



Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2016-2017**

La coordination des secours pré-hospitaliers :
Un enjeu primordial pour l'accès aux soins

Norbert BERGINIAT

Août 2017

Remerciements

A Monsieur Arnaud CAMPEON, Directeur du master pour son accompagnement, ses précieux conseils et sa bienveillance. Sa disponibilité et sa réactivité m'ont été d'une grande aide dans la conduite de ce projet.

A Madame Régine MAFFEI pour son attention et sa disponibilité tout au long de ces deux années, ainsi qu'à toute l'équipe administrative et enseignante du Master 2 PPASP.

A Madame Pauline LENESLEY, doctorante en science de gestion dont les nombreuses discussions et travaux sur la coordination des secours pré-hospitaliers m'ont inspiré ce projet et la méthode adoptée. Merci pour sa rigueur et ses conseils, lors de la rédaction de ce travail.

A Monsieur le Contrôleur Général DAVIGNON, Directeur du SDIS de la Manche, pour sa confiance qu'il m'accorde depuis de nombreuses années, et qui, en me dégageant du temps, m'a permis de réaliser cette formation. Qu'il en soit grandement remercié.

A tout le personnel du groupement opération du SDIS et du SAMU de la Manche, pour l'accueil qu'ils ont réservé à ce travail et les réponses qu'ils ont pu apporter à mes questions.

A ma correctrice, travailleuse de l'ombre, sans qui ce travail serait illisible.

Sommaire

INTRODUCTION	1
I CONTEXTE ET PERIMETRE D’ACTION DES SECOURS PRE-HOSPITALIERS : UNE ORGANISATION EN SILO ?... 7	7
A ORGANISATION DU SYSTEME DU SECOURS URGENT AUX PERSONNES	7
1 <i>Les acteurs du ministère de la santé sur un territoire</i>	7
2 <i>Les acteurs du ministère de l’intérieur sur un territoire</i>	10
B LA COORDINATION : ENJEU NECESSAIRE POUR STRUCTURER L’ORGANISATION DES SERVICES.	15
1 <i>Politique publique et coordination</i>	15
2 <i>La circulaire interministérielle N° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015</i>	19
II LA CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE EN PRATIQUE : CONDITIONS D’APPLICATION ET D’APPROPRIATION SUR UN TERRITOIRE.	26
A DIAGNOSTIC DE LA SITUATION SANITAIRE DANS LE DEPARTEMENT DE LA MANCHE : ROLE CONCURRENTIEL OU COMPLEMENTAIRE DU SAMU ET DU SDIS ?.....	26
1 <i>Les acteurs des secours pré-hospitaliers dans la Manche.</i>	27
2 <i>Les attentes des institutions et des professionnels : une rationalisation des missions.</i>	30
B MISE EN APPLICATION : UNE NOUVELLE CONVENTION REDIGEE.....	33
1 <i>Description de la démarche projet, échéancier</i>	34
2 <i>Recueil de données et indicateurs</i>	35
3 <i>Difficultés rencontrées : de la volonté du travail commun à la mise en application</i>	37
C EVALUATION : NEUF MOIS APRES.....	39
1 <i>Relevés des indicateurs : du factuel</i>	39
2 <i>La baisse d’activité, de l’efficience à la peur de la restriction des moyens.</i>	43
3 <i>La force de l’habitude, un frein certain.</i>	46
4 <i>Au final : une application de la circulaire répondant aux attentes.</i>	47
5 <i>De la réflexion sur la mise en place d’un texte, aux modifications de coordination des structures et d’identités professionnelles de ces différents corps de métiers.</i>	48
CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE	55
LISTES DES ANNEXES	59

Liste des sigles utilisés

AMU	Aide Médicale Urgente
ARM	Assistant de Régulation Médicale
ARS	Agence Régionale de Santé
ATSU	Association des Transports Sanitaires Urgents
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNTRL	Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales
CODAMUPS – TS	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, Permanence des Soins et des Transports Sanitaires
CODIS	Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRRA	Centre de réception et de régulations des Appels
CROSS	Centre Régionaux Opérationnels de Surveillance et de Sauvetage
CTA	Centre de Traitement de l'Alerte
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DGSCGC	Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion de Crise
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EPR	Evolutionary Power Reactor
ERP	Etablissement Recevant du Public
FNSPF	Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IGA	Inspection Générale de l'Administration
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
ILCOR	International Liaison Committee on Resuscitation
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PISU	Protocole Infirmier de Soins d'Urgence
SAMU	Service d'Aides Médicale Urgente
SAP	Secours à personne
SDACR	Schéma Départemental d'Analyse et de Couverture des Risques
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SEMS	Société Européenne de Médecine Sapeur-Pompier
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSSM	Service de Santé et de Secours Médical
SUAP	Secours d'Urgence aux Personnes
VSAV	Véhicule d'Assistance et de Secours aux Victimes

Introduction

Apporter des soins au plus près des malades est une préoccupation ancienne, au deuxième siècle après JC, Galien préconisait déjà « ... *que les médecins aient toujours sous la main leurs appareils et leurs troussees pour les soins à donner d'urgence* ». Ce souci constant de proximité se retrouve tout au long de l'histoire des armées¹, malgré cela, l'urgence pré-hospitalière est une thématique de santé publique assez récente.

Le constat

En France, les secours pré-hospitaliers se sont développés et organisés à partir de 1946 en fonction des contraintes institutionnelles et du contexte social : l'épisode de poliomyélite des années 50 et le très grand nombre de décès provoqué par l'accidentologie routière dans les années 60, font réfléchir la communauté médicale sur l'organisation des prises en charge pré-hospitalières. Les médecins hospitaliers, ne trouvant pas de soutien logistique au sein de leurs hôpitaux, se sont tournés vers des structures portant secours. Les sapeurs-pompier, mais aussi la Croix Rouge, ou Police Secours à Paris, ont accueilli parmi leurs équipes de secouristes ces médecins qui « *apportaient l'hôpital au pied de l'arbre* » (Pr Louis Lareng). Ce n'est qu'au milieu des années 70 que les services hospitaliers ont intégré les soins d'urgences, par la création des Services d'Aides Médicales Urgentes (SAMU). Ainsi, la diversité des actions de politiques de santé envisagées se retrouve dans l'organisation actuelle de ces secours.²

Parmi la dizaine de numéros d'appel d'urgence, en France, il en existe trois pour les secours : le 17 pour les agressions, le 15 et le 18 pour les urgences médicales. Ces deux centres reçoivent également des appels spécifiques, permanence de soins, pour le centre 15 et incendie pour le 18. La prise en charge de l'appel de détresse est effectuée par des professionnels de formation différentes selon les centres de réception 15 ou 18, ce qui peut changer la réponse à apporter. A titre d'exemple, un appel doit-il être traité par les sapeurs-pompier sans tarder ? Ou faut-il attendre la décision d'un médecin régulateur pour pouvoir envoyer un secours ? Si la réponse à cette question est évidente pour un arrêt cardiaque, la complexité des cas médicaux ne permet pas toujours d'être aussi catégorique.

¹ Danel V. Urgences pré-hospitalières : un peu d'histoire, enseignement en ligne de la première année d'étude commune de santé [Internet]. Plateforme médiatique ; Université Joseph Fourier de Grenoble ; 2010 [Vu le 15 janv 2015]. Disponible sur : http://www.uvp5.univ-paris5.fr/wikinu/docvideos/Grenoble_1011/danel_vincent/danel_vincent_p02/danel_vincent_p02.pdf.

² Basset A. Histoire de la médecine d'urgence et de l'évacuation sanitaire (Evasan) [Internet]. SFAR. 2011 [Vu le 20 janv 2015]. Disponible sur : <http://sofia.medicalistes.org/spip/spip.php?article402>.

Par ailleurs, le développement de nouvelles pratiques comme la para-médicalisation des secours pré-hospitaliers, inspirée par de nombreux pays a créé des tensions avec les médecins hospitaliers. En effet, ce mode de prise en charge basé sur une graduation de la réponse des secours, allait à l'encontre du dogme français du « tout médical ». Dans sa thèse, Sylvie Morel dit qu' « *au principe de médicalisation qui conduit à concentrer et réserver l'essentiel des compétences de soins d'urgence dans les mains du corps médical, la plupart de ces pays (autres pays européens et outre-Atlantique) opposent l'idée d'une para-médicalisation* » (S.Morel 2014, p224). Les SAMU remettaient en cause l'utilisation, par les infirmiers de protocoles de soins d'urgence (PISU). Ils leur reprochaient de retarder la prise en charge médicale, voire de faire de l'exercice illégal de la médecine. Pourtant ces protocoles infirmiers de soins d'urgence s'inscrivent dans la loi santé de 2002³ et sont d'une utilisation courante dans les services hospitaliers. Pour être rigoureuse, cette prise en charge par les infirmiers nécessite une formation et un encadrement que tous les Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS) ne réalisaient pas.

L'égalité, la solidarité, dans l'accès aux soins et leur efficacité sont des principes clés de la politique de santé en France. La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) de 2009, a renforcé le concept de qualité ; la création de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et la tarification à l'activité ont entraîné des restructurations de l'offre de soins. L'organisation des astreintes des médecins généralistes,⁴ au début des années 2000 (confirmé par la loi HPST), a paradoxalement désorganisé une permanence des soins basée alors sur le volontariat. L'apparition de déserts médicaux, suite à la limitation drastique du *numerus clausus* dans les années 80, associée au vieillissement de la population, renforcent le déséquilibre entre la demande et l'offre de soins.

Tout cet ensemble de restructuration du paysage pré-hospitalier a changé la répartition des soins sur le territoire. Les services voient leurs activités s'intensifier et se complexifier puisqu'ils doivent composer avec des services d'accueil hospitaliers de plus en plus restreints. La diminution du nombre de plateaux techniques sur les territoires de santé, entraîne des réflexions au sein des réseaux de soins dans lesquels la chaîne de secours pré-hospitaliers, et ses organismes, ne sont pas toujours pris en compte, alors qu'une enquête de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques)

³ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁴ Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

révèle que 22% des patients amenés aux urgences (souvent les plus graves), le sont par les sapeurs-pompiers et les ambulanciers privés⁵.

De façon concomitante, les interventions pour secours urgents aux personnes et les transports, par les services d'incendie et de secours, ont augmenté de 30% sur une période de 10 ans⁶. Par ailleurs, ces services, composés à 80% de volontaires, sont confrontés à une diminution de la disponibilité de leurs effectifs. Là aussi, il existe une disparité entre la demande et l'offre, en défaveur des secours.

