions alternatives. Le préfet (dans le cadre du CODAMUPS) pallierait cette carence en confiant cette prise en charge soit à l'hôpital soit au SDIS avec un financement sur crédits affectés à la permanence des soins libérale.

Permanence des soins – Etat des lieux au 31 décembre 2005

Les résultats de l'enquête à laquelle 100 DDASS ont répondu mettent en évidence que globalement les CODAMUPS se sont réunis et ont arrêté les sectorisations (93 départements, un arrêté de sectorisation a été pris au 31/12/2005 et 5 départements ont pris leur arrêté début 2006. 1 département a indiqué que cet arrêté était en cours d'élaboration), et les cahiers des charges sont dans la plupart des départements en cours d'élaboration ou de validation. Néanmoins subsistent encore des secteurs non couverts :

- pour les périodes « Dimanches et jours fériés », les 96 départements répondants indiquent que 142 secteurs ne sont pas couverts par un médecin libéral ;
- pour les périodes de 20h à 24h, les 91 départements répondants indiquent que 128 secteurs ne sont pas couverts par un médecin libéral ;
- les 89 départements répondants indiquent que 422 secteurs ne sont pas couverts par un médecin libéral après minuit (soit 19% des secteurs) ;
- 48 départements indiquent une couverture de 100% en seconde partie de nuits.

S'agissant de la régulation des appels de permanence des soins, 2183 médecins libéraux dans 70 départements participent à la régulation des appels de permanence des soins :

- dans 52 départements, cette régulation s'effectue au sein du SAMU ;
- dans 42 départements, cette régulation est organisée de façon autonome dans le centre 15 ;
- dans 13 départements, cette régulation est organisée de façon distincte du centre 15.

Des conventions « établissement siège de SAMU / Centre d'appel » se mettent progressivement en place : au 31/12/2005, 43 conventions ont été signées, 22 autres sont en cours de signature.

L'association la plus sollicitée est SOS Médecins.

Toutefois des réquisitions sont encore prises : pour la période de septembre à décembre, des réquisitions ont été effectuées dans 30 départements et ont concerné 3 838 médecins pour couvrir 5 167 périodes (dimanche et jours fériés/20h-24h/24h-8h). Mais deux départements (Gard et Ille et Vilaine) qui ont réquisitionné sur l'ensemble des périodes concentrent à eux deux 69% du nombre de périodes couvertes par une réquisition préfectorale. Hors ces deux départements, 20 départements ont réquisitionné en deuxième partie de nuit, pour un total de 830 réquisitions sur la période, soit une moyenne de 207 réquisitions par mois, soit près de 10 réquisitions par mois et par département.

S'agissant de l'information aux usagers sur les modalités d'organisation du dispositif : 36 départements ont établi une campagne de presse pour informer les usagers sur les modalités d'organisation du dispositif. Par ailleurs, cette information a été délivrée dans 47 départements par les cabinets libéraux

Source : DHOS

### III - Une planification et une coordination des moyens qui relèvent de logiques et de niveaux de responsabilité distincts.

En termes d'aménagement du territoire, le choix des implantations et l'organisation des moyens obéissent à des logiques différentes qui ne sont pas compensées par des mécanismes de coordination entre les acteurs. Plus particulièrement, en ce qui concerne les « blancs » et les « rouges », leurs outils de planification respectifs s'inscrivent dans des cadres conceptuels différents.

#### 3.1 Les outils de planification des deux principaux acteurs obéissent à des logiques étanches : Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) pour les SMUR, Schémas Départementaux d'Analyse et de Couverture des Risques pour les SDIS (SDACR).

Les SROS sont rédigés dans une logique de rationalisation des moyens. L'approche nouvelle - les SROS de 3ème génération - est celle de la définition des besoins de santé par territoire et, partant, de l'adaptation de l'offre.

##### 3.1.1 *Le SROS met d'abord l'accent sur la rationalisation des moyens hospitaliers.*

Les SROS ont évolué pour être désormais de « troisième génération ». L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé marque ainsi une mutation : il s'agit de passer d'un système d'encadrement de l'offre de soins par des indices administratifs à une régulation basée sur les besoins et l'activité réels, concertée et contractualisée avec les établissements. Ainsi, la carte sanitaire et les secteurs afférents sont supprimés au profit d'une notion de territoire de santé et de projet médical de territoire, dont l'analyse devient nettement plus pluridisciplinaire et les objectifs finaux en termes quantitatifs largement contractualisés avec l'ARH. Ces territoires, pour reprendre la circulaire DHOS du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération (pour la période 2006-2011), « *doivent correspondre à un exercice collectif et interprofessionnel sur lesquels s'organise la permanence des soins* ».

Comme précédemment, et en dépit d'une méthode accordant une plus grande place à la concertation et à la contractualisation, une annexe au SROS précise sur la base d'une analyse critique de l'adéquation de l'offre de soins aux besoins de santé, les objectifs quantitatifs des différentes activités sur chacun des nouveaux territoires et les transformations, regroupements et coopérations nécessaires à la réalisation du SROS.

L'arrêté du 27 avril 2004 du ministre de la Santé, pris en application de l'article L. 6121-1 du code de la santé publique, fixe les matières devant obligatoirement figurer au SROS, « *la prise en charge des urgences et l'articulation avec la permanence des soins* » y figure – ce que l'on appelle plus communément « le volet urgence des SROS ».

Ainsi, en matière d'urgences, les nouveaux SROS sont censés s'articuler autour de deux grands axes

- premier axe<sup>39</sup> qui reprend les objectifs du « plan Urgences » formalisés dans la circulaire du 16 avril 2003 et qui s'inscrit délibérément dans une logique de réseau et de complémentarité du tissu hospitalier :
  - articuler la permanence des soins et les services des urgences ;
  - développer la mise en réseau des professionnels de l'urgence ;
  - obtenir l'implication des établissements de santé dans la prise en charge des urgences et dans l'organisation de l'aval ;
  - mettre en place des filières adaptées à certaines pathologies ou population ;
  - mettre en place un dispositif d'évaluation des urgences
  
- un deuxième axe plus spécifiquement dédié au transport sanitaire dont la philosophie est de renforcer ceux-ci et d'organiser des filières directes pour transférer les patients au bon endroit sans « perte de chance ». L'idée est de repenser avec les SAMU les transports sanitaires dans le souci de garantir une sécurité et une équité dans l'accès aux soins H24 et, par conséquent, de répartir les ambulances, les SMUR et les moyens hélicoptérés en tenant compte de l'accessibilité géographique et des délais de transfert. Dans cette logique, les fameuses « courbes isochrones »<sup>40</sup> restent la première méthode pour modéliser un sous-espace au sein du territoire médical, en délimitant des aires de recrutement théoriques autour des structures d'offres de soins accessibles dans un rayon distance-temps (la courbe isochrone étant en général fixée à 20 minutes,<sup>41</sup> parfois 30 minutes, délai maximal accepté pour la prise en charge d'une urgence).

S'ajoute désormais une logique de « filière », par pathologie par exemple, pour assurer le plus de chance à un patient. L'exemple de l'infarctus du myocarde est fréquemment cité : le taux de mortalité est de 8% seulement lorsque la prise en charge est immédiate sur le site comporte un acte médical de haute technicité (mise en route du traitement thrombolytique) préalable et concomitante au transport sanitaire et orientation vers un établissement possédant un plateau technique adapté pour les explorations coronaires H24). Le taux de mortalité monte à 15% lorsque le patient atteint d'un infarctus est pris en charge comme n'importe quel autre patient nécessitant un transport sanitaire d'urgence.

Mais ces évolutions du SROS continuent de s'inscrire dans le contexte de la rationalisation de l'offre de soins selon une vision hospitalière, même si les phénomènes de synergie sont favorisés. Somme toute, elles permettent de mieux coordonner les opérations au regard du tissu hospitalier présent au sein de la nouvelle aire du « territoire médical » qui se substitue au secteur, et de favoriser un fonctionnement en réseau. Elles ne font pas pour autant sortir le volet urgences du SROS du cadre hospitalier : la concertation avec les SDIS (ainsi que les CODAMU/PS) n'est évoquée à aucun endroit si ce n'est en précisant que « *l'organisation et la répartition territoriale des transports sanitaires, médicalisés ou non, doivent être articulées avec le SROS*<sup>42</sup> ».

Les deux décrets du 22 mai 2006 déjà mentionnés renforcent la nécessaire coordination des acteurs à partir du lieu même de la détresse et l'organisation de filières de prise en charge doit être prévue dès l'amont.

<sup>39</sup> Qui, il est vrai, concerne plutôt les services d'urgence (les SAU) proprement dits.

<sup>40</sup> Auxquelles s'adjoignent de nouvelles méthodes plus affinées comme les polygones de Thiessen et les aires de Reilly.

<sup>41</sup> On notera que dans les SDACR, les courbes isochrones se situent plutôt sur la ligne des 10 à 20 minutes.

<sup>42</sup> Circulaire du 5 mars 2004 sus-citée.

### 3.1.2 *Le SDACR correspond à un maillage territorial guidé par l'analyse des risques et les contraintes du volontariat*

Les SDACR ne sont pas les « SROS des pompiers ». En effet, ils ne partent pas de l'analyse de l'offre existante mais des risques catalogués par nature et par poids relatif dans les interventions recensées des sapeurs-pompiers. Ainsi, aux termes de l'article L 1424-7 du CGCT, « *un schéma départemental d'analyse et de couverture des risques dresse l'inventaire des risques de toute nature pour la sécurité des personnes et des biens auxquels doivent faire face les services d'incendie et de secours dans le département et détermine les objectifs de couverture de ces risques par ceux-ci* ». Ce schéma a un impact direct sur l'organisation matérielle et humaine du SDIS puisque, d'une part, « *l'organisation territoriale du service départemental d'incendie et de secours tient compte du schéma départemental*<sup>43</sup> (...) », et que, d'autre part, le règlement opérationnel du SDIS, qui « *fixe les consignes opérationnelles (...) et détermine obligatoirement l'effectif minimum et les matériels nécessaires*<sup>44</sup> » doit s'appuyer sur le SDACR pour la fixation de ces objectifs quantitatifs. Concrètement, cela signifie que le SDACR recense les risques par catégorie (et en fait une analyse statistique) et que le règlement opérationnel ensuite détermine le nombre et la taille des centres de secours ainsi que les effectifs et le matériel. Le SDACR va enfin énumérer le nombre de personnels professionnels et volontaires par centre de secours, la liste et la catégorie de véhicules qui lui sont attribuées, etc.

A la lecture d'un exemple de SDACR<sup>45</sup>, on notera que même si le secours aux personnes représente la plus grande partie des interventions (dans ce cas particulier, le nombre d'interventions labellisées « secours à personne » augmente de 74,9 % entre 1994 et 2004, et leur part relative dans l'activité totale du SDIS bondit de 52,7 % à 75,2 % sur la même période), le schéma analyse également les risques incendies et les risques technologiques, allouant donc les moyens aussi en fonction de ces risques.