Malgré cela, les différents acteurs, au début indépendants, ensuite concurrents mais complémentaires, ont été contraints d'harmoniser leurs pratiques, poussés par un pragmatisme de terrain et une volonté politique forte, tant au niveau local (maires, conseillers généraux), qu'au plus haut sommet de l'Etat.

En 2007, le Président de la République a souhaité que ces deux ministères se réunissent et travaillent à l'élaboration d'un référentiel commun. Deux grands axes ont été énoncés :

- Les conditions d'envoi d'une ambulance du SDIS sur les lieux de l'appel de détresse. Il a été défini des départs réflexes correspondant aux situations d'urgence, où un envoi de sapeurs-pompiers doit être effectué le plus rapidement possible. Les lieux d'interventions sont aussi déterminés : les ambulanciers privés ne peuvent intervenir qu'au domicile des patients, ou dans les établissements de soins.
- Le rôle des infirmiers sapeurs-pompiers et la notion de graduation de la réponse a été précisée et encadrée.

Ces réunions ont abouti à la rédaction du « référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente ». L'arrêté du 24 avril 2009⁷ a inscrit dans la norme cette obligation de coordination des équipes pour permettre de placer le patient au cœur du dispositif, et de définir clairement les missions de chacun.

⁵ Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. DREES ; études et résultats. Juillet 2014;(889) :1-8.

⁶ Statistiques SDIS (Edition 2015) | Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion de Crise [Internet]. [Vu le 1 mai 2017]. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/content/download/90819/706317/.../StatsSDIS15BD.pdf>

⁷ Arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale.

Cinq ans après, une enquête conjointe de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale de l'administration (IGA) a permis de faire le point sur l'avancée de ce référentiel. Des nouvelles recommandations et obligations ont été actées par un nouvel arrêté, et une circulaire interministérielle, publiés en juin 2015. La notion de départs réflexes a été modifiée, une liste de protocoles infirmiers a été arrêtée, évitant une dérive constatée dans certains départements.

Ma posture et mes questionnements

Médecin chef d'un service de santé et de secours médical (SSSM), intégré dans un service départemental d'incendie et de secours (SDIS), je suis notamment en charge de l'harmonisation et de la coordination des secours pré-hospitaliers, en partenariat avec mon homologue du SAMU départemental. De formation hospitalière, urgentiste-réanimateur, je m'intéresse depuis plusieurs années à la complexité de l'organisation de ces secours. On ne retrouve que très peu de publications concernant ce sujet, et elles sont en grande majorité teintées d'a priori, car émanant d'associations ou de syndicats. Sylvie Morel dans sa thèse de sociologie : L'urgence à plusieurs « vitesses » : fracture territoriale et inégalité sociale dans l'accès aux soins d'urgence en France⁸, décrit le système de soins pré-hospitalier. Cette étude sociologique effectuée sur dix ans illustre mes recherches et impressions. L'auteure exprime notamment dans son chapitre « l'épreuve de la comparaison internationale : du mythe à la réalité » (p267) le peu de recul qu'ont les français dans leur système de soins pré-hospitalier « *le meilleur du monde* ». Elle cite également que « *Les auteurs sont tous deux spécialisés en médecine d'urgence et ces emprunts signent, selon nous, une volonté commune de ces médecins de promouvoir publiquement le modèle français de soins d'urgence sur lequel repose partiellement leur légitimité au sein du champ médico-hospitalier* ». Ensuite elle poursuit : « *L'auteur cherche à convaincre le lecteur de la supériorité mondiale de la doctrine française (médicalisation) en matière de secours urbains, sans toutefois citer des sources pour étayer son argumentation. Aussi, convient-il de prendre un peu de distance vis-à-vis de ce discours médical en accueillant ces informations avec circonspection* ».

Sylvie Morel décèle aussi nombre d'erreurs scientifiques dans ces publications : « *La comparaison de son écrit avec le précédent livre consacré au même sujet, révèle que des titres de paragraphes entiers ont été repris mot pour mot, un emprunt auquel le lecteur n'est pas tenu informé.* ». Un autre reproche que j'ai souvent noté dans les publications traitant du système français est la généralisation à partir d'un exemple irréfutable. « *Le raisonnement*

⁸ Morel S. L'urgence à plusieurs « vitesses » : fracture territoriale et inégalité sociale dans l'accès aux soins d'urgence en France. Genèse et réalité d'un sous champ sanitaire. Université de Nantes ; 2014.

exposé ici est réducteur car il est fondé sur la seule analyse des polytraumatisés qui pourtant sont loin de constituer la totalité des interventions pré-hospitalières ».

Tout au long de ce travail, je m'efforcerai de valider mes impressions et expériences de ma pratique professionnelle, par l'appui d'extraits de ce travail sociologique.

Devant ce constat et la multitude des acteurs, ma question de départ est la suivante :

- Comment le système de secours pré-hospitalier français est-il coordonné pour permettre un accès aux soins égalitaire sur l'ensemble du territoire ?

Pour répondre à cette question, deux autres questions émergent :

- Quelle est la représentation des secours urgents pré-hospitaliers par les professionnels ?
- En quoi un texte normatif, telle une circulaire interministérielle, permet-il de créer de la coordination par le travail qu'effectuent les acteurs, et à l'inverse, n'engendre-t-elle pas des difficultés, et des résistances lors de sa mise en œuvre ?

Ces interrogations m'ont amené à vouloir effectuer une formation sur les politiques publiques en santé et lorsque le directeur du SDIS m'a confié la mise en application des dispositions des derniers arrêtés et circulaires, il m'est apparu comme une évidence d'effectuer mon travail de master 2 sur les secours pré-hospitaliers. J'ai voulu travailler en mode projet correspondant à une méthodologie recherche-action adaptée à la réalisation de ce mémoire. La recherche action consiste à conduire la mise en place de la circulaire interministérielle, tout en identifiant les facteurs clés de succès d'un groupe projet.⁹

Pour suivre l'ensemble du projet, j'ai souhaité que mon stage se répartisse sur deux sessions en 2016 et en 2017.

J'ai trouvé matière à réflexion dans une recherche documentaire extraite, de textes législatifs, de mes cours sur la mise en œuvre des politiques publiques et d'articles de sociologues s'intéressant à la coordination ; notamment ceux étudiés et analysés par Pauline Lenesley doctorante en science de gestion, pour le SDIS, à l'université Lumière, (Lyon2). Par ailleurs lors de mon stage, j'ai pu récolter des données issues d'observations participatives, tels les comptes rendus de réunion et les discours lors d'évènements marquant la vie des sapeurs-pompier comme les Sainte Barbe et autres commémorations. La réflexion centrée sur la mise en œuvre de la circulaire interministérielle s'est réalisée au sein de groupes de travail.

⁹ Allard-Poesi F, Perret V. La recherche action. Y Giordano. Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative. 2003 ;85-132.

Ceci a permis de proposer des solutions de coordination aux professionnels concernés. Tout au long de l'année les résultats des indicateurs ont été collectés, permettant une évaluation de la mise en œuvre des nouvelles dispositions. Les entretiens avec les professionnels m'ont apporté des réflexions sur leurs attendus et les résultats de la mise en application de cette circulaire, pour dégager les difficultés, résistances, ou nouvelles formes de coopération qu'elle a produit.

Annonce du plan

Dans un premier temps, ce travail décrit le cadre organisationnel des acteurs du secours pré-hospitalier, les textes, les normes et leurs spécificités, ainsi que la coordination nécessaire des politiques de santé dans ce champ spécifique. Les missions des différents intervenants destinataires de ces textes et le milieu dans lequel ils interviennent sont ensuite développés. La description de la nouvelle circulaire du 15 juin 2015 conduira à exposer le cadre dans lequel ce nouveau texte doit s'appliquer dans la Manche, et les attentes des différents acteurs. La démarche employée pour sa mise en place, sera décrite en précisant les difficultés rencontrées.

Après 9 mois de pratique, ce travail évalue l'efficacité de l'application de la circulaire et les réactions qu'elle a suscitées, ainsi que les modifications entraînées par sa mise en œuvre en terme de coordination des structures, voire même peut-être, en terme d'identités professionnelles de ces différents corps de métiers.

I Contexte et périmètre d'action des secours pré-hospitaliers : Une organisation en silo ?

A organisation du système du secours urgent aux personnes.

En France, les secours d'urgence concernent deux ministères que sont le ministère de l'intérieur et le ministère de la santé (ces noms génériques seront repris tout au long de ce travail car ils diffèrent à chaque remaniement ministériel). Ces deux ministères délèguent à leur direction générale la gestion et l'organisation des secours pré-hospitaliers : la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) pour le ministère de la santé et la Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion de Crise (DGSCGC) pour celui de l'intérieur.

Cette organisation apparaît donc comme une organisation en silo. Terme utilisé en marketing et provenant d'une locution anglaise qui, d'après la centrale des syndicats du Québec « renvoie à chacun des éléments d'une structure organisationnelle (personne, équipe, service, etc.) qui fonctionne de manière autonome, sans lien étroit ni partage d'information avec le reste de l'organisation. On trouve aussi la locution adverbiale en silo pour qualifier l'action ou le travail de tout intervenant ou intervenante dans un domaine ou dans un dossier ». Cette organisation donne des synonymes comme cloisonnement ou « vase clos ».¹⁰.

Afin de bien baliser le périmètre de notre étude, nous nous proposons d'observer les missions et spécificités des différents services rattachés aux deux ministères concernés.

1 Les acteurs du ministère de la santé sur un territoire.

Les SAMU et les SMUR (Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation) dépendent des établissements hospitaliers publics, leur répartition obéit aux Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaires (SROS) émis par les Agences Régionales de Santé (ARS), sous la responsabilité de la DGOS. Les ambulanciers privés dépendent également de cette direction ; leur implantation sur un territoire est soumise à agrément donné par les ARS et contrôlé par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM).

¹⁰ Silo [Internet]. [Vu le 17 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.lacsq.org/actualites/maux-de-la-langue/nouvelle/news/silo/>.

a) Les services d'aide médicale urgente ¹¹.

Les services d'aide médicale urgente, services hospitaliers à part entière depuis 1976, sont régis par le code de la santé publique. Ils ont pour mission de répondre par des moyens médicaux aux situations d'urgence. Les SAMU assurent l'écoute médicale permanente ; déterminent et déclenchent, dans le délai le plus rapide, la réponse la plus appropriée à la nature des appels. Ils s'assurent de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient en vue de préparer son accueil. Ils organisent le transport dans un établissement en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires.

Par ailleurs, lorsqu'une situation d'urgence nécessite l'utilisation conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les SAMU associent leurs moyens à ceux des services d'incendie et de secours.

En dehors de leurs missions directement liées à l'exercice médical, les SAMU participent aux tâches de recherche, d'éducation sanitaire et de prévention. Ils participent à l'enseignement et à la formation continue des professions médicales et paramédicales, des professionnels de transports sanitaires et des secouristes.

Pour l'exercice de leurs missions, les services d'aide médicale urgente disposent de moyens en matériel et en personnel médical et non médical chargés de la réception et de la régulation des appels au sein d'un centre de réceptions et de régulation des appels (CRRA), dit centre 15.

b) Les services mobiles d'urgence et de réanimation ¹².

C'est également un service hospitalier qui est le plus souvent intégré dans un service d'urgence. Son implantation est déterminée par le schéma régional d'organisation des soins (art R6123-1 du code de santé publique) et permet d'assurer la couverture du territoire. Ils prennent en charge les patients nécessitant des soins urgents et la réanimation de patients hors de l'hôpital : La mission des SMUR est d'assurer la prise en charge d'un patient présentant une urgence vitale, hors de l'établissement de santé auquel ils sont rattachés prioritairement. Les interventions sont déclenchées et coordonnées par le SAMU. Si besoin après régulation, le patient est transporté vers un établissement de santé. L'équipe d'intervention du SMUR comprend habituellement un médecin, un infirmier et un conducteur et informe à tout moment le SAMU du déroulement de l'intervention en cours. Elle peut

¹¹ Article R6311-1 du code de la santé publique : Mission des services d'aide médicale urgente.

¹² Articles R6123-14 et 15 du code de la santé publique : Prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation.

également effectuer le transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une surveillance médicale, ou des soins, pendant le trajet.

Contrairement au fonctionnement des SDIS, que nous allons développer, il n'existe pas de lien de subordination entre le SAMU et les différents SMUR qui dépendent de leurs hôpitaux d'attachement. Il peut exister des disparités, tant matérielles qu'organisationnelles, entre les différents SMUR d'un même département, ce qui peut parfois entraîner des différences de prise en charge.

Dans certains départements, des sociétés privées louent leurs hélicoptères aux hôpitaux. Ces « HéliSMUR » sont utilisés comme moyens de transports rapides des équipes médicales et de transports sanitaires de patients, vers les hôpitaux éloignés. La flotte actuelle des héliSMUR est composée de 46 appareils mis à disposition par différents exploitants.

c) Les ambulanciers privés.

En France, les ambulanciers privés représentent 47 000 professionnels travaillant dans 5000 entreprises environ¹³. L'équipement en matériel et en personnels (deux ambulanciers par véhicule) répond au code de santé publique, à la différence des secouristes sapeurs-pompier. Leurs champs d'action en urgence sont les domiciles privés et leurs actes sont facturés à chaque transport de patient en fonction de la distance effectuée. Il en résulte qu'une intervention sur un arrêt cardiaque à domicile, accompagnée d'une équipe médicale, peut nécessiter un temps passé important et une utilisation de matériels coûteux, mais n'ouvre droit à aucune recette pour l'entreprise, si la personne décède.

Le nombre de véhicules autorisés, notamment ceux participant à l'urgence pré-hospitalière est soumis à des agréments définis en nombres limités sur un département et sur une région. Ces agréments ne peuvent pas augmenter (article 16 de la loi du 31 décembre 1991¹⁴) malgré une progression des besoins réelle. Par ailleurs, ces entreprises devant générer des bénéfices pour fonctionner, ont l'obligation d'avoir des calendriers de transports remplis. Ces deux conditions font qu'il est parfois difficile de disposer de transport sanitaire privé pour effectuer un transport urgent qui est par définition non programmable.

Pour toutes ces raisons liées à la disponibilité et à la facturation, il a été institué en 2008 une rémunération au forfait permettant une astreinte par territoire définie par l'ARS : la nuit, les dimanches et jours fériés. Ce forfait n'est pas rentable au-delà de trois transports et fait l'objet

¹³ Morel S. L'urgence à plusieurs « vitesses » : fracture territoriale et inégalité sociale dans l'accès aux soins d'urgence en France. Genèse et réalité d'un sous champ sanitaire. Université de Nantes ; 2014.

¹⁴ Loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social.

de nombreuses négociations entre les organisations syndicales de la profession et les instances nationales du ministère de la santé (Rapport de la cour des comptes 2011, P80-81, cité par Sylvie Morel 2014, P 217).

Les ambulanciers sont organisés par département en Association des Transports Sanitaires Urgents (ATSU) pour apporter une réponse coordonnée aux appels du SAMU.

2 Les acteurs du ministère de l'intérieur sur un territoire.

La DGSCG réunit tous les acteurs de la sécurité civile et les sapeurs-pompiers représentent une part importante à côté des moyens aériens (hélicoptères et avions), des militaires des unités de sécurité civile et des démineurs. Les sapeurs-pompiers sont volontaires (80%) et/ou professionnels, ils exercent au niveau départemental dans des SDIS. Les répartitions du nombre de véhicules et les effectifs sur un département sont décrits dans le Schéma Départemental d'Analyse et de Couverture des Risques (SDACR), pendant du SROS, sous la responsabilité du préfet.

a) Organisation et missions d'un SDIS¹⁵.

Chaque département, hormis la région parisienne et la ville de Marseille¹⁶, possède un SDIS. Les services départementaux d'incendie et de secours sont des établissements publics administratifs, dotés de la personnalité juridique et de l'autonomie financière créée par la loi n°96-369 du 3 mai 1996. Les modalités d'organisation et les missions sont fixées par le code général des collectivités territoriales. Leur financement comprend les contributions versées par les communes ou les communautés de communes et le conseil départemental. Chaque SDIS est composé d'un corps départemental de sapeurs-pompiers et de personnels administratifs et techniques. Le conseil d'administration du SDIS est composé d'élus du conseil départemental et des communes ou communauté de communes. Le président du conseil départemental ou un conseiller délégué, le préside.

Le SDIS est chargé de la prévention, de la protection et de la lutte contre l'incendie. Il participe également à la lutte contre les accidents, sinistres et catastrophes, ainsi qu'à

¹⁵ Articles L1424-1 à 8 du code général des collectivités territoriales : Dispositions communes relatives aux services d'incendie et de secours.

¹⁶ A Paris et Marseille les sapeurs-pompiers appartiennent à des unités militaires. La brigade des sapeurs-pompiers de Paris dépend de l'arme du génie (armée de terre) et le bataillon de marins pompiers de Marseille est une unité de la marine nationale. Ces deux unités remplissent les mêmes missions que les SDIS. Par Délégation de mission dévolue normalement aux SDIS sur les territoires de Paris et petite couronne pour la brigade (Décret impérial du 18 septembre 1811) et de l'agglomération marseillaise pour le bataillon (Décret-loi du 29 juillet 1939).

l'évaluation et la prévention des risques technologiques et naturels. Enfin, il prend une grande part dans l'activité des secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que dans leur évacuation. Cette dernière mission s'est considérablement développée et actuellement, le secours urgent aux personnes représente 73 %¹⁷ des missions des sapeurs-pompiers. Cette activité s'est étendue après la deuxième guerre mondiale sous la pression de la fédération nationale des sapeurs-pompiers (FNSPF) avec l'appui du ministère de l'intérieur. Comme le dit Sylvie Morel dans sa thèse précédemment citée « *Cette action offensive de la FNSPF a d'ailleurs également bénéficié au même moment, d'une fenêtre d'opportunité, liée à l'émergence du problème des accidents de la route* » (S. Morel 2014, p168). Mais en complétant sa mission première, le sapeur-pompier s'est retrouvé en perte d'identité : « *Cela ne va pas sans poser des problèmes identitaires et de positionnement de ces soldats du feu volontaires qui peinent parfois à se retrouver dans le soin ; l'un d'entre eux (sapeur-pompier volontaire) va même jusqu'à affirmer qu'il faut cesser cette mission qui démotive les sapeurs-pompiers volontaires qui eux, doivent rendre des comptes à leur employeur, à leur famille* » Bouiller D., et Chevrier S., cité par S. Morel 2004, p 206). Par contre, le gain d'activité engendré par de nouvelles missions peut être perçu positivement par les professionnels pour augmenter le nombre de postes : « *Cette politique se fait avec le soutien des syndicats de sapeurs-pompiers professionnels, puisque la technicisation des activités qu'elle suppose ainsi que l'augmentation des interventions, va dans le sens de leurs intérêts à savoir, recruter de nouveaux professionnels* » (S. Morel 2014, p168).

Ces missions sont placées sous l'autorité directe du Préfet du département. Il existe donc une double gouvernance au sein des SDIS : le président du conseil départemental pour le financement et les moyens et le préfet pour la réalisation des missions. Cette bicéphalie est particulièrement difficile à gérer par les directeurs lors des conflits, heureusement assez rares en fonctionnement normal.

Du point de vue de l'organisation interne, chaque SDIS comporte une équipe de direction, composée du directeur, du directeur départemental adjoint, du directeur administratif et financier et du médecin chef départemental. L'équipe de direction encadre différents groupements fonctionnels ou territoriaux, dont le service de santé et de secours médical.

Au sein du SDIS, il existe un service dédié à la réception et au traitement des appels du numéro 18 : le Centre de Traitement de l'Alerte (CTA). Le numéro unique des secours en

¹⁷ Statistiques SDIS (Edition 2015) | Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion de Crise [Internet]. [Vu le 1 mai 2017]. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/content/download/90819/706317/.../StatsSDIS15BD.pdf>

Europe devrait être le 112 depuis 1996 ; en France cela n'est pas réalisé, pour des raisons de lobbying de part et d'autre. Aussi le 112 est réceptionné par le Centre 15 dans 13 départements ou par le CTA dans 88 autres. Ces appels sont ensuite suivis par le Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours (CODIS). Tout appel concernant un secours à personne est transféré au Centre 15 permettant une évaluation médicale de la situation afin de choisir quels sont les secours nécessaires, puis disponibles et enfin les plus adaptés à la situation décrite. Comme nous le verrons dans certaines situations, cela n'empêche pas le CTA d'envoyer en départ réflexe des ambulances de sapeurs-pompiers appelées Véhicules d'Assistance et de Secours aux Victimes (VSAV). L'équipage est composé au minimum d'un chef d'agrès, responsable de l'intervention, d'un conducteur et d'un équipier.