On notera également que les méthodes d'analyse des risques peuvent diverger de la méthodologie des SROS. Par exemple, les courbes isochrones pour calculer les aires d'accessibilité ne s'appuient pas nécessairement sur les mêmes valeurs. Le SDACR 74 utilise par exemple des courbes de 10 et de 20 minutes. On rappellera également que les comptages statistiques des interventions, même pour la catégorie du « secours à personne », ne recoupent pas les catégories utilisées par les SAMU.

L'autre élément qui influence le SDACR et l'allocation des moyens humains qui en découle dans le règlement opérationnel est la distribution du volontariat. Comme dans d'autres secteurs en France, le volontariat a tendance à se tarir. De 2.893 en 1993, les sapeurs-pompiers volontaires ne sont plus que 2.671 en 2004 ; inversement, le nombre de pompiers professionnels a été multiplié par 2,6 en onze ans dans ce département puisque leur effectif est passé sur la même période de 174 ETP à 445 ETP. Néanmoins, l'on ne saurait parler d'un phénomène de « vases communicants », l'augmentation des effectifs professionnels ne compensant pas la diminution des effectifs volontaires au regard de l'accroissement général de l'activité. Ainsi, le nombre moyen d'heures d'intervention des pompiers volontaires est de 62,75 heures pour l'année 2004 alors que le nombre moyen d'heures d'intervention des pompiers professionnels est de 216, soit en dessous d'un facteur quatre par rapport aux pompiers volontaires. Cependant, dans les centres de première intervention ne disposant pas de VSAV, le nombre d'heures par pompier volontaire chute à 28,17. En Haute-Savoie, un pompier volontaire affecté dans un centre de secours sans VSAV (donc ne participant pas aux missions de transport sanitaire) effectue huit fois moins d'interventions qu'un pompier professionnel alors que, s'il est affecté dans un centre avec VSAV, la proportion est inférieure à quatre fois moins.

<sup>43</sup> Article R 1424-1 CGCT.

<sup>44</sup> Article R 1424-42 CGCT. A noter également que c'est ce même article qui fixe à 3 ou 4 l'équipage des VSAV.

<sup>45</sup> Haute-Savoie.



Cela signifie donc que les pompiers volontaires, en zone rurale notamment, représentent une part significative des missions de secours à personne, et que l'organisation territoriale des SDIS doit en tenir compte dans un contexte de tension à la baisse du volontariat (compatibilité avec la profession, tension sur les jours de ouvrables dans les plages travaillées, baisse du nombre de candidats). Ceci est d'autant plus sensible que la répartition des effectifs professionnels n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire du SDIS, les pompiers professionnels étant presque tous affectés à l'état-major et dans les centres de secours des zones urbaines ou périurbaines. En termes d'aménagement du territoire, ce sont donc les zones rurales qui font face aux plus grandes tensions.

Les SDACR et les règlements opérationnels qui les déclinent doivent donc trouver des solutions pour pallier les risques analysés et les problèmes de maillage découlant de la baisse du recrutement de pompiers volontaires. Ce sont les deux principaux axes de problématique des SDACR qui diffèrent ainsi des logiques présidant à l'élaboration des SROS et des projets médicaux de territoire.

### **3.2 Des responsables de la planification situés à des niveaux territoriaux distincts que rien n'incite à se coordonner.**

La planification hospitalière relève d'une autorité régionale; l'allocation des moyens des pompiers est strictement départementale. Leur point d'intersection, qui touche à l'AMU et au « secours à personne », connaît un seul mécanisme de coordination, insuffisant en l'état actuel.

#### ***3.2.1 L'échelon régional est le lieu de décision pour les SROS alors que l'échelon départemental, partagé entre le préfet et le conseil général, est le lieu de décision pour le SDACR.***

Les SROS sont arrêtés pour 5 ans à l'issue d'une phase de consultation et de concertation qui, aux termes de la circulaire DHOS du 5 mars 2004, doit aussi associer le plus largement possible les élus, les usagers et les associations. Il n'en reste pas moins que, in fine, c'est le directeur de l'ARH qui arrête le SROS et qui valide les contrats passés avec les établissements de santé (ou des groupes d'établissement, selon le contenu du projet médical de territoire, pour chaque territoire<sup>46</sup>) fixant les objectifs d'évolution quantitatifs contraignants pour eux. La logique d'ensemble est régionale, ainsi que l'échelon de décision. Le pilotage en exécution se situe plutôt au niveau du nouveau territoire de santé – qui ne correspond à aucune circonscription administrative mais pourrait être défini comme un territoire qui correspond à un zonage qui a sa propre logique en matière d'offre de soins. Les limites géographiques du département ne sont donc plus pertinentes en l'espèce.

Les SDACR, eux, sont également d'une durée de 5 ans mais ne sont pas calés sur le rythme des SROS, se situent dans une logique strictement départementale et leur calendrier d'élaboration n'est pas coordonné au niveau national. Ils le sont par nature puisque les SDACR et les règlements opérationnels consistent d'abord à allouer les moyens en hommes et en matériels de chaque SDIS. Aucune référence particulière n'est faite aux SDIS mitoyens ; au demeurant, la mise en commun de moyens au plan interdépartemental existe chez les pompiers mais elle ne concerne pas les activités quotidiennes du secours à personne<sup>47</sup>.

<sup>46</sup> Rappelons que la carte sanitaire et les secteurs sanitaires sont supprimés.

<sup>47</sup> Les SDIS du Sud-Est de la France ont ainsi une entente interdépartementale pour faire face à l'accroissement des feux en saison estivale ; les différents plans de secours, comme le plan ORSEC, prévoient également des mises en commun temporaires de moyens pour faire face à des situations de crise (catastrophes naturelles, accidents industriels...).

Toutefois, à la différence des SROS et du rôle de la commission exécutive et du directeur de l'ARH, il n'y a pas pour les SDACR de décideur unique. Formellement, aux termes de l'article L 1424-7 du code général des collectivités territoriales, le préfet arrête le SDACR ; mais il l'arrête après avoir recueilli l'avis conforme du conseil d'administration du SDIS concerné et l'avis du conseil général. Or les représentants du conseil général sont majoritaires au conseil d'administration du SDIS, l'on peut donc parler de compétence partagée, même si le préfet est seul décisionnaire en matière de règlement opérationnel<sup>48</sup>. Le SDACR est seulement présenté au collège des chefs de services déconcentrés.

Enfin, les SDACR sont « statiques » en ce qu'ils analysent les risques par catégorie et en déduisent l'organisation territoriale du SDIS : il n'y a pas d'objectifs évolutifs déterminés par voie contractuelle comme c'est le cas pour les conventions entre l'ARH et les établissements ou groupes d'établissements dans le SROS.

### ***3.2.2 Il n'existe presque aucun mécanisme de coordination au regard de la dimension « secours à personne ».***

Il n'existe aucun mécanisme formel d'articulation ou de coordination entre le volet urgences du SROS, d'une part, et les SDACR de la région, d'autre part. Il n'existe pas non plus de mécanisme formel qui permettrait à des instances départementales comme les CODAMUPS d'examiner le volet urgences des SROS<sup>49</sup>, même si le directeur de l'ARH est membre de droit des nouveaux CODAMUPS et que le DDASS exerce dans le département une double compétence au titre de l'ARH et au titre du préfet.

La réalité est toutefois légèrement plus nuancée sur le terrain. Ainsi, la circulaire d'application des SROS précise que « *l'articulation entre les soins hospitaliers, le secteur ambulatoire et les services médico-sociaux doit faire l'objet d'un travail spécifique en lien avec tous les acteurs concernés, institutions et organismes compétents (...)* » et, dans son chapitre consacré aux urgences, elle précise que « *l'organisation et la répartition territoriale des transports sanitaires, médicalisés ou non, doivent être articulées avec le SROS (...)* ». Si ces formules sont évidemment très vagues et ressortent d'une simple circulaire, les acteurs concernés, les préfets notamment, se manifestent parfois spontanément auprès de l'ARH sur des points particuliers qu'ils souhaitent évoquer. Par exemple, dans une lettre du 18 mai 2006, un préfet écrit au directeur de l'ARH pour contester le rattachement d'une zone urbaine de son département, mitoyenne du chef-lieu du département voisin, au centre 15 de ce département voisin, en expliquant qu'il s'y oppose en tant que responsable opérationnel des secours dans son département : rattacher une partie de son territoire à un centre 15 d'un autre département introduirait une dualité de procédures qui ne serait pas en cohérence avec l'organisation territoriale des secours.

Mais cet exemple illustre précisément la différence de logique et l'absence de coordination réelle. Comme les effets concrets des SROS s'appliquent dans les territoires de santé qui ne se superposent pas avec les circonscriptions administratives, sur la question de l'urgence et de la permanence des soins, les problèmes de compatibilité avec la logique départementale des SDACR sont fréquents.

<sup>48</sup> L'article R 1424-42 attribue au préfet la compétence d'arrêter le règlement opérationnel après avoir simplement consulté les comités paritaires et le conseil d'administration. Mais il doit s'appuyer sur le SDACR pour fixer les effectifs minimum et les matériels nécessaires.

<sup>49</sup> La mission s'est étonnée de trouver cité, dans une lettre adressée par un préfet à son directeur d'ARH, un article R 6123-18 du CSP qui, selon le préfet, permettrait au CODAMUPS de « *délibérer sur le volet urgences du SROS* ». L'article référencé, après vérification, ne concerne en rien le SROS ou le CODAMUPS, il évoque l'accueil des patients dans les services d'urgence des hôpitaux. Aucune disposition législative ou réglementaire ne prévoit explicitement que le CODAMUPS soit saisi sur le volet urgences du SROS de référence.

Dans la pratique, le CODAMUPS intervient surtout sur des sujets d'organisation opérationnelle de niveau départemental et sur des thèmes liés à la médecine libérale, aux transports sanitaires (coordination opérationnelle entre SAMU et SDIS, permanence des soins sous les aspects garde et sectorisation, autorisation de transports sanitaires, garde et sectorisation ambulancières...) et aux plans d'urgence. Il ne joue donc pas de rôle en matière de planification des moyens. La présence dans ce comité du directeur de l'ARH (ou de son représentant), du DDASS (qui peut aussi représenter le directeur de l'ARH, seul ou avec la personne désignée par lui) et du directeur du SDIS ne débouche donc pas nécessairement sur un dialogue ou une concertation sur la planification des moyens relevant par ailleurs du volet urgences du SROS et du SDACR.

## **IV - Le « secours à personne » peut devenir un concept opératoire sous réserve que la doctrine et les outils évoluent, que les ressources soient mutualisées et qu'un pilotage interministériel soit instauré**

Parvenue au terme de ses investigations et en préalable à ses recommandations, la mission souhaite souligner qu'elle considère qu'il n'existe pas, a priori, de modèle unique d'organisation et de coordination des acteurs. Le contexte très contrasté des départements (démographie, urbanisation, ruralité, équipements routiers, topographie...) justifie que plusieurs types de réponses puissent coexister. A partir des préconisations de la mission, des formules plus ou moins intégrées peuvent donc être retenues en fonction des situations locales.