L'implantation des casernes, leurs moyens et leurs effectifs sont prescrits dans le SDACR, sous la responsabilité du préfet. Les interventions réalisées par les SDIS à la demande du SAMU, en cas de carence des transporteurs sanitaires privés, font l'objet d'une prise en charge financière par les établissements de santé (sièges des SAMU) dans des conditions fixées par convention entre le SDIS et l'hôpital siège du SAMU (article L.1424-42, 3^{ème} et 4^{ème} alinéas créés par la loi du 27 février 2002). Cette facturation à un autre organisme n'est pas uniquement réservée aux hôpitaux, mais aussi aux sociétés d'autoroutes lors d'interventions sur les réseaux routiers et autoroutiers concédés, et également aux sociétés d'ascenseurs.

La sécurité civile, et plus particulièrement le Groupement d'Hélicoptères de la Sécurité Civile gère une flotte de 35 appareils. Ces hélicoptères sont communément identifiés sous l'indicatif « *Dragon* » suivi du numéro du département d'implantation de la base opérationnelle. Ils sont au nombre de 23 et dépendent de la zone de défense concernée mais sont mis à disposition des SDIS pour leur utilisation. Une de leur mission est le transport rapide des équipes médicales des SMUR ou des services de santé des SDIS et le transport sanitaire de patients vers les hôpitaux éloignés. Ils participent aussi à la surveillance du littoral et à des missions du ministère de l'intérieur. Dans certains territoires, d'autres organismes publics peuvent mettre à disposition leurs hélicoptères pour la réalisation de missions de secours à personne (SAP) et d'aide médicale urgente (AMU) :

- Gendarmerie nationale : 56 hélicoptères sur 29 bases, dont 6 en outre-mer.
- Marine nationale : 5 en métropole et 2 en Polynésie Française.
- Douanes : 10 hélicoptères sur 4 bases dont 1 outre-mer.

b) Le service de santé et de secours médical (SSSM)¹⁸.

Bien que des médecins, pharmaciens, infirmiers et vétérinaires soient présents au côté des sapeurs-pompiers depuis la fin de la seconde guerre mondiale, le SSSM est réellement créé par la loi 96-369 du 3 mai 1996 du code général des collectivités territoriales, mais il faut attendre 2000 pour que soit publié le statut professionnel de médecins et pharmaciens¹⁹.

Le service de santé et de secours médical participe à la surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers, il exerce la médecine professionnelle et d'aptitude des sapeurs-pompiers. Il a un rôle de conseil en matière de médecine préventive, d'hygiène et de sécurité, notamment auprès du comité d'hygiène et de sécurité.

En parallèle de cette mission de médecine préventive, le SSSM a une mission opérationnelle de soutien sanitaire des interventions en pratiquant les soins d'urgence aux sapeurs-pompiers, mais aussi à la population en participant à l'aide médicale urgente. Cette mission est diversement développée au sein des SDIS dans certains départements pour des raisons de volonté de la gouvernance (président du conseil d'administration, directeur, médecin chef) et d'influence du SAMU local. Mais cette dernière raison est souvent une excuse à la première, car dans les départements où les responsables de SAMU ont une forte influence nationale, il existe une activité soutenue du SSSM dans le secours urgent à personne (Paris, Nord, Rhône). Cette disparité d'un SDIS à l'autre pose alors la question de l'égalité des secours sur l'ensemble du territoire français.

Le SSSM contribue à la formation des sapeurs-pompiers au secours à personne et à la surveillance de l'état de l'équipement médico-secouriste du service. De plus, le service de santé et de secours médical participe aux opérations effectuées par les services d'incendie et de secours impliquant des animaux ou concernant les chaînes alimentaires.

Enfin, le SSSM a un rôle de prévision, de prévention, lors d'interventions dans les domaines des risques naturels et technologiques, notamment lorsque la présence de certaines matières peut présenter des risques pour les personnes, les biens ou l'environnement.

Pour mener à bien toutes ses missions il réunit des médecins, des pharmaciens, des infirmiers, des sages-femmes, des kinésithérapeutes, des psychologues, des diététiciens et des vétérinaires ayant le statut de professionnel ou de volontaire. Pour l'exercice de leur art, les membres du SSSM sont soumis au code de déontologie ou aux textes spécifiques à la pratique de leur profession comme tout professionnel de santé. Il convient de préciser que,

¹⁸ Article R1424-24 du code général des collectivités territoriales : Service de santé et de secours médical du service départemental d'incendie et de secours.

¹⁹ Décret n°2000-1008 du 16 octobre 2000 portant statut particulier du cadre d'emplois des médecins et des pharmaciens de sapeurs-pompiers professionnels.

contrairement aux établissements de santé, il n'existe qu'une voie hiérarchique tenue par le médecin chef, seul responsable de toutes les professions de santé de l'établissement.

c) Associations de secouristes.

Des associations de secouristes peuvent se faire agréer pour délivrer des diplômes de secouriste ou participer aux secours pré-hospitaliers. Ces missions relèvent essentiellement de la tenue de postes de secours pour des manifestations sportives ou d'événements rassemblant un nombre important de personnes. Les secouristes de ces structures peuvent être mobilisés pour participer à la chaîne de secours en situation de catastrophe. Il est assez difficile de toutes les dénombrer car chaque citoyen ou organisation, à la possibilité de créer une association type 1901 et de se faire agréer « Sécurité Civile » (décret d'agrément au journal officiel) pour peu qu'il remplisse les conditions exigées. Les associations les plus connues sont la Croix Rouge, l'Association Nationale de Premier Secours, les Unités Mobiles de Premiers Secours, l'Œuvres Hospitalières Françaises de l'Ordre de Malte, les Associations Départementales de Sécurité Civile, l'Association des Secouristes et Sauveteurs des groupes de La Poste et France Télécom, ...

L'organisation des secours en France est donc complexe par la multitude d'acteurs, de milieux distincts et de cultures différentes. Le contexte du travail n'impose pas de décrire les secours maritimes et ne sont développés ici que les acteurs des secours terrestres²⁰. Ces intervenants dépendent de plusieurs instances publiques qui, elles aussi, ont leur propres règles et fonctionnements.

L'organisation en silo est donc structurelle, il existe un chevauchement des missions des différents acteurs et une certaine opacité du dispositif. La question de l'impact sur l'utilisateur, et de l'égalité des citoyens sur l'ensemble du territoire se pose devant cette multitude de partenaires qui paraissent indépendant.

²⁰ La coordination des moyens civils et publics pour la sauvegarde de la vie humaine en mer est sous la responsabilité du préfet maritime, qui est un officier de marine (Amiral le plus souvent). Il existe trois préfectures maritimes en métropole à Cherbourg pour la Manche et la mer du Nord, à Brest pour l'Atlantique et à Toulon pour la Méditerranée. Chaque préfecture maritime possède plusieurs Centres Régionaux Opérationnels de Surveillance et de Sauvetage (CROSS). Ils sont contactables sur le canal 16 des radios de bord des embarcations et navires. La régulation médicale est assurée par des SAMU de coordination et régulation maritime au nombre de 3 (Le Havre, Bayonne, Toulon) indépendants des SAMU terrestres. Par ailleurs, il existe un centre de consultation maritime (basé à Toulouse !) qui assure une permanence téléphonique pour des conseils médicaux accessibles à tous les navires battant pavillon français sur l'ensemble des mers du globe.

B La coordination : enjeu nécessaire pour structurer l'organisation des services.

Le cas des secours pré-hospitaliers constitue un exemple de coordination obligatoire consécutif aux politiques de santé mises en œuvre ; les difficultés entre acteurs de soins issus de différentes organisations ayant des conséquences sur la prise en charge des patients. En effet, les dispositifs de l'Aide Médicale Urgente et du Secours Urgent aux Personnes sont complémentaires mais, comme nous l'avons décrit, restent deux services très distincts manquant de transversalité dans leur organisation et fonctionnement, auxquels se surajoutent des partenaires ponctuels lors de missions spécifiques (mer, grands rassemblements...). La coordination est donc au cœur de l'optimisation du fonctionnement des secours pré-hospitaliers.

1 Politique publique et coordination.

a) *Politique et action publique.*

Dans l'introduction à son cours sur l'action publique et ses transformations, Pierre Lascoumes²¹ décrit la politique publique comme un aller-retour entre « *un commandement émanant d'une autorité centrale afin de résoudre un problème au nom du bien commun* » et « *un vaste espace de négociation entre une multitude d'acteurs privés et publics* ». La mise en place de stratégies par les organisations, les acteurs et la difficulté à mener leurs actions leur ont permis de prendre des décisions et de faire émerger des questions de politique publique. Cette représentation « bottom up » se retrouve dans le secours d'urgence, quand dans les années 60, des médecins et diverses associations de secouristes ont organisé les soins pré-hospitaliers. A l'inverse, la régulation politique, la direction et la cohérence données par l'Etat et les institutions, ont façonné à leur tour la politique publique. Ce « top down » se retrouve également dans les politiques du secours d'urgence lors de la création de services spécifiques hospitaliers au sein des établissements, à la fin des années 70 et de la publication de la loi du 6 janvier 1986, relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires²².

A partir des années 90, les adaptations des acteurs de terrain plus ou moins concertées d'une part, le jeu et le poids des institutions de l'autre, ont amené la rédaction d'un référentiel commun et de circulaires.

²¹ Lascoumes P. L'action publique et ses transformations. Science Po Paris ; 2012.

²² Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.

Plusieurs mesures de mises en œuvre de l'action publique sont apparues au fil du temps. Les premiers états étaient essentiellement basés sur la force de la loi. L'état régalien créait des outils réglementaires pour faire appliquer son maintien de l'ordre ; « *gouverner c'est alors légiférer, taxer, informer*²³ ». Puis l'état nation devient interventionniste, il administre en créant des transports des structures auxquelles le citoyen, certes bénéficiaire, est obligé de se soumettre. Nous retrouvons là, les politiques de grands travaux de la fin du 19^{ème} siècle. Au 20^{ème} siècle, la mise en œuvre des politiques publiques dites distributives peut passer par les prestations et les allocations sociales. A partir des années 80, les gouvernants utilisent de « nouveaux instruments » de régulation, dont « *le contrat* » et « *la concertation* ». La contrainte sociale et le développement du nouveau management public, notamment en Angleterre, reposent en très grande partie, sur des combinaisons d'instruments destinées à assurer une meilleure coordination des réseaux qui simplifient « *la bureaucratie* », par des mesures incitatives, la promulgation de standards et de bonnes pratiques évitant le conflit. Il en résulte une rationalisation de la décision et donc un caractère non problématique de leur mise en œuvre. La décision étant basée sur des faits, il est plus difficile de la remettre en cause. C'est ce à quoi tend l'action publique dans le secours pré-hospitalier, comme nous le verrons.

b) *La coordination*²⁴.