### **4.1 Dépasser les obstacles conceptuels et organisationnels actuels**

Au terme de son analyse, il apparaît à la mission que, si l'on veut théoriser sur la notion de « secours à personne » comme le suggère le titre de la lettre de mission, il faut pouvoir s'affranchir d'au moins quatre faiblesses qui caractérisent la pensée actuelle. Pensée dont on peut dire, de façon très schématique, qu'elle est :

- excessivement bornée et cloisonnée par les deux notions juridiques « d'aide médicale urgente » portée par le CSP et de « secours à personnes victimes ... » portée par le CGCT ;
- entravée par les enjeux institutionnels et la concurrence sous jacente à laquelle se livrent de fait les deux services publics compétents en matière de médicalisation des secours et de réception des appels (SAMU et sapeurs-pompiers), sans que l'intérêt général qu'ils partagent parvienne à les fédérer ;
- enfermée dans une représentation qui oppose services publics (SAMU, SDIS et financeurs publics) et moyens privés (ambulanciers, médecins libéraux) ;
- davantage centrée sur des concepts opératoires (prompt secours, régulation médicale préalable...) et les questions de « territoire » qu'ils soulèvent (lieux d'intervention...) que sur une analyse et une prise en compte tant de l'intérêt et des besoins du citoyen – usager que des facteurs d'environnement susceptibles d'influer sur le cours des choses (démographie, risques de catastrophes et menaces sanitaires...).

Eriger la notion de « secours à personne » en concept à part entière, voire en politique publique spécifique, suppose donc de s'extraire des catégories juridiques et mentales existantes, de dépasser les cloisonnements institutionnels, organisationnels et financiers pour qualifier l'urgence en réfléchissant à des solutions visant :

- à lui donner un contenu plus précis et plus large ;
- à mieux organiser entre ministères et entre services les modalités du pilotage et la définition des doctrines opérationnelles ;
- à reconnaître le rôle et les contraintes propres de la médicalisation des secours ;
- à mutualiser des ressources devenues rares et chères (médecins, sapeurs-pompiers volontaires, véhicules d'intervention...) ;
- et à articuler entre eux les outils de planification.

C'est le sens de préconisations concrètes et des travaux d'analyse complémentaires que suggère la mission dans la suite de cette partie du rapport.

La mission ne prétend pas pour autant que ses propositions épuisent le sujet, ne serait-ce que parce que, faute de temps et de matériau, elle n'a pas pu prendre en compte certaines de ces dimensions. Elle ne peut, à cet égard, que souligner le fait que les problématiques qu'elle a synthétisées

s'inscrivent dans un contexte marqué par des tendances lourdes qu'il convient d'avoir présentes à l'esprit lorsque l'on traite du secours à personne :

- un besoin croissant en transport sanitaire induit tant par le vieillissement général de la population<sup>50</sup> que par les perspectives de la démographie médicale (réduction de l'offre de soins en zone rurale, permanence des soins ambulatoires défaillante ...) et par la rationalisation de l'offre hospitalière (réduction du nombre et regroupement des plateaux techniques...);
- la menace latente de crises sanitaires (SRAS, grippe aviaire...), d'attentats terroristes, d'accidents de grande ampleur, de catastrophes naturelles et/ou climatiques (canicule, grands froids, avalanches, inondations...) ou technologiques (pollutions, accidents industriels...)<sup>51</sup> qui appelle de la part des pouvoirs publics un effort soutenu et croissant de scénarisation des risques, de conception, d'anticipation et de planification des réponses ;
- une demande sociale croissante vis-à-vis de l'ensemble des services de secours et d'urgence qui s'exprime aussi bien en terme de qualité de service (délais, accueil, suites...) que de capacité à apporter des réponses sur des champs de plus en plus variés (santé et prise en charge psychique, transports, soutien social...);
- la prégnance des logiques d'aménagement du territoire qui, au nom du principe d'égalité d'accès aux services publics, rend nécessaire des réponses adaptées à la situation géographique, démographique, économique et sociale de « bassins de vie » dont les contours varient en fonction des besoins (territoires de santé, bassins d'emploi...);
- une évolution vers des techniques de prise en charge de plus en plus sophistiquées sur le lieu même de ramassage du patient, notamment pour certaines pathologies (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral...);
- l'émergence de la télésanté qui, couplée avec la constitution de réseaux d'établissements de santé, permet en situation d'urgence médicale de réaliser certains éléments de diagnostic ou de faire du conseil à distance, et donc d'améliorer l'accès aux soins et la réactivité des équipes techniques ;
- enfin, la « judiciarisation » croissante de la société qui n'épargne pas les métiers du secours et ne peut qu'inciter leurs acteurs de terrain à maîtriser la prise de risque.

Autant de sujets qu'une véritable réflexion d'ensemble sur le « secours à personne » et le volet « aide médicale urgente » devra donc prendre en considération et intégrer dans une vision prospective et comparative (étude des pratiques et modèles étrangers). Les spécificités du dispositif français doivent être appréciées au regard des gains en terme de survie, de pertes de chance ou de séquelles liées au type de prise en charge. Il convient de se focaliser en priorité sur des outils d'amélioration de la qualité du service rendu comme l'élaboration d'un lexique, le comptage des appels, le suivi des délais d'intervention, la mesure de la qualité et de l'efficacité des interventions et des moyens utilisés, et de mettre en place sans délai des catégories homogènes de relevés statistiques entre les différents services.

<sup>50</sup> La population âgée étant, par hypothèse, moins mobile. L'expérience de la canicule 2003 a notamment démontré que, dans ces circonstances, il fallait s'attendre à voir augmenter la demande de transports sanitaires, en particulier entre domicile et hôpital. Dans le cas de la canicule, où les personnes âgées étaient les plus touchées, 90 % des interventions des sapeurs-pompiers ont en particulier eu lieu au domicile des victimes et non en institutions.

<sup>51</sup> Se reporter sur ce point à l'essai de typologie des menaces et crises élaboré par les auteurs du tout récent rapport d'étape sur la mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire cité parmi les sources documentaires de la mission.

## 4.2 **Faire avancer de front la définition d'une doctrine opérationnelle partagée et la mise en place de plates formes communes**

Sous l'angle plus particulier de la doctrine opérationnelle, le besoin d'une évolution rapide est apparu comme indispensable et la distance restant à franchir si courte que la mission s'est engagée jusqu'à formuler ce que pourraient être les objectifs précis des évolutions souhaitables et, à travers le « comment », des propositions de plan d'action. Les deux chantiers identifiés par la mission - la doctrine opérationnelle et l'organisation cible pour la réception et le traitement des appels - sont à conduire en parallèle car ils sont très liés et ont vocation à s'épauler l'un l'autre.

### 4.2.1 *Définir une doctrine opérationnelle commune et réellement partagée*

L'objectif est de dépasser le compromis instauré par la circulaire de 2004 :

- en précisant les règles d'intervention : critères de choix de l'effecteur<sup>52</sup>, composition des équipages (à adapter à la nature des interventions...);
- en définissant précisément les procédures associées aux concepts : régulation médicale obligatoire, situation et critères de dérogation à cette obligation (prompt secours)...
- en déterminant précisément le rôle des SSSM et en réaffirmant leur subordination fonctionnelle à la régulation médicale lorsqu'ils concourent à la médicalisation des secours (cf. article R.1424-24 du CGCT) ;
- en élaborant une nomenclature commune de suivi de l'activité des CRRA et CTA (nombre d'appels, nature, délais de prise de ligne, suites, délais d'intervention, nombre d'interventions, temps / homme d'intervention ...) inspirée du dispositif prévu en annexe à la circulaire de 2004 - et des moyens d'interventions (SMUR, VSAV...) associée à une remontée effective des informations vers les préfets, les ARH et les deux directions d'administration centrale concernées (DDSC et DHOS).

Le « comment » pourrait consister à :

- capitaliser sur les travaux déjà réalisés par le groupe d'appui permanent DDSC – DHOS à compléter par une évaluation des bonnes et des mauvaises pratiques ;
- élaborer et formaliser un référentiel partagé de procédures : conférence de consensus ? mission d'appui inter inspections ? ...

### 4.2.2 *Evaluer les plates formes communes existantes, définir un ou des modèles cible(s) et les déployer*

L'objectif est de définir puis de généraliser à échéance moyen terme (5 ans ?) une organisation cible (plate forme commune physique et/ou virtuelle, « call center ») reposant sur des outils partagés et/ou inter opérables et tenant en compte des éléments de contexte propres à chaque département.

Le « comment » pourrait consister à :

- évaluer les 11 plates formes existantes en termes d'efficacité de la réponse aux usagers et d'efficience du dispositif sur la base d'une analyse prenant systématiquement en compte les

<sup>52</sup> L'effecteur est constitué de l'ensemble des moyens envoyés en intervention (médecin, infirmier, type de véhicule).

éléments de contexte expliquant la situation actuelle<sup>53</sup>. A cet égard le cas de la région Franche – Comté ou de régions qui, comme elle, aurait un CRRRA unique, devra être pris en compte dans cette évaluation, notamment sous l’angle de son articulation avec l’organisation départementale des sapeurs-pompiers et celle, par territoire de santé, des SMUR, ainsi que de sa capacité à gérer les contraintes liées à la distance entre le centre de décision et le lieu de l’intervention.

- étudier l’efficacité et la transférabilité (y compris sous l’angle de la responsabilité juridique) - voire l’expérimentation - du modèle de centre de réception et de traitement d’appels « front office – back office » existant en Grande – Bretagne (« call center »), notamment quant aux compétences requises des permanenciers ;
- évaluer les systèmes de communication et d’information existants dans les SAMU et SDIS en matière de gestion des appels entrants et d’aide à la prise de décision des centres d’appels ainsi, dans les SAMU, que les systèmes d’aide à la gestion de la permanence ambulancière et de la permanence des soins (géo localisation des effecteurs, alerte, suivi de l’intervention, retour d’information...) ;
- en déduire des modèles de processus et d’organisations permettant d’opter, selon le contexte, soit pour une plate-forme co-localisée avec le SAMU ou avec le SDIS ou virtuelle, soit pour le « call center ». Il conviendra de veiller à ce que ce processus-cible :
  - soit compatible avec les règles (ou identifier les aménagements à prévoir à ces règles) du secret médical et du prompt secours « rénové » (priorité dans l’usage des moyens, temps d’intervention...) ;
  - arbitre, dans l’hypothèse plate forme commune, entre les contraintes de proximité mises en avant par les SAMU (synergie avec l’accueil des urgences et l’hôpital...) et les sapeurs-pompiers (synergie avec les centres d’intervention, les SDIS...) ;
  - intègre le besoin d’une coordination et/ou d’une interconnexion entre d’une part la régulation médicale, et d’autre part la permanence ambulancière et la permanence des soins ;
- établir pour chaque modèle de solutions un cahier des charges type faisant apparaître ce qui relève de principes d’application uniforme au niveau national et ce qui peut le cas échéant faire l’objet d’adaptations au niveau local ;
- dégager une stratégie de convergence des systèmes d’information existants et/ou d’équipement en systèmes d’information nouveaux s’appuyant, si nécessaire, sur des modes de financement innovants (partenariat public – privé /PPP ?) ;
- définir un plan de financement associant toutes les parties prenantes : Etat, collectivités locales, assurance maladie, professionnels, prestataires (hypothèse PPP) et, ce faisant, un échéancier de déploiement ;
- mobiliser les préfets de départements, ARH et SDIS en les incitant à travailler davantage ensemble sur ce sujet selon un calendrier précis en s’appuyant sur les DDASS (dans leur double fonction chef de service déconcentré subordonné au préfet et de représentant de l’ARH) et sur les chefs de SDIS ;
- veiller, dans chaque département, à ce que le cahier des charges type précité soit décliné dans une convention précisant les aménagements liés aux contextes locaux et que le plan de financement soit décliné dans une convention de financement associant tous les financeurs.