La coordination transparaît dans de multiples activités de la vie courante, tant privée que dans le champ professionnel, mais malgré une utilisation quotidienne, cette notion est polysémique. L'étymologie, nous apprend que le terme « coordination » vient du latin « Cum » = Avec et « Ordinare » = mettre en ordre, ranger, disposer. Le CNTRL²⁵ (Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales) en donne 6 définitions :

- « la *mise en œuvre*, agencement *calculé* des parties d'un tout selon un plan logique et en vue d'une *fin déterminée* »
- « un état de choses *harmonieusement* disposées en vue d'un certain *effet* »
- « une mise en *harmonie de divers services*, de diverses forces, de différentes composantes en vue d'en *renforcer l'efficacité* »
- « un *processus* qui assure d'une part, le bon agencement des parties d'un organe et d'autre part, la combinaison des commandes à envoyer aux appareils effecteurs »

²³ Lascoumes P, Simard L. L'action publique au prisme de ses instruments. Revue française de science politique. 17 févr 2011 ;61(1) : 5-22.

²⁴ La réflexion s'appuie sur un document de travail de thèse pour le SDIS 50, de madame P. Lenesley doctorante en science de gestion, université Lumière, Lyon2.

²⁵ Coordination : Définition de Coordination [Internet]. [Vu le 11 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/coordination>

- « la relation entre plusieurs concepts situés sur le même rang dans une classification »
- « la réunion de plusieurs schèmes d'entendement dans un même énoncé, avec un lien explicite »

Ces définitions renvoient toutes à des notions d'association, d'addition en vue de former une entité cohérente et harmonieuse dans un but d'entendement commun, d'unification.

Pour Malone et Crowston²⁶ (1994), la coordination est tellement présente dans notre quotidien que nous ne la percevons principalement lorsqu'elle est défaillante. Ces auteurs prennent l'exemple de notre agacement devant l'attente de l'affichage d'une porte d'embarquement, lors de trafics importants dans un aéroport. De même, les patients ou leurs familles envoient des lettres de protestation quand il y a eu une défaillance dans la coordination des acteurs des secours pré-hospitaliers.

Jarzabkowski P (2012)²⁷ modélise l'action de coordination en 5 phases : le déclenchement d'une perturbation, l'orientation vers l'absence (le manque) entraînant la création de nouveaux éléments, la formation d'un nouveau modèle et la création d'éléments de coordination pour stabiliser ce dernier. A la création du secours médicalisé, c'est bien ce manque de coordination interservices qui a façonné et façonne encore le mode de fonctionnement des services. Les textes législatifs se sont construits pour stabiliser et harmoniser le secours pré-hospitalier.

La coordination abordée, par son absence, impose un positionnement des acteurs par rapport à leurs intérêts. Ces intérêts peuvent être complémentaires, opposés ou communs. On retrouve ce positionnement chez Enjolras, qui définit le principe de coordination comme « *une relation sociale conduisant à une régularité de comportement due à une structure incitative d'intérêts, soit que les agents aient des intérêts complémentaires décrivant un jeu coopératif ; que les agents aient intérêt à préférer une situation où ils se coordonnent plutôt qu'une situation sans coordination, soit qu'un sous-groupe d'agents ait un intérêt et les ressources nécessaires pour obliger un autre groupe d'agent à coordonner leurs actions* » (Enjolras, p 50, 1995). Dans la coordination, l'interaction nécessaire entre acteurs doit se faire dans le partage d'intérêts et d'objectifs, pour éviter les conflits qui n'aboutiraient qu'à l'effet inverse.

²⁶ Malone TW, Crowston K. The interdisciplinary study of coordination. ACM Computing Surveys (CSUR). 1994;26(1) : 87-119

²⁷ Jarzabkowski PA, Lê JK, Feldman MS. Toward a Theory of Coordinating : Creating Coordinating Mechanisms in Practice. Organization Science. Août 2012 ; 23(4) : 907-27

Le langage est également important dans la coordination des organisations. Chaque groupe a un langage et cela ne regroupe pas que la notion ethnographique. Les organisations se créent un vocabulaire, grâce notamment aux techniques, « *mais également à l'organisation elle-même* »²⁸. Ce code sert de reconnaissance, mais aussi facilite le fonctionnement de l'organisation. Girin décrit une origine de ce problème par un effet de « *contextualité* ». Dans toute organisation, il y a une « *production langagière* » qui évoque des schémas cognitifs. Cela va au-delà de la simple culture d'entreprise. Un mot, une phrase, voire un concept, peut donc avoir une signification différente d'une organisation à l'autre.

Le secteur de la santé appose la notion de coordination à l'ensemble de ses activités de soins par la définition des « *parcours de soins coordonnés* », comme dans la définition des systèmes anatomiques. Dans « *l'organisation en réseaux dans le champ gérontologique : à la recherche d'un nouveau mode de gouvernance* » ; Hélène Trouvé²⁹ expose les difficultés à coordonner les actions en gérontologie, menées par des acteurs médico sociaux d'une part et médicaux d'autre part. Elle parle de « *mise en concurrence* » de ces deux réseaux, « *auto entretenant les stratifications des dispositifs* ». Il est relaté des freins entre professionnels de deux directions (DGAS et DHOS) d'un même ministère. Nous retrouvons cette compétition dans les secours pré-hospitaliers où ce ne sont pas deux directions d'un même ministère mais deux ministères différents (Santé et Intérieur) qui s'opposent. Cette concurrence ministérielle renforce les difficultés rencontrées dans la coordination des secours sur le terrain.

*c) Un exemple de coordination : Le comité départemental de l'aide médicale urgente, permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS – TS)*³⁰.

Ce comité a été institué par la publication des lois sur l'aide médicale urgente en 1986 et 87 pour coordonner les divers intervenants d'un département et assurer la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente dans le respect des SROS. A partir de 2002, il veille à l'organisation de la permanence des soins. Il est co-présidé par le préfet et le directeur général de l'agence régionale, nommant par arrêté conjoint des représentants des collectivités territoriales, des partenaires de l'aide médicale urgente et un représentant des associations d'usagers (Cf annexe 1).

²⁸ Girin J. La question du langage dans les organisations. Acte du séminaire Condor. 1989 ; 69–78.

²⁹ Trouvé H, Couturier Y, Saint-Jean O, Somme D. L'organisation en réseau dans le champ gérontologique : à la recherche d'un nouveau mode de gouvernance. Géographie, économie, société. 30 mars 2010 ;12(1) : 31-52.

³⁰ Article R6313-1 du code de la santé publique : Comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires : composition et fonctionnement.

La volonté des politiques publiques de coordination à travers le CODAMUPS-TS est remise en cause par des difficultés de fonctionnement. En effet, sa composition a évolué en fonction des directives émanant des lois santé de 2002 et 2009 et peut compter, en sus de la liste citée, des membres invités par le préfet ou le directeur de l'ARS. Nous voyons donc que le nombre de personnes (minimum de 31 imposé par le texte) n'incite pas à des travaux optimum, malgré la création de sous-comités, dont le sous-comité du transport sanitaire et le sous-comité médical. Les bi-présidences, depuis 2010, ne permettent pas non plus, un fonctionnement serein et force est de constater que dans la majorité des départements, il entérine des décisions prises par les groupes de travail organisés par les acteurs de terrain. Aussi, des dispositions nouvelles d'organisation de ce comité doivent paraître à la fin de l'année 2017, pour lui redonner de l'efficacité.

Devant ce constat, la volonté politique de coordination et de décloisonnement s'est manifestée par la mise en place du référentiel sur le secours à personne et l'aide médicale urgente accompagnée par ses circulaires d'applications.

2 La circulaire interministérielle N° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015.

a) *Qu'est-ce qu'une circulaire ?*

Une circulaire est un texte administratif. Il s'agit d'une note d'organisation interne qui permet à une autorité administrative d'informer ses services. C'est un « *écrit émanant d'un ministre ou d'un chef de service des administrations publiques et visant à fournir à ses services, des directives pour l'application d'une réglementation*³¹ ».

Les circulaires constituent l'instrument privilégié par lequel les chefs de service, et notamment les ministres, exercent leur pouvoir d'instruction. C'est une composante essentielle du pouvoir administratif sur ses subordonnés. Elles ont pour objet d'explicitier la réglementation et la législation en vigueur, en vue d'assurer la cohésion de l'action publique et administrative. C'est particulièrement vrai pour les circulaires interministérielles.

Les circulaires ne s'adressent pas aux usagers et ne peuvent que rarement faire l'objet d'un contentieux. Le Conseil d'État a fixé trois critères de recevabilité : le caractère impératif, c'est-à-dire le fait de dicter une conduite à tenir d'ordre général, la non-conformité aux textes interprétés et la non-conformité avec la hiérarchie des normes. Ainsi, toute circulaire dotée

³¹ Circulaire : Définition de Circulaire [Internet]. [Vu le 4 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/circulaire>.

de telles dispositions est susceptible de présenter un recours devant le tribunal administratif.³²

b) La circulaire du 5 juin³³.

Plusieurs numéros d'appel d'urgence, que sont le 15, le 18 et le 112, peuvent être utilisés lors d'une urgence vitale. En fonction du numéro (15 ou 18) effectué, le délai d'attente avant l'intervention d'une équipe sur le terrain et avant l'expertise médicale peut être très aléatoire. En effet, plusieurs interlocuteurs se succéderont différemment selon le numéro composé par le patient, ceci dans le but de sélectionner quels sont les secours nécessaires, puis disponibles et enfin les plus adaptés à la situation décrite lors de l'appel.

Cette difficulté est non seulement source d'erreur pour le patient mais constitue une perte de temps dans sa prise en charge. Il a donc fallu organiser la prise d'appel et l'envoi des secours.

Contexte :

Cette circulaire traite de l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente. Elle s'inscrit dans un processus d'harmonisation de l'action publique au niveau du secours urgent à personne débuté en 2007. Suite à une demande forte du président de la république, Madame Alliot-Marie, Ministre de l'intérieur et Madame Bachelot, Ministre de la santé, avaient confié à un comité quadripartite la rédaction d'un référentiel commun pour améliorer la coordination entre les missions de secours à personne assurées par les SDIS et la prise en charge des urgences médicales réalisée par les SAMU.

Ce comité était composé des administrations respectives de ces deux ministères, à savoir : la Direction de la Sécurité Civile (précurseur de la DGSCGC) et la DGOS ; ainsi que les associations représentatives des professionnels concernés des SDIS et des SAMU.

Ce référentiel a été publié le 25 juin 2008³⁴ et l'arrêté du 24 avril 2009³⁵, l'inscrit dans la loi. Une enquête conjointe de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale de l'administration (IGA) a permis de faire le point sur l'avancée de ce référentiel

³² Les recours contre les circulaires — [Internet]. [Vu le 4 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.revuegeneraledudroit.eu/blog/2012/04/13/les-conditions-de-recevabilite-des-recours-contre-les-circulaires/>

³³ Circulaire interministérielle N° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente.

³⁴ Organisation du Secours à Personne et de l'Aide médicale Urgente - référentiel commun. Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales ; Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative ; 2008 juin p. 64.

³⁵ Arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente.

en 2013. Le rapport relatif à cette enquête a recommandé, des précisions et des améliorations concernant la coordination des deux grands effecteurs. A partir de ces conclusions, la DGOS et la DGSCGC ont établi une feuille de route conjointe comprenant quatre axes (circulaire du 15 juin 2015) :

« AXE 1 : Améliorer la qualité du service rendu aux usagers en clarifiant les missions et en favorisant la coopération des acteurs mobilisables dans le cadre des secours et soins d'urgence.

AXE 2 : Renforcer les outils permettant d'assurer la complémentarité des moyens humains et matériels, tant terrestres qu'héliportés.

AXE 3 : Dynamiser les instances de gouvernance nationales et locales en charge du pilotage des dispositifs de secours et de soins d'urgence ».

AXE 4 : Mettre en œuvre des actions de pédagogie et de communication conjointes auprès des usagers ».

Les différentes thématiques de la feuille de route doivent faire l'objet progressivement de la parution des textes normatifs appropriés.

Contenu :

La présente circulaire interministérielle est relative à la mise en œuvre des premières thématiques des axes 1 et 2 de la feuille de route. La circulaire tente donc de répondre à un besoin de clarification des missions mais aussi de préciser les modalités de la coopération des acteurs (axe 1) et inciter à la complémentarité de moyens tant humains que matériels des deux services (axe 2).

Cette circulaire réaffirme le rôle de chacun des partenaires et réintroduit le terme « secours d'urgence aux personnes » (SUAP) remplaçant le terme de « secours à personne » amené par le référentiel de 2008. En effet, nous trouvons bien ce terme dans les missions du SDIS données par le code général des collectivités territoriales : « *Les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes, ainsi que leur évacuation* »³⁶. Au-delà de l'anecdote sémantique, ce rajout d'un mot, affirme le rôle des services d'incendie et de secours et les recentre sur les missions urgentes. Ce SUAP est donc défini comme une mission des SDIS, pour (p6) :

- « *assurer la mise en sécurité des victimes* », *les soustraire à un danger ou un milieu hostile, effectuer des gestes de secourisme en équipe,*

³⁶ Articles L1424-1 à 8 du code général des collectivités territoriales : Dispositions communes relatives aux services d'incendie et de secours.

- « réaliser l'envoi des moyens adaptés dès la réception de l'appel et en informer la régulation médicale du SAMU »,
- « réaliser l'évacuation éventuelle de la victime vers un lieu d'accueil approprié ».

Une possibilité d'évacuation autre que vers les établissements de santé est évoquée, notamment sur les cabinets médicaux et les maisons de santé pluri-disciplinaires (p8). Ce point nécessite une coordination avec ces structures pour évaluer leur capacité d'accueil, tant en nombre de patients, qu'en tranches horaires. En effet, ces entités ne sont pas ouvertes 24 heures sur 24 et malgré les déclarations d'intention, il n'est pas évident d'amener un patient en urgence dans un cabinet médical. Cela perturbe les consultations, et provoque des réclamations parmi les patient ayant pris rendez-vous.

De même, nombres de cliniques privées annoncent réceptionner les urgences mais ne répondent que rarement présents quand le SAMU les sollicite. Nous pouvons l'expliquer en partie par un manque de personnels spécifiquement affecté, et de programmations d'opérations « rentabilisées ». Comme le dit Sylvie Morel dans sa thèse citée, « *Les considérations financières sont en effet omniprésentes dans cet établissement dont l'activité est strictement rationalisée et les médecins, à la recherche d'une optimisation toujours plus grande des outils et du temps de travail* » (S.Morel, 2014, p 362). Quand ces établissements acceptent, c'est rarement pour des pathologies lourdes nécessitant de long temps d'hospitalisation (fractures ouvertes multiples, patients atteints de maladies chroniques, dépendants ...), ou une prise en charge relationnelle difficile (alcoolisation, agitation...) « *Certains profils socio-pathologiques tels les patients alcooliques, « agités » souffrant d'un problème psychologique, sont clairement étiquetés comme « indésirables » dans ce service. « Depuis quelques années, de nombreux professionnels hospitaliers dénoncent les problèmes liés à l'arrivée massive de ces patients âgés et grabataires par la porte des urgences publiques. Leur état de dépendance nécessite généralement un traitement lourd et une surcharge de travail pour le personnel de santé (faire la toilette, habiller, donner à manger, etc...) (S.Morel, 2014, p 388). Ces patients sont étiquetés par les professionnels comme étant des « mauvais malades » car, en plus de la surcharge de travail que leur état impose, ils restent en moyenne plus longtemps dans les services. Au terme de leur hospitalisation, il faut en effet leur trouver une place dans un établissement adapté, ce qui, dans un contexte de pénurie d'offre de lits dans ce domaine, conduit les infirmières à consacrer beaucoup de leur temps à réaliser ces tâches considérées comme du "sale boulot" (et non rentables pour l'établissement) » (S.Morel, 2014, p 413) . Elle expose qu'« A l'impression d'ouverture constatée dans le service public, s'oppose celle d'une relative fermeture des urgences de la clinique et d'un accès qui semble être réservé à des « initiés » (S.Morel, 2014, p 391). Elle poursuit en notant que « l'analyse comparée des lieux*

d'intervention (de recrutement des urgences) révèle une disparité significative entre les deux services : la grande majorité des patients des urgences de la clinique n'ont pas sollicité l'aide de professionnels du transport sanitaire d'urgence (65,7%) alors qu'ils sont près des trois quarts à l'avoir fait aux urgences publiques » (S.Morel, 2014, p 398).

Si le transport urgent est malgré tout réalisé, l'accueil reste souvent problématique. Faute de moyens, ce sont souvent les secouristes qui réalisent le brancardage dans l'établissement. Il est donc nécessaire sur un territoire de se concerter pour ne pas risquer de tels écueils.

La circulaire interministérielle définit en nombre et en contenu les protocoles de soins urgents des infirmiers de sapeur pompiers. Un référentiel commun de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) et de la Société Européenne de Médecine Sapeur-Pompier (SEMSP) est sorti en mars 2016, pour préciser les contenus scientifiques³⁷. Il est à noter la difficulté qu'ont ces sociétés savantes pour reconnaître les délégations de tâches, quitte à édicter des recommandations scientifiques propres à elles seules. Ces propos sont étayés par l'exemple suivant :

L'ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation) et le conseil européen de réanimation préconisent depuis 2015, d'utiliser l'Adrénaline lors d'un arrêt cardiorespiratoire en asystolie (« rythme plat ») et de l'associer à de l'Amiodarone en cas de fibrillations successives³⁸. La plupart des pays font appel à des « non médecins » pour traiter leurs urgences (S.Morel 2014, p224). Ces textes s'adressent donc aussi à ces professionnels non médecins. Dans leurs recommandations citées, la SMFU et la SEMSP recommandent l'injection d'adrénaline, mais n'autorisent l'Amiodarone qu'après avis médical. En France, on constate donc une restriction de la possibilité thérapeutique initiale, alors que les sociétés internationales ne la préconisent pas. Il est vrai que dans leur bibliographie, la SFMU et la SEMSP ne citent pas les recommandations internationales, mais leurs propres travaux. Ces contradictions ont posé des difficultés au moment de la rédaction des PISU entre les rédacteurs dans les départements. La vision très médicale de l'urgence pré-hospitalière en France, entachant les articles académiques des sociétés savantes françaises, se retrouve dans cet exemple.

³⁷ Protocoles infirmiers de soins d'urgence [Internet]. Société Française de Médecine d'Urgence Société Européenne de Médecine de Sapeurs-Pompiers et Société Française d'Anesthésie et de Réanimation Société de Réanimation de Langue Française Conseil Français de Réanimation Cardio-pulmonaire Club des Anesthésistes-Réanimateurs et Urgentistes Militaires ; 2016 mars [vu le 15 janv 2017] p. 39. Disponible sur : <http://www.sfmou.org/upload/referentielsSFMU/pisu2016.pdf>

³⁸ Belgian Resuscitation Council. Les directives de réanimation 2015. Leuven ; Den Haag : Acco ; 2016.

Le circulaire traite également des engagements réflexes. Les départs pour lesquels le SDIS est en droit d'engager un moyen de secours sans décision préalable du SAMU sont redéfinis, et classés en quatre catégories selon :

- La nature de la détresse (les détresses vitales),
- les circonstances de survenue de la détresse (explosion, transport en commun, nombreuses victimes...),
- l'environnement dangereux (feu, éboulement..),
- le lieu de survenue de la détresse (voie publique, privée, établissement recevant du public).

Un arrêté (NOR: AFSH1513180A) publié le même jour (portant modification de l'annexe I du référentiel commun de 2008), liste précisément ces départs réflexes (annexes 2). Ceux-ci permettent de gagner de précieuses minutes, l'interface avec la régulation étant bien entendu établie immédiatement après.

Pour permettre un secours urgent médical en moins de 30 minutes, la circulaire préconise dans son deuxième axe, un diagnostic des ressources médicales du territoire, ainsi que leur formation. Une part conséquente des médecins de sapeurs-pompiers volontaires, mais surtout des infirmiers de sapeurs-pompiers volontaires, travaillent dans des établissements de soins. Les effectifs étant de plus en plus contraints dans les hôpitaux, une concurrence apparaît entre les deux services qui, dans certains cas, peut-être problématique. Ce risque, théorique en situation courante, peut devenir réel lors de crises : les hôpitaux rappelant du personnel de repos probablement engagé par les services départementaux sur les lieux du sinistre. La circulaire incite les acteurs à réfléchir à des conventions entre établissements, sans apporter de solution : « *Une convention cadre interministérielle relative à la disponibilité des médecins et infirmiers hospitaliers engagés comme sapeurs-pompiers volontaires vous sera transmise ultérieurement et devra être déclinée localement entre les SDIS et les établissements de santé concernés* » (p15). A l'heure d'écriture de ce travail aucun texte n'est paru.