<sup>53</sup> Historique des relations et des organisations, zone urbaine ou rurale, démographie médicale et du volontariat sapeurs-pompiers, localisation géographique des SDIS et SAMU, structure et niveau d’organisation de la profession d’ambulancier, fonctionnement de la permanence des soins, implication des responsables et élus, rôle des CODAMUPS – TS, existence de conventions SMUR – SAMU pour les transports primaires et secondaires, systèmes d’information et d’aide à la prise de décision...

## 4.3 Mutualiser et optimiser les ressources

### 4.3.1 Mutualiser les ressources médicales

La mission constate et déplore la dispersion des moyens humains qui semble s'instaurer à propos des conditions d'emploi des médecins et infirmiers des SSSM puisque :

- un certain nombre de médecins de SSSM sont libéraux et, en participant aux SSSM, contribuent probablement à réduire la ressource disponible pour la permanence des soins en médecine ambulatoire ;
- un certain nombre des médecins et infirmiers concernés appartiennent au personnel médical des hôpitaux voire, en leur sein, au personnel des SAMU eux-mêmes, ce qui induit des contraintes supplémentaires d'organisation du travail pour ces établissements en raison de la disponibilité attachée au statut de pompier volontaire ;
- certains SSSM se sont enfin dotés de protocoles autorisant leurs infirmiers à faire, dans le cadre des interventions pilotés par les SDIS, des gestes médicaux qui vont au-delà de ceux relevant de leur mission traditionnelle de secourisme et qui ne seraient pas systématiquement mis en œuvre sous l'autorité du médecin régulateur ni validés par la société française de médecine d'urgence.

La mission invite les autorités de tutelle des SAMU et des SDIS à s'interroger sur les motivations des médecins et infirmiers, notamment hospitaliers, qui s'investissent autant dans les SSSM.

Compte tenu du contexte actuel et des perspectives en matière de démographie médicale et de volontariat des sapeurs-pompiers, il convient d'étudier différentes pistes possibles de mutualisation et d'optimisation de la ressource médicale, notamment :

- en analysant précisément les conditions d'emploi et les motivations des médecins et infirmiers pompiers volontaires des SSSM ainsi que les conditions techniques dans lesquelles ils assurent d'ores et déjà dans certains départements la prise en charge médicale des victimes pour rechercher, là où la démographie médicale est la plus tendue et sous l'autorité fonctionnelle de la régulation médicale, une optimisation des compétences et des ressources avec les médecins et infirmiers des SAMU et de la médecine libérale. Une telle optimisation supposera par ailleurs un effort de formation et des mécanismes de rémunération attractifs ;
- en explorant de façon critique et partagée entre SAMU et SDIS les possibilités offertes par la fonction de médecin correspondant de SAMU<sup>54</sup> - fonction confortée par les récents décrets « urgence » - notamment sous l'angle des compétences requises et de son attractivité pour des médecins libéraux, salariés et de SSSM volontaires pour les exercer.

### 4.3.2 Faire davantage appel aux compétences paramédicales

L'optimisation des compétences pourrait, sur la base des pratiques en vigueur dans certains pays étrangers (Pays-Bas, Royaume Uni) et de règles déjà adoptées en France par les sapeurs-pompiers en application du décret du 11 février 2002 relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (Indre et Loire, Pas de calais...), reposer sur une implication plus grande des infirmiers à condition que cette implication soit strictement encadrée par des règles reconnues et

<sup>54</sup> Les médecins correspondants du SAMU (médecins libéraux, médecins SMUR ou médecins de pompiers) interviennent en principe en territoire isolé et sont formés à l'urgence, formation dispensée et validée sous l'autorité d'un service hospitalo-universitaire de référence. Ils disposent d'un équipement minimum (télécommunications, matériels de réanimation, notamment un défibrillateur). Pour ne pas risquer d'engendrer des délais supplémentaires d'accès au SMUR, la procédure de déclenchement des médecins correspondants SAMU sur des cas graves, appréciés par le médecin régulateur, doit comporter le déclenchement systématique et simultané du SMUR le plus proche. Ce SMUR sera, ensuite, soit confirmé, soit annulé, par le médecin régulateur, dès réception du premier bilan du médecin correspondant SAMU.



approuvée en médecine d'urgence. Les infirmiers des SAMU et des centres d'intervention des sapeurs-pompiers pourraient à cet effet se voir autoriser, dans le cadre de protocoles établis par référence aux articles 3, 6, 7 et 13 de ce décret et en complément des gestes de secourisme, à réaliser des gestes spécifiques en dehors de la présence d'un médecin. Cette pratique de délégation devra être localement validée a minima par le SAMU<sup>55</sup>.

L'optimisation de la ressource paramédicale pourrait également consister :

- dans le cadre des modèles de plates formes communes dont la mission recommande par ailleurs l'étude, à mutualiser la fonction de permanencier, en préalable à une possible évolution vers un corps unique de permanenciers ;
- sur la base de la dérogation prévue au dernier alinéa de l'article L424-42 du CGCT, à autoriser les sapeurs-pompiers, dans certaines situations (relevage de personne, transport sanitaire par carence...), à adapter en le réduisant à deux l'équipage des VSAV et VSAB.

### 4.3.3 Optimiser l'usage des moyens humains et matériels

Le concept français de régulation médicale est essentiellement conçu pour optimiser les moyens des SAMU et déclencher, seulement dans les cas les plus graves et pour les détresses vitales, un moyen du SMUR qui intervient alors avec un médecin formé à la médecine d'urgence. Centré sur les moyens d'intervention hospitaliers, ce concept ne tient donc qu'accessoirement compte de la nécessité d'optimiser également les autres moyens qui sont ceux relevant des médecins libéraux, des sapeurs-pompiers et des ambulanciers privés. L'intégration dans les SAMU / CRRA de deux régulations « annexes » que sont la régulation de la permanence de la médecine ambulatoire et de la régulation de la permanence ambulancière devrait améliorer la qualité d'ensemble de la régulation médicale à condition que les sapeurs-pompiers soient eux-mêmes plus étroitement associés à cette régulation.

S'agissant de la participation des sapeurs-pompiers aux missions de transports sanitaires qui, en conformité avec le terme « d'évacuation » figurant à l'article L.1424-2 du CGCT, ne sont bien souvent que la continuation des missions de secours qu'ils assurent déjà, la mission préconise d'autoriser formellement, voire d'inciter, les SDIS volontaires dont l'activité le permet à participer à ces missions. La définition actuelle du transport sanitaire telle qu'elle figure à l'article L.6312-1 du code de la santé publique n'interdit d'ailleurs pas une telle évolution : « *transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins et de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transport terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet* »<sup>56</sup>. Dans cette hypothèse, une réflexion devra parallèlement être engagée sur la rémunération des SDIS pour de telles missions et sur un éventuel alignement de cette rémunération sur celle des ambulanciers privés. A tout le moins, il convient, là où les deux services le souhaitent, de promouvoir la possibilité offerte au SAMU – comme c'est déjà le cas dans plusieurs départements, de conventionner avec le SDIS tout ou partie des missions de transport sanitaire qui incombent réglementairement aux SMUR.

DHOS et DDSC devraient par ailleurs s'attacher à la bonne gestion du parc d'hélicoptères en s'assurant de la complémentarité de ses moyens.

<sup>55</sup> Voir à cet égard, les modalités prévues dans le protocole de soins d'urgence applicables par les infirmiers sapeurs-pompiers d'Indre et Loire pour les interventions de secours et de soins d'urgence.

<sup>56</sup> Dans les textes en vigueur, le transport sanitaire relève d'entreprises de transport sanitaire agréées. Pour être agréées, ces entreprises doivent disposer de personnels munis de certificats de capacité d'ambulancier (CCA) en nombre suffisant et de véhicules de catégorie A (ambulance de réanimation) ou C (transport couché). Elles ont alors le droit d'exploiter des véhicules sanitaires légers (VSL) réservés au transport assis.

#### 4.4 Généraliser le 112 comme numéro d'urgence unique pour le secours à personne et engager une réflexion prospective sur la possibilité d'y adjoindre des secours d'une autre nature

##### 4.4.1 Fixer officiellement comme objectif d'abandonner les numéros 15 et 18 au profit du 112, numéro européen d'appel unique, selon un calendrier lié à celui du déploiement des nouvelles organisations cibles que proposent la mission et aux délais nécessaires pour y préparer l'opinion publique

Deux facteurs militent désormais pour que le numéro 112 soit désigné comme étant le numéro unique d'appel national :

- la coexistence du numéro 112 avec les deux numéros dédiés que sont les numéros 15 (urgence médicale) et 18 (urgence générique) présente plus d'inconvénients que d'avantages : elle brouille bien évidemment le message vis-à-vis des usagers dont, dans un contexte où les voyages et déplacements entre pays (notamment communautaires) étant désormais fréquents et banals, on voit mal pourquoi ils devraient connaître et pourraient utiliser des numéros d'urgence différents selon qu'ils sont résidents ou non résidents ; elle entretient en outre chez l'utilisateur l'idée qu'il est apte à faire lui-même un diagnostic de la situation justifiant son appel, voire de choisir son « prestataire » en fonction du présumé qu'il a quant à la qualité du service rendu ;
- ériger les plates formes communes telles que le préconise la mission en modèle d'organisation et assurer leur développement à moyen terme passe nécessairement par une mesure claire, de portée à la fois symbolique et technique, consistant à mieux coordonner les SAMU et sapeurs-pompiers via un système d'appel commun, mesure qui présenterait par ailleurs l'avantage de sortir ces deux acteurs de la logique d'enjeu de pouvoir mentionnée par le rapport IGA – IGPN – IDSC de 2002<sup>57</sup> (« le 112 numéro commun aux pays de l'Union pour les appels téléphoniques d'urgence »).