Le texte insiste également sur le développement des secours hélicoptérés et leur médicalisation. Une instruction ministérielle DGCG- DGOS a été publiée en mars 2017 pour harmoniser les utilisations des hélicoptères dans les missions sanitaires. Dans ce domaine aussi la multiplicité des acteurs entraîne une concurrence néfaste à la prise en charge des victimes et à la dispensation de l'argent public. Il existe 81 hélicoptères effectuant des

Norbert BERGINIAT

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique Sciences Po Rennes - 2016-2017

secours et plus de 100 si on compte les hélicoptères de la gendarmerie qui peuvent y participer notamment en montagne. Certains départements en comptent trois (Rhône, Bouches du Rhône), d'autres aucun, malgré leur éloignement des plateaux techniques (Nièvre, Cher, ...). Cette instruction encourage de partager les moyens et doit permettre d'interdire à un hôpital de se doter d'un Héli-mur, s'il existe un hélicoptère de la Sécurité Civile sur le territoire.

Enfin, cette circulaire, demande aux préfets et directeurs d'ARS de constituer et de réunir dans les trois mois un comité de suivi de la mise en œuvre des modalités décrites. La DGOS et la DGSCGC, à travers les inspections de leurs ministères (IGAS - IGA), en assureront le suivi au niveau national.

Cette circulaire est donc ambitieuse dans sa volonté de coordination et d'efficacité des secours. Elle renforce la transversalité nécessaire à l'impression d'organisation en silo des secours pré-hospitaliers Français. Nous allons à présent analyser comment ces nouveaux textes ont été mis en place au sein du département de la Manche.

II La circulaire interministérielle en pratique : conditions d'application et d'appropriation sur un territoire.

Selon Simon Charbonneau et Jean G. Padioleau³⁹ : « *Toute nouvelle politique publique perturbe avec plus ou moins d'ampleur, les modalités habituelles de conduite des agents sociaux concernés* ». Ces auteurs rapportent que dans les organisations complexes, les acteurs ont besoin de concertations, d'explications, pour accompagner un changement qu'ils trouvent compliqué à mettre en œuvre.

Nous allons donc présenter les destinataires de la circulaire, sa mise en application, et son résultat neuf mois après sur la coordination des acteurs du pré-hospitalier dans notre territoire d'étude, à savoir le département de la Manche.

A Diagnostic de la situation sanitaire dans le département de la Manche : rôle concurrentiel ou complémentaire du SAMU et du SDIS ?

Le département de la Manche comptait 499 960 habitants en 2014, augmenté par l'afflux touristique tout au long de l'année. En effet, les 350 kilomètres de côtes variées, les sites historiques, dont les plages du débarquement du 6 juin 1944 et le Mont Saint-Michel (environ 1 million de visiteurs par an) accroissent largement la population autochtone⁴⁰.

Les risques technologiques sont essentiellement nucléaires. Ce département comporte, en effet, de nombreuses installations que sont :

- l'usine de retraitement des déchets nucléaires,
- le site de stockage profond,
- le port militaire de Cherbourg lieu de la fabrication et du démantèlement des sous-marins à propulsion nucléaire français,
- la centrale nucléaire comportant deux réacteurs en service et le futur EPR (Evolutionary Power Reactor) de Flamanville.

³⁹ Charbonneau S, Padioleau JG. La mise en œuvre d'une politique publique réglementaire : le défrichement des bois et forêts. *Revue française de sociologie*. 1980 ;49–75.

⁴⁰ La population de la Manche se stabilise autour d'un demi-million d'habitants | Insee [Internet]. [Vu le 12 mars 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2539135>.

Depuis 2012, le SAMU et le SSSM se rencontrent régulièrement pour évaluer et analyser les actions de secours dans le départements.

1 les acteurs des secours pré-hospitaliers dans la Manche.

Le SAMU de la Manche est basé au centre hospitalier mémorial de Saint-Lô. Il a été créé en 1985, mais le centre 15 l'a été 10 ans plus tard. Il comprend 15 médecins régulateurs et 10 Assistants de Régulation Médicale (ARM). Le logiciel de traitement de l'appel est identique à tous les SAMU de Normandie, et il est interconnecté avec le logiciel du CTA-CODIS de la Manche. Le centre 15 a reçu et traité 76 057 appels téléphoniques en 2014⁴¹. Les médecins participent aussi à l'activité du SMUR (750 départs en 2015) et des urgences de l'hôpital (120 passages par jours⁴²).

Il existe 7 SMUR dans le département, rattachés aux hôpitaux de Saint Lô, de Coutances, de Cherbourg, de Valognes, d'Avranches, de Granville et de Saint Hilaire du Harcouët. Leurs médecins participent également aux soins des urgences. La totalité des sorties sur le département s'élevait à 3 484 en 2014, auxquels il faut rajouter 1 326 transferts inter-hospitaliers. Ces chiffres sont stables sur les quatre dernières années. Depuis 2015, les urgences du centre hospitalier de Valognes sont fermées, entraînant des déplacements sur Cherbourg (25 minutes) et augmentant le temps d'indisponibilité des ambulances pour le transport. Il est à noter que le SMUR est régulièrement fermé, notamment pendant les vacances vu l'insuffisance de médecins prenant des gardes sur cet établissement.

Le SDIS de la Manche se situe dans la moyenne haute des SDIS de France en termes d'importance d'activité et de personnels. L'établissement placé sous l'autorité administrative et financière du président du Conseil d'Administration du SDIS, réunit 22 membres élus parmi les conseillers départementaux, les présidents d'établissements publics de coopération intercommunale, ou de communauté de communes et les maires. Le président est délégué par le président du conseil départemental. La direction, les services administratifs et techniques du SDIS sont situés à Saint Lô.

⁴¹ ORS basse Normandie. La prise en charge des urgences. Chiffres clés. 2015 oct p. 4.

⁴² Entretien médecin responsable du SAMU 50, le 18 mai 2017.

Le corps départemental intégré au SDIS est composé de 280 sapeurs-pompiers professionnels, d'environ 2 000 volontaires⁴³, et 69 personnels administratifs et techniques, répartis dans 47 centres de secours et réalisant 38 000 interventions par an, avec 566 véhicules. Le SUAP représente 80% des interventions dans la Manche à comparer à la moyenne nationale de 73%⁴⁴. En journée, nous retrouvons de plus en plus de centre qui ne peuvent pas fournir un nombre suffisant de personnels. Ces indisponibilités connues en temps réel à l'appel sont compensées sans perte de temps par les sapeurs-pompiers des centres voisins les plus proches⁴⁵. Cette couverture ne peut être efficace que s'il y a un nombre restreint de personnels non disponibles. Ce manque de personnel devient préoccupant dans certains secteurs, car il allonge les distances entre secouristes et victimes.

Le SSSM comprend 130 membres dont 7 professionnels et 4 secrétaires. Les volontaires représentent la majorité des personnels de santé : 35 médecins, 3 pharmaciens, 72 infirmiers, et 8 vétérinaires, une sage-femme, deux psychologues, 3 diététiciennes et un kinésithérapeute.

Les médecins ne sont pas répartis harmonieusement sur l'ensemble du territoire et, de par leur faible disponibilité, ils ne participent que très peu aux urgences pré-hospitalières courantes (moins de 10 interventions par an). Néanmoins, ils assurent la médicalisation lors de grandes manifestations (Tour de France, festivals d'été, commémorations du 6 juin 1944) et peuvent être mobilisés pour une intervention de grande ampleur. Le développement des SMUR, couvrant relativement bien le département, a réduit le nombre d'interventions des médecins. Par ailleurs, la problématique de la permanence des soins sur les territoires et l'augmentation de leur activité ne permettent pas une participation opérationnelle soutenue. Tous ces facteurs peuvent expliquer que nous constatons une démotivation des médecins sapeurs-pompiers pour l'urgence pré-hospitalière, dans notre département.

Entre la prise en charge médicale très spécifique et les gestes de secourisme des sapeurs-pompiers, il existe une importante part de pathologies dont le traitement peut être réévalué, car « sur médicalisé ». A titre d'exemple, la prise en charge d'une hypoglycémie sévère chez

⁴³ En effet si le nombre de postes de professionnels est fixé, le nombre de sapeurs-pompiers n'est pas limité. Il oscille en fonction des engagements et démissions tout au long de l'année.

⁴⁴ Les chiffres clés du SDIS 50 [Internet]. [Vu le 12 mars 2017]. Disponible sur : http://www.sdis50.fr/sdis50_2/chiffres-cles/.

⁴⁵ En effet le système de la sirène n'est que rarement utilisé. Antérieurement il fallait attendre une non réponse de la caserne sonnée dans les 7 minutes pour déclencher un autre centre, avec le risque identique de non départ faute d'équipe complète. Actuellement, un logiciel utilise une base de données où sont colligées les aptitudes médicales et les formations de chaque personnel. D'autre part, il intègre la qualification en nombre et qualité de personnels à mettre dans chaque engin. Les sapeurs-pompiers volontaires se déclarent disponibles sur ce logiciel, par téléphone ou informatiquement. Lors d'un appel, le logiciel déclenche les bonnes personnes en nombre et qualité dans la caserne la plus proche les possédant.

une personne diabétique nécessite d'en faire le diagnostic (une goutte de sang déposée sur une bandelette et lue par un appareil automatique) et de mettre en place rapidement une perfusion de glucose concentré. Ces deux gestes ne peuvent pas être effectués par un secouriste. Un infirmier agissant sur protocole, comme le stipule et l'encadre l'article R4311-14 du code de santé publique ⁴⁶, peut tout à fait répondre de manière nécessaire et suffisante à cette urgence. La prise en charge est donc optimum et n'utilise pas les ressources rares que sont les médecins des SMUR. Ces équipes de réanimation peuvent être utilisées ailleurs où leur présence est nécessaire. En outre, l'absence de ces médecins en poste dans un service d'urgences est souvent préjudiciable à l'organisation de ce dernier.

Le traitement de la douleur fait aussi partie des possibilités de prise en charge sous protocole, comme la réalisation d'examens paracliniques transmis. Les douleurs thoraciques sont fréquentes et ne correspondent que rarement à un infarctus. L'infirmier sous protocole réalise un électrocardiogramme (geste appartenant à son champ de compétence) qu'il télétransmet au centre 15. Le régulateur du SAMU interprète cet examen et décide des suites à donner.