La mission recommande donc que, en fonction du calendrier qui sera adopté pour l'expérimentation et le déploiement de modèles d'organisation cible de réception et de traitement des appels, l'objectif de renoncer aux numéros 15 et 18 au profit du 112, numéro européen d'appel unique approuvé par le gouvernement français, soit affirmé au niveau politique, et que le temps nécessaire à cette réforme soit mis à profit pour y préparer l'opinion publique. Cette préconisation va en outre dans le sens du modèle d'organisation « call center » et n'est en outre pas exclusive d'une formule partiellement « automatisée » de ce type de centres où le 112 peut être assorti d'un répondeur automatique permettant de faire un pré tri entre les appels (langue de l'appelant, nature générique de son besoin...).

##### 4.4.2 Lancer une étude sur l'intérêt et les conditions d'une extension du 112 à la réception d'appels motivés par l'urgence sociale en général

Les obligations européennes ne définissent pas précisément la nature de l'urgence à laquelle le 112, « numéro d'appel d'urgence unique européen », doit répondre, et rien ne s'oppose donc, si la qualité du service rendu devait y gagner, à ce que, à terme, ce numéro devienne celui d'urgences autres que celles relevant de l'aide médicale urgente et du secours à victimes<sup>58</sup>.

<sup>57</sup> Dans environ 80 % de cas, ce serait au profit des CTA qui serait réalisée la bascule des appels au 112.

<sup>58</sup> Alors que le 112 a dès l'origine été prévu pour joindre non seulement les SAMU et les sapeurs-pompiers mais également la police, selon les informations obtenus par la mission, les cas où cette dernière est effectivement concernée et bénéficierait d'une interconnexion seraient marginaux et seuls des CTA disposeraient de la possibilité de s'interconnecter avec le 17, en temps que de besoin et au cas par cas.

La question se pose en effet de savoir si l'on peut laisser sans réponse claire et univoque la demande téléphonique sociale croissante qui aboutit actuellement aux CRRA et CTA ; demande qui, selon les SAMU et les sapeurs-pompiers, participerait à la saturation de leurs lignes et de leurs permanenciers et les amèneraient même parfois à effectuer des interventions qui ne relèveraient pas de leurs missions. S'il n'est en effet pas dans le rôle et les missions des SAMU et des sapeurs-pompiers de prendre en compte et de satisfaire cette demande sociale, a fortiori lorsqu'elle induit une suractivité qui pèse sur les capacités opérationnelle de ces services et les éloigne de leur cœur de métier, la réponse à cette demande ne peut cependant pas faire l'économie d'une réflexion d'ensemble sur l'efficacité et l'efficience des systèmes actuels et leur évolution souhaitable au regard tant des attentes des usagers que des contraintes juridiques, notamment européennes.

La mission préconise donc que le CNSC commande une étude destinée à réfléchir à une telle évolution. Cette étude semblerait pouvoir comporter deux volets :

- l'un à dominante statistique et sociologique sur les comportements et les attentes du public en matière de réponse téléphonique à ses besoins urgents, qui viserait notamment à analyser les données existantes sur la nature et le volume des appels reçus, re-routés et traités par les principaux numéros d'urgence existants, numéros qu'il conviendra d'ailleurs de commencer par recenser (urgence sociale via l'actuel n° 115, enfance maltraitée via l'actuel n° 119, lutte contre les discriminations via l'actuel 114, tentatives de suicides, empoisonnements...);
- l'autre à dominante technique sur l'intérêt (efficacité, efficience), la faisabilité et les modalités possibles d'une extension du numéro 112 aux autres types d'urgences que le secours à personne (plate forme commune et polyvalente ? interconnexion ? front office de permanenciers polyvalents dans les centres d'appels renvoyant à des centres spécialisés de traitement des appels en back office ? ...).

Il conviendra en outre que les auteurs de cette étude gardent présent à l'esprit que, depuis la directive « service universel » 2002/22/CE du 7 mars 2002 concernant le service universel et les droits des utilisateurs au regard des réseaux et services de communication électroniques, le numéro 112 est assorti, en plus de l'obligation de garantir la gratuité de son appel à l'appelant quel que soit le poste téléphonique utilisé, d'obligations diverses qui lui confèrent, ainsi qu'aux services qui lui sont ou seront associés, une nature très marquée de service public : les informations concernant la position de l'appelant doivent être mises à disposition des services d'urgence ; la réception et l'utilisation de ces informations doivent respecter la législation communautaire en matière de traitement des données personnelles et un traitement simultané de plusieurs langues devra progressivement être mis en place.

#### **4.5 Conforter, valoriser et aider la profession d'ambulancier à s'organiser**

Les contraintes induites tant par la démographie médicale que par la rationalisation des moyens et du nombre des plateaux techniques des établissements hospitaliers et par la gestion de crises (attentats, catastrophes industrielles ou naturelles, pandémie...) vont à l'évidence dans le sens d'un accroissement des besoins généraux de transports sanitaires programmés comme non programmés. Sauf à imaginer de créer un grand service public du transport sanitaire, hypothèse économiquement et politiquement peu réaliste dans le contexte financier actuel de la branche maladie, les ambulanciers privés sont appelés à devenir de véritables auxiliaires de santé et de sécurité civile auxquels il convient donc de reconnaître une véritable mission de service public. Cette mission a d'ailleurs été d'une certaine façon préfigurée par l'obligation de continuité de prise en charge des patients que met à leur charge le décret du 23 juillet 2003 modifiant l'article 13 du décret du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres<sup>59</sup>.

<sup>59</sup> « Afin de garantir la continuité de prise en charge des patients pendant les périodes définies par arrêté du ministre chargé de la santé, une garde des transports sanitaires est assurée sur l'ensemble d territoire départemental. »

La profession de transporteur sanitaire est cependant très atomisée<sup>60</sup> et les difficultés que certains préfets rencontrent pour faire émerger des représentants des ambulanciers capables de parler au nom de l'ensemble des professionnels du département et de les représenter légitimement dans des instances – associations ou syndicats – chargées d'organiser la garde départementale, montrent à quel point il est nécessaire d'aider cette profession à s'organiser.

La mission suggère donc que le CNSC initie une réflexion interministérielle sur ce que pourrait être une politique spécifique visant à organiser la profession d'ambulancier dans le sens de la meilleure adéquation possible de l'offre aux besoins de la population, de la recherche de qualité du service rendu au meilleur coût et de la prise en compte des facteurs de contexte qui lui sont propres (rural / urbain, tissu d'entreprises familiales / grandes entreprises, surface des zones de garde et difficultés de circulation / temps d'intervention...). Une telle politique devra nécessairement, comme c'est déjà le cas pour les médecins, inclure des mesures d'incitation destinées à orienter l'offre en fonction des caractéristiques socioéconomiques des territoires : incitation à une concentration plus ou moins forte des entreprises selon que l'on se situe en zone urbaine ou rurale ; mécanismes d'incitation des professionnels à s'organiser pour faire face aux pics de demande programmée (coordination entre transporteurs) et aux contraintes de la garde (mutualisation de la réception des appels, le cas échéant, régulation colocalisée avec celle du CRRA et de la permanence des soins en médecine ambulatoire ; locaux de garde ; normalisation et aide au financement de moyens de communication radio et de dispositifs de géo-localisation des véhicules et des lieux d'intervention...). Certaines de ces mesures, ainsi que la création de mécanismes plus justes et incitatifs de rémunération des transports non programmés, ont déjà été préconisées par l'IGA et l'IGAS dans leur rapport conjoint sur les carences ambulancières.

#### 4.6 Renforcer et rationaliser le pilotage de l'AMU aux niveaux national et territorial

En l'état du diagnostic fait par la mission à partir des rapports qu'elle a consultés, la qualité de la coordination des acteurs du secours à personne, si elle dépend pour beaucoup, en temps « ordinaire », de la bonne volonté de ces derniers au niveau local, ne peut pas être considérée comme acquise en cas de survenance de catastrophes, d'attentats ou de crise sanitaire majeure. Comme l'a en effet souligné le rapport IGAS sur la « mission d'expertise et d'évaluation du système de santé pendant la canicule 2003 », cette coordination impose de tout mettre en œuvre pour réduire le risque systémique de cloisonnement entre administrations centrales et déconcentrées du ministère de la santé, mais aussi entre ministères et avec les services de terrain.

En terme d'organisation territoriale, le renforcement de la régionalisation du système de santé, évolution d'ores et déjà acquise, conditionnera toute réflexion à venir sur le niveau pertinent de la planification et de l'emploi des moyens de secours.

##### 4.6.1 *Au niveau territorial, faire des CODAMUPS, le point de rencontre entre le volet urgence du SROS et le SDACR*

De façon immédiate, la mission suggère que la reprise d'autorisation des services d'urgence que les ARH doivent organiser dans l'année suivant l'entrée en vigueur des SROS III pourrait être l'occasion de mieux articuler, de façon pragmatique et rapide, les moyens SMUR et pompiers.

<sup>60</sup> Selon une étude réalisée en 1998 à la demande de la direction de la sécurité sociale, 52 % des entreprises de transports sanitaires ne possédaient qu'une seule ambulance et les 3 quarts de ces entreprises réalisaient un chiffre d'affaires inférieur à 0,21 ME (correspondant à environ 11 sorties par jour calendaire) tandis que seulement 5 entreprises réalisaient un chiffre d'affaires supérieur à 1,5 ME. En 2001, les 5 474 entreprises de transports sanitaires de France exploitaient 12 300 ambulances et 16 700 VSL.

Pour l'avenir, la mission insiste sur la nécessité, pour le préfet comme pour le directeur d'ARH, de disposer d'une visibilité complète sur les moyens et leur implantation, que ces moyens relèvent du SDIS ou des établissements de santé. Elle préconise donc :

- d'inclure, au stade de l'élaboration ou de la prochaine révision du volet urgence du SROS, les sapeurs-pompiers dans les groupes de travail ad-hoc de l'ARH, et réciproquement s'agissant du SDACR ;
- d'organiser la consultation des CODAMUPS des départements de la région concernée sur le volet urgences du SROS et sur les SDACR ;
- de rappeler le rôle des DDASS pour assurer la prise en compte des objectifs du SROS dans les organisations départementales prévues par le SDACR et la permanence des soins.

Une mesure plus contraignante pourrait consister à ce que :

- après consultation du CODAMUPS, le préfet soit tenu de formaliser son avis sur le volet « urgences » du SROS avant de l'adresser au directeur de l'ARH ;
- le directeur de l'ARH soit également tenu de formaliser son avis sur le SDACR avant que celui-ci ne soit arrêté.

#### **4.6.2 Au niveau national, créer une instance permanente et dédiée de coordination entre la DDSC et la DHOS**

Le manque de concertation, de remontées et d'échanges d'informations et de coordination entre les deux directions des deux ministères impliquées au premier chef dans l'aide médicale urgente est apparue comme un facteur défavorable à un traitement efficace de certains des problèmes soulevés, et souvent récurrents (modalités de l'interconnexion, création de plates-formes communes, rôle des SSSM dans l'AMU, définition des critères des carences ambulancières...). La mission préconise de pérenniser et de renforcer le groupe d'appui voire de créer une instance centrale permanente interministérielle et dédiée de coordination DDSC – DHOS composée de chargés de mission permanents ; cette instance légère pourrait notamment être chargée :

- de consolider les données et statistiques de l'AMU et du secours d'urgence au niveau national ;
- de veiller à ce que les instructions internes à chaque ministère soient conformes aux circulaires conjointes et que toute évolution de doctrine soit reprise dans ces circulaires (donc nécessairement sous double timbre) ;
- de superviser le chantier de l'interopérabilité des systèmes d'information de gestion des appels et d'aide à la décision des CRRA et CTA<sup>61</sup> ;
- de veiller à la cohérence entre les doctrines opérationnelles et méthodes de coordination existant, d'une part entre le droit commun des départements métropolitains et les deux cas particuliers que sont l'agglomération parisienne et la ville de Marseille, et d'autre part entre la métropole et les départements et territoires d'outre-mer.

La mission a pu incidemment constater la faiblesse en nombre des personnels de la DHOS en charge du suivi de ces dossiers (moins de 2 ETP), et elle souhaite souligner tant les enjeux portés par cette direction que les propositions qu'elle fait supposeraient qu'ils soient notablement renforcés.

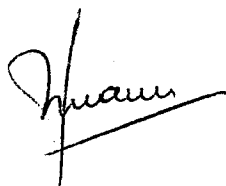
La DHOS a informé la mission de la création prochaine, annoncée publiquement début juin par le ministre de la santé, d'une instance nationale chargée de fédérer les CODAMUPS et d'instaurer un dialogue avec les élus au niveau national, le « comité national de l'aide médicale d'urgence et de la

<sup>61</sup> Il convient à cet égard d'observer que le volet informatique du plan « urgences » 2003 – 2008 mis en œuvre par le ministère de la santé (mesures n° 15 / informatisation des urgences et n° 16 / système régional d'informatisation des urgences) induit sans doute des contraintes supplémentaires de compatibilité entre systèmes d'information qu'il conviendra d'intégrer à la réflexion sur les voies et moyens d'une convergence ou d'un partage de ces systèmes.

permanence des soins » (CONAMUPS). Ce comité se distinguera du conseil national de la sécurité civile (CNSC) dans sa composition du fait qu'il regroupera l'ensemble des professionnels de santé (y compris : pharmaciens, dentistes, kiné) ; selon la DHOS, sa création est d'autant plus nécessaire que la CNAMTS a récemment signé avec les pharmaciens une convention organisant leur garde et que cette convention devra être relayée au niveau départemental par la CODAMUPS dont la composition sera modifiée en conséquence. La mission recommande donc que les deux administrations centrales concernées s'appuient sur le CNSC et le futur CONAMUPS pour assurer l'appropriation, la validation et la diffusion des orientations nouvelles et des plans d'action associés.

S'agissant de l'amélioration de la gestion opérationnelle, il conviendra enfin de rester attentif aux conclusions de la mission déjà citée mandatée en mars 2006 par le ministre de la santé et des solidarités pour évaluer et expertiser la veille sanitaire. Son rapport final doit être publié dans la deuxième partie du mois de juillet 2006.

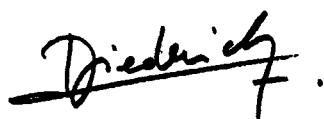
Huguette MAUSS



Vincent MAYMIL



Membres de l'Inspection générale des affaires sociales



Olivier DIEDERICHS



Jean-Marie PAULOT

Membres de l'Inspection générale de l'administration

**ANNEXES**

## Liste des annexes

- **Annexe 1** : note du ministère de l'intérieur – direction de la défense et de la sécurité civile du 27 mars 2006 relative au secours à personne valant mandat pour la mission IGAS – IGA ;
- **Annexe 2** : liste des personnes rencontrées par la mission et des principales sources documentaires utilisées par celle-ci ;
- **Annexe 3** : protocole de soins d'urgence applicables par les infirmiers sapeurs-pompiers d'Indre et Loire lors des interventions de secours et de soins d'urgence.



**Annexe 1 : Note du ministère de l'intérieur – direction de la  
défense et de la sécurité civile du 27 mars 2006 relative au  
secours à personne valant mandat pour la mission  
IGAS-IGA**



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR  
ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE

Paris, le 27 mars 2006

DIRECTION DE LA DÉFENSE ET DE LA SÉCURITÉ CIVILES

**LE SECOURS A PERSONNE****I/ La victime, les acteurs et la doctrine**

Conformément aux dispositions de l'article L.6311-1 du code de la santé publique, « 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 quelques endroits qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état. »

L'organisation de l'aide médicale urgente s'inscrit donc dans une démarche d'organisation de l'accès aux soins et de prise en charge de ces demandes de soins urgents, dont l'efficacité de la réponse nécessite l'action coordonnée des différents acteurs des urgences pré hospitalières : SAMU , SMUR , SDIS , associations, ambulanciers.

De manière globale, il convient d'engager une évaluation des doctrines en plaçant le patient au centre des organisations. A cet égard, le couple patient/médecin doit être appréhendé, dans l'intérêt du citoyen en situation de détresse, en acceptant de s'interroger sur la robustesse de nos doctrines opérationnelles.

**II/ La coordination des acteurs**

La régulation médicale (CRRA) est le point nodal du secours à personne. Le médecin régulateur est en effet garant de la réponse médicale apportée face à une situation de détresse. Il dispose pour ce faire d'un panel large de réponses allant du simple conseil, en passant par la mobilisation des médecins libéraux pour aller jusqu'à l'engagement d'un moyen (SMUR, sapeurs-pompiers, associations, ambulanciers...). La plus value que constitue l'expertise du médecin régulateur est reconnue par l'ensemble des acteurs de l'urgence.

L'efficacité de l'aide médicale urgente face aux situations de détresse dépend de la qualité et de la rapidité de l'échange d'information entre les centres de réception des appels d'urgence chargés d'organiser les opérations de secours et de la coordination entre l'ensemble des acteurs. Pour ce faire, le principe d'interconnexion des services d'urgence a été inscrit dans le CGCT et dans le code de la santé publique .

L'évolution du dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire et celle des comportements de la population à l'égard du système de soins ont généré un transfert de charge substantiel vers les CRRA. Cette charge importante pesant sur les SAMU ne leur permet pas d'éviter un certain engorgement sur certaines plages horaires.

**Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées par la mission et des principales sources documentaires utilisées par celle-ci**

## Les sources de la mission

### 1. Liste des personnes rencontrées par la mission

#### **Ministère de la santé**

Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) :

- M. Revel, sous-directrice de l'organisation du système de soins ;
- V. Billaud, chef du bureau "organisation générale de l'offre régionale de soins" et L. Nivet, adjointe au chef de bureau ;

#### **Ministère de l'Intérieur :**

Conseil National de Sécurité Civile (CNSC) : préfet A. Gehin, vice-président

Direction de la défense et de la sécurité civiles (DDSC) :

- H. Masse, directeur ;
- B. Cadiot, sous-directeur des sapeurs-pompiers et des acteurs du secours ;
- H. Julien, conseiller santé ;
- P. Deschamps, chef du bureau des services d'incendie et de secours ;
- B. Mazeau, adjoint au chef du bureau des services d'incendie et de secours.

Inspection de la défense et de la sécurité civiles : colonel Fleury, chef de l'inspection.

C. de Lavernée, préfet des Yvelines et ancien directeur de la DDSC.

#### **Cour des comptes**

D. Cultiaux, conseiller maître en service extraordinaire, chargé d'une mission sur les urgences médicales en France.

#### **Fédération nationale des sapeurs-pompiers**

Colonel Vignon, président, ainsi que le médecin chef Basseti et les lieutenant-colonel Lincheneau et Franoz.

#### **SAMU de France**

Marc Giroud, président.

#### **Société française de médecine d'urgence**

Docteur Goldstein, président.

**Annexe 3 : Protocole de soins d'urgence applicables par les  
infirmiers sapeurs-pompiers d'Indre et Loire lors des  
interventions de secours et de soins d'urgence**

Tours le 1<sup>er</sup> janvier 2005



**Service de Santé et de Secours Médical**

**PROTOCOLES DE SOINS D'URGENCE  
APPLICABLES PAR LES INFIRMIERS(ES) SAPEUR-POMPIERS  
LORS DES INTERVENTIONS DE SECOURS ET DE SOINS D'URGENCE**

**DISPOSITIONS GENERALES**

Le Médecin-Chef du Service de Santé et de Secours Médical (S.S.S.M.) du Service Départemental d'Incendie et de Secours d'Indre et Loire (S.D.I.S.), conformément au Décret 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, en particulier aux articles suivants :

Article 3

« Dans le cadre du rôle propre l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie. Dans ce cadre il peut élaborer des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative ».

Article 6

« ... L'infirmier est habilité à pratiquer les actes suivants ...en application d'un protocole écrit qualitatif et quantitatif préalablement établi daté et signé par un médecin ». Notamment :

- Pose de voie veineuse périphérique
- Injection et perfusion de produits sauf produits d'origine humaine nécessitant.....
- Aérosol médicamenteux

Article 7

« L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques dans le cadre des protocoles préétablis datés et signés par un médecin ».

Article 13

« En l'absence de médecin, l'infirmier 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. Les actes accomplis dans ce cadre doivent obligatoirement faire l'objet 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 décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin ».

décide de la mise en place de protocoles permettant la réalisation de gestes spécifiques à la qualification professionnelle des infirmiers sapeurs-pompiers, en dehors de la présence d'un médecin et dans le cadre des missions du S.D.I.S. et de son S.S.S.M. telles que définies par les articles L 1424-2 et R 1424-24 du code général des collectivités territoriales.

Seuls les infirmiers membres du S.S.S.M. sont autorisés à mettre ces protocoles en œuvre.

Chaque protocole est instauré en complément de la réalisation des gestes de secourisme.

**Un compte-rendu de prise en charge daté et signé** doit être rédigé par l'infirmier sapeur-pompier lors de toute intervention.

A chaque mise en œuvre d'un protocole, il précisera :

- les antécédents du patient, recueillis par l'interrogatoire.
- les signes fonctionnels, les constantes vitales avec indication de l'heure de recueil.
- les gestes infirmiers pratiqués en application des protocoles infirmiers.

Ce compte-rendu d'intervention est transmis dans les plus brefs délais au Médecin-chef du Service de Santé et de Secours Médical.

**Un comité d'évaluation**, dont la composition est arrêtée par le Médecin-chef, examine les comptes-rendus d'intervention à l'occasion de réunions périodiques. Ce comité évalue la pertinence et la qualité des soins dispensés par chacun des infirmiers au travers de ces comptes-rendus.

**Un comité de suivi du protocole** regroupant des membres du SAMU et du S.S.S.M. revoit régulièrement les protocoles et propose toute amélioration ou évolution en fonction des progrès médicaux, techniques, technologiques ou réglementaires.

Ce protocole peut-être mis en œuvre à compter du ..... / ..... / .....

Par .....

Infirmier du Corps Départemental de sapeurs-pompiers d'Indre et Loire,

agissant en service commandé.

Fait à ..... le ..... 2005

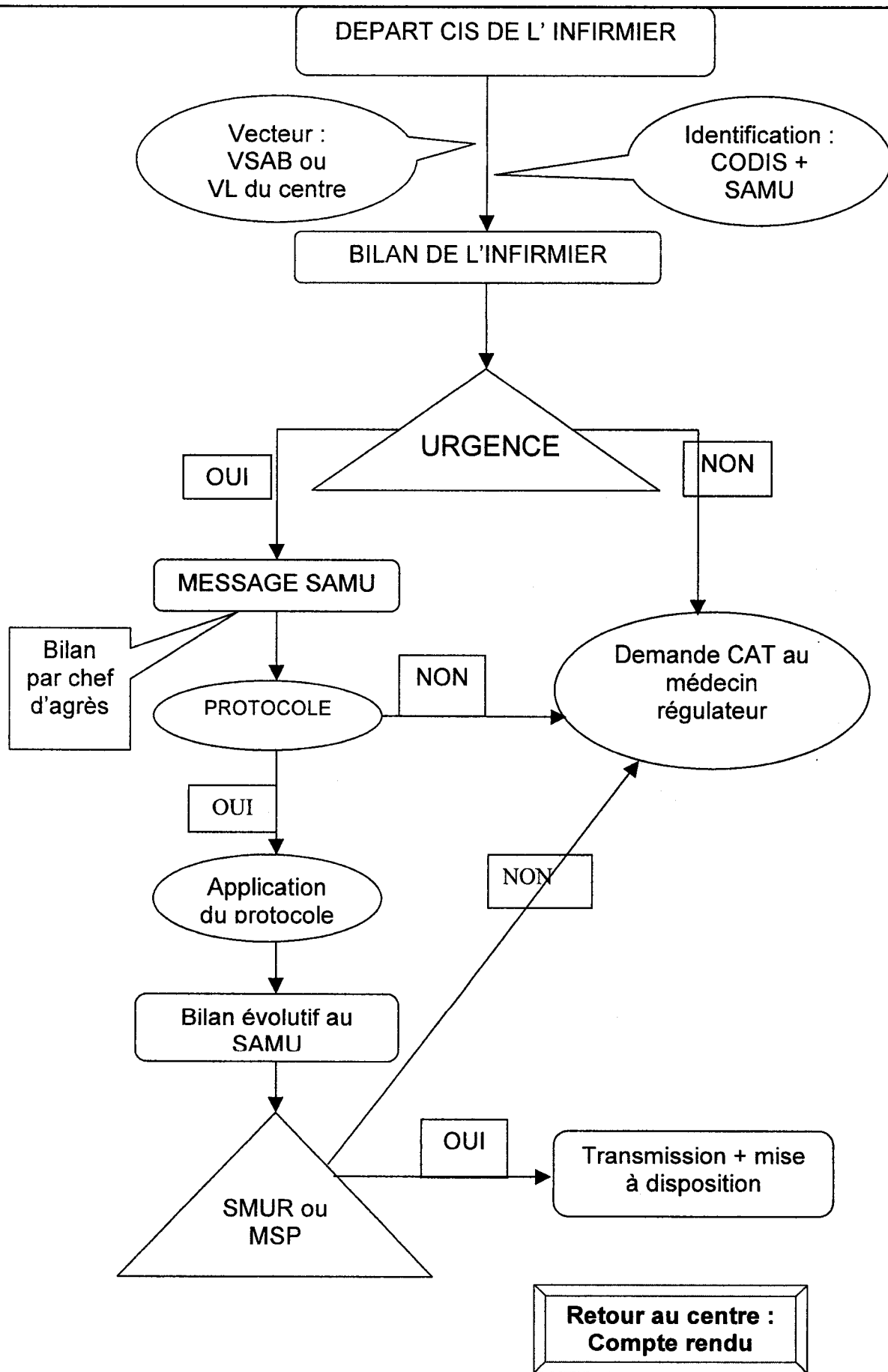
L'Infirmier(e)  
du Service de Santé et de Secours Médical  
Des Sapeurs-pompiers d'Indre et Loire

Le Médecin-chef  
du Service Départemental d'Incendie et de Secours

*\* rayer la mention inutile*



# PROCEDURE OPERATIONNELLE DES I.S.P. EN L'ABSENCE DE MEDECIN



**CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE :**

L'infirmier sapeur-pompier membre du S.S.S.M. peut poser une voie veineuse périphérique en dehors de la présence d'un médecin après en avoir identifié l'indication.

**INDICATIONS :**

Ce protocole sera instauré après la réalisation des gestes élémentaires de secourisme dans les cas suivants :

- Atteinte du système nerveux central
  - Troubles de la conscience initiaux ou secondaires d'origine médicale ou traumatologique
- Atteinte de la fonction respiratoire sauf chez les enfants de moins de 10 ans car risque d'aggravation.
  - Difficultés respiratoires
  - Saturation en oxygène abaissée (< 90%)
- Atteinte de la fonction circulatoire avec signes de détresse circulatoire (Tachycardie, PA < 90 mm Hg)
- Plaies importantes pouvant provoquer une atteinte de la fonction circulatoire.
- Victime incarcerated, ensevelie, pour laquelle un dégagement long est nécessaire
- Tableau douloureux intense et prolongé, traumatique ou non
- Autres indications sur la demande du médecin régulateur du SAMU

**TECHNIQUE :****1. Matériel à disposition :**

Gel hydro-alcoolique pour les mains,

Gants à usage unique,

Collecteur d'objets tranchants et/ou piquants,

Chlorhexidine,

Compresses stériles,

Garrot,

Cathéter de taille 22 - 20 - 18 - 16 qui devra être adapté à l'âge, la corpulence et l'état veineux du patient,

Ligne de perfusion avec robinet 3 voies,

Tubes pour prélèvement veineux : NFS, chimie, coagulation, groupe et HbCO (ce tube doit être conservé au froid ou transporté au laboratoire dans les meilleurs délais),

tulipe pour prélèvement et adaptateur

Poches NaCl 0,9 ‰ ,

Pansement adhésif.

Bande tupe velpeau pour fixation.

**2. Méthode:**

SDIS 37 SSSM	Protocoles de soins d'urgences <b>ARRÊT CARDIO-RESPIRATOIRE</b> Adulte et enfant de plus de 1 an	N°2
-----------------	--	-----

**Signes constatés :** - inconscience - absence de ventilation - absence de pouls carotidien

### SECOURISTES

MCE + VA + Pose DSA (en tenant compte des recommandations pour l'enfant de 1 à 8 ans) + bilan SAMU

### GESTES INFIRMIERS

⇒ **Si choc déconseillé par le DSA :**

#### ⇒ CHEZ L'ADULTE

- ⇒ Pose VVP : 500 cc NaCl 0.9%
- ⇒ Préparation d'une seringue d'Adrénaline **5mg / 10 ml** soit 0,5mg / ml  
Identification de la seringue.
- ⇒ Injecter **0,5 mg d'Adrénaline** IVD (soit 1 ml) puis surélever le bras et augmenter le débit de la perfusion pendant 10 secondes. L'injection sera suivie de 10 cycles de MCE + VA (RCP)

#### ➔ MESSAGE AU SAMU

- ⇒ Après avis du médecin régulateur et si choc toujours déconseillé et non reprise d'activité cardiaque, renouveler **1 mg d'Adrénaline** (soit 2 ml) toutes les 3 mn (ou tous les 10 cycles de MCE + VA) jusqu'à un maximum de 5mg.
- ⇒ Suivre directives du SAMU

#### ⇒ CHEZ L'ENFANT

- ⇒ Pose VVP : 125 cc NaCl 0.9%
- ⇒ Préparation d'une seringue d'Adrénaline **1mg / 10 ml** soit 0,1mg / ml  
Identification de la seringue.
- ⇒ **Injecter 1 ml pour 10 kg de poids corporel**

#### ➔ MESSAGE AU SAMU

- ⇒ Après avis du médecin régulateur si choc toujours déconseillé et non reprise d'activité cardiaque, renouveler **la même dose (1 ml pour 10 kg de poids corporel)** d'Adrénaline toutes les 3 mn (ou toutes les 10 séries de MCE+VA) jusqu'à un maximum de 3 injections.
- ⇒ Suivre directives du SAMU

SDIS 37 SSSM	Protocoles de soins d'urgences <b>VICTIME INCONSCIENTE</b> Adulte et enfant	N°3
-----------------	---	-----

**Signes constatés** : - inconscience - présence de ventilation - présence de pouls carotidien

### GESTES SECOURISTES

Bilan fonctionnel et circonstanciel. Mise en PLS. Oxygène en inhalation

### BILAN INFIRMIER

- Evaluer le score de Glasgow
- Examiner les pupilles : taille, symétrie et réactivité
- Prise des paramètres suivants : PA, SPO2, dosage de la glycémie par lecteur de glycémie. si notion d'intoxication au monoxyde de carbone voir protocole n°7

### GESTES INFIRMIERS

- Si glycémie inférieure à 0.6 g/l, injecter 20 ml SG 30% en IVD. En cas de réveil du patient, appliquer le protocole N° 4

### ➔ MESSAGE AU SAMU

- ⇒ Pose d'une voie veineuse : 500 cc NaCl 0.9% chez l'adulte  
125 ml NaCl 0,9% chez l'enfant
- ⇒ Bilan sanguin.
- ⇒ Bilan évolutif au SAMU

### SCORE DE GLASGOW

Ouverture des yeux	Réponse verbale	Réponse motrice
1. Nulle 2. A la douleur 3. Au bruit 4. Spontanée	1. Nulle 2. Incompréhensible 3. Inappropriée 4. Confuse 5. Normale	1. Nulle 2. Extension stéréotypée 3. Flexion stéréotypée 4. Evitement 5. Orientée 6. Aux ordres

**Glasgow = 15 : tout va bien**  
**Glasgow = 8 : péjoratif**  
**Glasgow = 3 : gravissime**

### SCORE DE GLASGOW PEDIATRIQUE

Ouverture des yeux	Réponse verbale	Activité motrice
1. Rien 2. A la douleur 3. A l'appel 4. Spontanée	1. Rien 2. Geignement 3. Cris à la douleur 4. Cris irritatifs 5. Plaintes	1. Rien 2. Extension anormale 3. Flexion anormale 4. Retrait à la douleur 5. Retrait au toucher 6. Normale

**Signes constatés :** Victime consciente, sensation de fatigue intense, sueurs, pâleur, agitation ; tableaux divers.  
Connue diabétique

**BILAN INFIRMIER**

- ⇒ Prise des paramètres suivants : glycémie capillaire, PA, SpO2.
- ⇒ Relevé de l'heure d'injection, de la posologie et du type d'insuline utilisée ou type et posologie du traitement antidiabétique par voie orale pris par le patient.

**➔ MESSAGE AU SAMU****GESTES INFIRMIERS :**

- ⇒ Absence de troubles de la conscience : administration per-os d'une boisson (ou aliment) sucré.
- ⇒ Si troubles de la conscience :
  - Pose VVP : 500 cc NaCl 0.9% chez l'adulte
  - Injecter 20 ml SG 30% en IV.
  - Contrôle de la glycémie par lecteur de glycémie 15 minutes après l'injection
- ⇒ Bilan évolutif au SAMU et demande conduite à tenir.

SDIS 37 SSSM	Protocoles de soins d'urgences <b>DYSPNEE AIGUE CHEZ UN ASTHMATIQUE CONNU</b>	N°5
Adulte / Enfant		

**Signes constatés :** Angoisse, sueurs, cyanose, dyspnée, polypnée supérieure à 30/mn, impossibilité de parler.

### GESTES SECOURISTES

Installer en position demi-assise

Administrer de l'oxygène au masque à haute concentration à 6 l/mn chez l'enfant et 15l/mn chez l'adulte

### BILAN INFIRMIER

-> Rechercher les signes de gravité :

Tirage, mise en oeuvre des muscles respiratoires accessoires, relative immobilité thoracique contrastant avec la ventilation abdominale, troubles de la conscience, épuisement respiratoire.

-> Crise qui ne s'améliore pas avec le traitement habituel.

⇒ Administrer 2 bouffées de *Maxair*®

⇒ Prise des paramètres suivants : PA, SpO2, fréquence ventilatoire

⇒ Interrogatoire de l'entourage

## ➔ MESSAGE AU SAMU

### GESTES INFIRMIERS :

#### ⇒ CHEZ L'ADULTE

⇒ faire une nébulisation à 6 l/mn d'un mélange de **2 dosettes de Ventoline®** ( 5mg/2 ml) solution pour inhalation et **d'une dosette d'Atrovent® adulte** (0,5 mg / 2 ml), permettant d'obtenir un volume total de 6 ml.

**Si grossesse ou allaitement Ventoline® seul (Atrovent® contre-indiqué).** Préparer 6 ml en complétant avec du sérum physiologique.

⇒ La nébulisation doit durer environ 15 mn

⇒ Pose VVP : 500 cc NaCl 0.9%

⇒ Bilan évolutif au SAMU et demande conduite à tenir.

Réévaluation de tous les paramètres 10 mn après la fin de la nébulisation et transmission au médecin régulateur.

#### ⇒ CHEZ L'ENFANT

(moins de 20 kg) :

⇒ Faire une nébulisation à 6 l/mn d'un mélange d'une demi dosette de **Ventoline I®** ( 5mg/2 ml) solution pour inhalation (soit 1 ml) et **d'une dosette d'Atrovent® enfant** (0,25 mg / 2ml), volume complété par du sérum physiologique, pour obtenir un volume total de 6 ml. La nébulisation doit durer environ 15 mn

⇒ Bilan évolutif au SAMU et demande conduite à tenir.

⇒ Pose VVP : 125 ml NaCl 0.9% sur indication du médecin régulateur.

SDIS 37 SSSM	Protocoles de soins d'urgences DETRESSE CIRCULATOIRE AIGUE D'ORIGINE ALLERGIQUE Adulte / enfant	N°6
-----------------	--	-----

**Signes constatés :** Après piqûres d'insecte, morsure de serpent ou administration médicamenteuse, apparition rapide d'une détresse circulatoire pouvant s'accompagner d'une détresse respiratoire et possible rougeur diffuse avec ou sans prurit

### GESTES SECOURISTES

Installer en position jambes surélevées

Administrer de l'oxygène au masque à haute concentration à 15 l/mn chez l'adulte et 6 l/mn chez l'enfant.

⇒ Prise des paramètres suivants : PA, SpO2, fréquence ventilatoire, pouls

### BILAN INFIRMIER

Collapsus circulatoire avéré : PA inférieure à 90 mm de Hg et tachycardie supérieure à 120/mn chez l'adulte, rapidement évolutif dans un contexte spécifique du choc anaphylactique.

### GESTES INFIRMIERS :

⇒ Arrêt de l'administration du produit présumé

#### ⇒ CHEZ L'ADULTE

⇒ Préparer une seringue de **1 mg/1 ml d'Adrénaline®** et injecter en sous cutané 1 mg d'adrénaline.

⇒ Pose VVP : 500 cc NaCl 0.9% à un débit de 20 gouttes par minute

#### ➔ MESSAGE AU SAMU

⇒ Sur avis du médecin :

- Préparation d'une seringue **d'Adrénaline® 1mg® dans 10 ml de NaCl 0,9%** (identifier la seringue) soit 0,1 mg / ml et administration selon les indications du médecin régulateur.
- Administration lente dans la tubulure, fractionnée **0,1 mg par 0,1 mg** (soit 1 ml par 1 ml)

#### ⇒ CHEZ L'ENFANT

⇒ Sur avis du médecin :

- Préparation d'une seringue **d'Adrénaline® 1mg dans 10 ml de NaCl 0,9%** (identifier la seringue) soit 0,1 mg / ml
- Injecter **1 ml de la solution pour 10 kg en sous cutané** à ne renouveler que sur prescription du médecin régulateur.

SDIS 37 SSSM	Protocoles de soins d'urgences INTOXICATION AU MONOXYDE DE CARBONE (CO)	N°7
Adulte / enfant		

**Signes constatés** : Intoxication avérée par détection dans l'air ambiant.

#### GESTES SECOURISTES

- ⇒ Evacuer la victime
- ⇒ Prise des paramètres suivants : PA, fréquence ventilatoire, pouls.
- ⇒ Mise en place du masque oxygène à haute concentration avec un débit d'oxygène à 15 l/mn chez l'adulte 6 l/mn chez l'enfant.

**▲ La SpO2 mesurée par l'oxymétrie de pouls n'est pas fiable.**

#### BILAN INFIRMIER :

- ⇒ Mesure de CO dans l'air expiré

#### ➔ MESSAGE AU SAMU

#### GESTES INFIRMIERS :

Chez l'adulte :

- ⇒ Si présence de CO dans l'air expiré, mais taux < 10% : prélèvement sanguin sur tube pour dosage de l'HbCO.
- ⇒ Si HbCO mesuré dans l'air expiré est > 10% ou si troubles de la conscience: mise en place d'une VVP 500 cc NaCl 0.9% et prélèvement sanguin.

Chez l'enfant :

Demander l'avis du médecin régulateur avant tout geste invasif.



SDIS 37 SSSM	Protocoles de soins d'urgences <b>DOULEUR D'ORIGINE TRAUMATIQUE</b>	N°8
Adulte / enfant		

**Signes constatés :**

Traumatisme très algique gênant toute manipulation ou examen

**GESTES SECOURISTES**

⇒ Prise des paramètres suivants : PA, SpO2, fréquence ventilatoire, pouls.  
Immobilisation.

**BILAN INFIRMIER**

⇒ L'infirmier s'assure que les fractures sont bien immobilisées, les brûlures refroidies, la victime est en position de confort si celle-ci n'est pas incompatible avec la prise en charge

⇒ Evaluation de la douleur avec l'échelle numérique (cotation de 0 à 10)

⇒ Examen de la victime et entretien avec la victime ou l'entourage afin de préciser l'absence d'allergie au paracétamol connue, d'insuffisance hépatocellulaire sévère (ascite ou ictère) ou rénale grave (patient dialysé par ex.)

Pas de		Douleur
Douleur	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Maximale

⇒ S'il n'y a pas possibilité de coter la douleur, prendre en compte les manifestations comportementales.

**➔ MESSAGE AU SAMU**
**GESTES INFIRMIERS :**
**Si douleur cotée est supérieure à 3**
**CHEZ L'ADULTE et ENFANT de plus de 45 Kg**

⇒ Pose VVP : 500 cc NaCl 0.9% à un débit de 10 gouttes par minute

⇒ Injecter en dérivation **1 G PERFALGAN®** (1 flacon de 100ml) à passer sur 15 mn .

**CHEZ L'ENFANT de moins de 45 Kg**

⇒ Pose VVP : 125 cc NaCl 0.9% à un débit de 10 gouttes par minute

⇒ Injecter en dérivation **0,5 G PERFALGAN®** (½ flacon de 100ml) à passer sur 15 mn .

SDIS 37 SSSM	Protocoles de soins d'urgences <b>CHOC HEMORRAGIQUE</b>	N°9
	Adulte	

**Signes constatés :**

Détresse circulatoire avec chute de la pression artérielle et augmentation de la fréquence cardiaque > 100, pâleurs, marbrures, polypnée, agitation.

<b>GESTES SECOURISTES</b>
---------------------------

Arrêt des hémorragies selon les techniques adaptées, immobilisation des fractures ; Bilan lésionnel complet. RECHAUFFER, surélever les membres inférieurs. Oxygène à 15l en inhalation.

<b>GESTES INFIRMIER</b>
-------------------------

SI PA inférieure à 90 mm Hg
-----------------------------

- ⇒ Pose VVP : Prélèvement sanguin. Si le prélèvement est impossible, il sera effectué à la pose de la deuxième voie. Mise en route d'un 500 cc NaCl 0.9% en débit rapide (50gttes/mn) sur 20 à 30 minutes.

**➔ MESSAGE AU SAMU**

- ⇒ Pose d'une 2<sup>ème</sup> VVP avec un 500 cc NaCl 0.9% sur instructions du médecin régulateur.
- ⇒ Bilan évolutif au SAMU et demande conduite à tenir

SDIS 37 SSSM	Protocoles de soins d'urgences <b>BRÛLURE GRAVE</b>	N°10
Adulte / Enfant		

**Signes constatés :**

Brûlure d'origine thermique ou chimique

## SECOURISTES

Refroidir la brûlure et protection selon les protocoles en vigueur.

Oxygène en inhalation.

Réchauffer la victime.

## BILAN INFIRMIER

Evaluation de la surface brûlée d'après la règle des 9 de WALLACE ainsi que de la profondeur de la brûlure.

**➔ MESSAGE AU SAMU**

## GESTES INFIRMIERS

Aider à l'emballage des brûlures de façon la plus aseptique possible. Protéger avec couverture aluminium.

Veiller à l'évacuation la plus rapide possible vers une unité de traitement des brûlés.

Mise en route éventuelle du protocole N° 8 (douleur d'origine traumatique) ou du protocole N° 9 (choc hémorragique) après accord du médecin régulateur.

Calcul de la superficie brûlée :

• Règle des 9<sup>°</sup> de Wallace (adulte)

• Règle de Lund and Browder (enfant)

• Prise en compte de la main du brûlé (10% du corps)

						9			
						+ 1			
					13				
							9	36	9
		15		9 1/2	32	9 1/2			
	19	9 1/2	32	9 1/2					
9 1/2	32	9 1/2			18	18		18	18
15	15		17	17					
Age	1 - 4	5 - 9		10 - 14					ADULTE