C'est pour cela que nous avons développé cette troisième voie de prise en charge des urgences pré-hospitalières dans la Manche, à l'instar de nombreux pays. Après une formation théorique et pratique, les infirmiers de sapeurs-pompiers de la Manche mettent en œuvre 9 protocoles de soins d'urgences. Ces protocoles sont développés en transparence totale avec le SAMU 50 qui, depuis 2012, participe à leur écriture et leur formation. Le SDIS est enregistré par l'organisme en charge du développement professionnel continu, les formations sont donc validantes pour les professionnels de santé. Les infirmiers de sapeurs-pompiers ont réalisé ainsi 2 477 interventions en 2015.

La Manche dispose d'une base de la sécurité civile et le SDIS 50 peut bénéficier de son hélicoptère. Le SSSM est à l'origine d'une convention signée en janvier 2013 entre le SDIS, le SAMU 50 et le chef de base, permettant des départs réflexes de l'hélicoptère, gage de temps gagné dans la prise en charge des victimes. Cette signature a nécessité un travail important du SDIS mandaté par la DGSCGC. Il existait un contentieux important entre le SMUR de Granville soutenu par la base, utilisant quasi exclusivement l'hélicoptère⁴⁷ et le SAMU 50 qui ne pouvait pas en avoir la maîtrise pour l'ensemble du territoire. Ce contentieux existe toujours, mais il n'est plus préjudiciable pour la victime.

⁴⁶Article R4311-14 du code de la santé publique - Protocoles de soins d'urgence.

⁴⁷ La base est à 5 minutes de vol du centre hospitalier de Granville.

Par ailleurs, le siège de la préfecture Maritime de la Manche et de la Mer du Nord est situé à Cherbourg. Le Centre régionaux opérationnel de surveillance et de sauvetage (CROSS) Jobourg (nord Cotentin) réceptionne et régule les appels des navires et embarcations du « rail » et des îles anglo-normandes.

2 Les attentes des institutions et des professionnels : une rationalisation des missions.

Jusqu'en 2011, les relations entre le SAMU et le SDIS dans la Manche étaient difficiles et les réunions étaient provoquées lors de crises majeures entre les deux services. Suite au référentiel de 2008, une convention a été signée le 31 décembre 2009, contrainte et forcée par le préfet en place.

A partir de 2010, le directeur du SDIS, le responsable du SAMU ainsi que le médecin chef du SDIS ont changé. Cette nouvelle équipe a voulu améliorer les relations pour permettre une meilleure coordination des secours sur le département.

En effet, de nombreux différents subsistait quant à l'application de la convention. Des chefs d'agrès de VSAV avaient parfois des difficultés à obtenir une équipe d'un SMUR sur les lieux d'une intervention, où la présence d'un médecin s'avérait nécessaire. A contrario, les médecins régulateurs reprochaient des bilans secouristes flous ne leur permettant pas de juger la gravité de la situation. Des ambulances du SDIS étaient dépêchées à la place d'ambulances privées sans que le SAMU ne reconnaisse le caractère de carence de ces ambulances.

En 2012, Il a été décidé d'analyser chaque problème rencontré lors de réunions bimensuelles. Pour cela, des fiches d'évènements indésirables, élaborés conjointement, ont été distribuées aux deux centres de réceptions d'appels. Lorsqu'une difficulté survient l'opérateur du CTA ou l'ARM la note plutôt que de chercher à donner des explications inutiles au téléphone n'entraînant que des retards de prise en charge de la victime.

Les interventions correspondantes à ces fiches sont donc analysées, les bandes téléphoniques réécoutées par les agents du SAMU et du SDIS, et une synthèse est transmise lors des réunions. Au décours, le médecin responsable du SAMU et le médecin chef du SDIS tranchent, des consignes sont élaborées recentrant toujours l'action à apporter sur le patient et ses soins optimum. Ces consignes sont enseignées par des équipes mixtes, lors des formations continues des responsables d'équipes d'intervention des ambulances sapeur-pompier (chefs d'agrès), des opérateurs CTA et des ARM du centre 15. De plusieurs dizaines de signalements en 2012, nous en avons actuellement 4 à 5 lors de ces réunions, preuve que le climat s'est apaisé et que la coopération, par des instructions claires, comprises et

enseignées, a été bénéfique. Il n'en demeure pas moins que les attentes de chacun peuvent être différentes mais complémentaires comme nous allons essayer de le montrer.

Depuis le début des années 2000 en France, en dehors de quelques Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), les médecins affectés au SMUR le sont aussi au service des urgences. Lors d'un départ, ils sont obligés de laisser un patient sous la surveillance d'un collègue. Cette transmission de données est source de retard pour se rendre sur les lieux de la détresse⁴⁸ et de risques d'erreur pour le patient des urgences. Laisser un patient victime d'un infarctus pour un autre présentant un malaise dont la gravité n'est pas prouvée peut relever d'un choix cornélien. Les sorties SMUR sont donc « pesées » par le médecin régulateur. Il lui est nécessaire de bien cerner le problème sur les lieux par des bilans rapides et précis : « *nous ne pouvons pas envoyer un engin à chaque fois, il faut adapter les moyens aux besoins réels du patient* »⁴⁹.

De par le maillage territorial, notamment en zone rurale, les sapeurs-pompiers sont plus rapidement sur les lieux que les ambulanciers privés. Pour reprendre l'exemple du malaise mal cerné à domicile, un bilan rapide permet d'ajuster l'envoi d'une équipe médicale. Le SAMU aura donc tendance à s'appuyer sur l'équipage d'un VSAV, même si la mission ne relève pas du SDIS. Pour les mêmes raisons, le médecin régulateur a besoin d'avoir la connaissance des moyens disponibles du SDIS, notamment les moyens de santé. Une phrase typique retrouvée assez régulièrement dans la bouche du médecin responsable du SAMU : « *ce n'est pas la peine que l'on envoie un SMUR, s'il y a un moyen SSSM* »

Par ailleurs, l'encombrement des services d'urgence nécessite que les patients pouvant bénéficier d'une prise en charge par un médecin traitant ou un autre professionnel de santé ne soient pas dirigés vers l'établissement de soins. L'envoi d'une ambulance sur les lieux impliquant très fréquemment le transport, la décision d'orienter vers un praticien doit donc être prise avant l'envoi du moyen. De plus, un VSAV auprès d'un patient qui ne justifie pas nécessairement son intervention devient indisponible pour répondre à une urgence réelle. Dans le sud Manche, territoire assez rural et où les moyens sont dispersés, l'indisponibilité d'un VSAV implique l'envoi d'un engin d'un autre centre de secours pouvant, se situer à 20 mn.

Depuis 2010, les caractéristiques réelles de ces interventions pour secours urgent à personnes ont interrogé la gouvernance du SDIS ; « *il faut trouver une solution à cette augmentation exponentielle des missions de secours à personnes, cela n'est plus possible*

⁴⁸ Une étude du SAMU 50 montre que ce délai peut aller jusqu'à 20 mn lors de certaines sorties dans le département.

⁴⁹ Propos du médecin responsable du SAMU 50 lors de l'entretien du 18 mai 2017.

*de solliciter nos pompiers pour des missions relevant du champ de la santé »⁵⁰. Ces missions ont augmenté de 30 % depuis 10 ans⁵¹ et cela commence à avoir un effet délétère sur la disponibilité de nos engins et de nos personnels. En effet, certains secteurs ne peuvent plus assurer leurs opérations, faute de sollicitations importantes. Le problème commence à être aiguë en journée, où le taux de disponibilité des sapeurs-pompiers est plus faible de par leur activité professionnelle. Certains employeurs conventionnés permettent à quelques-uns de leurs personnels de partir sur leur temps de travail pour des missions urgentes, car assez peu fréquentes et donc peu péjoratives au bon fonctionnement de leur entreprise. Mais la répétition des absences commence à entraîner des difficultés. Dans sa thèse, Sylvie Morel rapporte les propos d'un officier de sapeurs-pompiers, le Colonel Schmauch : « *c'est l'augmentation continue du nombre d'interventions qui épuiserait rapidement les bonnes volontés* » (S.Morel 2014, p199).*

Par ailleurs, l'impression ressentie est qu'il y a une dérive dans les missions qui ne sont pas du ressort des sapeurs-pompiers : « *on a encore fait du social* ». Terme générique pour qualifier les missions non urgentes. Cette impression est objectivée en avril 2013 par un échantillonnage d'interventions effectué par la réécoute systématique des appels au CTA et une relecture des comptes rendus des sorties d'engins correspondantes. Cette étude avait montré que 60% des interventions ne nécessitant pas la présence de sapeurs-pompiers étaient dus à l'envoi trop systématique d'engins par le CTA et 40 % à une régulation permissive du SAMU⁵². Il est vrai que la diversité des missions des sapeurs-pompiers français est la plus large de tous les pays européens.

Les motifs de départ des secours sont référencés dans une base de données du logiciel de traitement de l'alerte du SDIS. Les dénominations correspondantes, peu compréhensibles n'étaient pas partagées par l'ensemble des opérateurs et des personnels du SAMU. Outre un problème sémantique pouvant perturber les échanges, ces appellations imprécises pouvaient présenter des interprétations empêchant une analyse correcte des interventions.

Lors de la publication de la circulaire, le SSSM était dans une démarche de mutualisation des PISU avec les autres départements normands suite à la réunification des « deux Normandie ». La volonté des SSSM normands était l'amélioration de la crédibilité en interne vis-à-vis de nos directeurs, mais aussi en externe, en direction de nos partenaires que sont les SAMU et l'ARS. Le SAMU, lui, n'avait pas d'attente particulière concernant l'intervention

⁵⁰ Phrase extraite du discours de sainte Barbe 2015 du président du conseil d'administration du SDIS.

⁵¹ Statistiques SDIS (Edition 2015) | Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion de crise [Internet]. [Vu le 1 mai 2017]. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/content/download/90819/706317/.../StatsSDIS15BD.pdf>.

⁵² Source interne SDIS 50.

des ISP, de l'aveu même du médecin responsable ; « *la circulaire a recadré (les pratiques des ISP), mais c'est ce qu'avait déjà fait le département depuis longtemps, donc cela ne nous a pas apporté grand-chose* ⁵³ ».

Il y avait donc une véritable volonté de la gouvernance du SDIS, de ramener les chiffres du SUAP dans la moyenne nationale, en ne réalisant que les missions propres et à démasquer les carences d'ambulanciers privés en vue de les diminuer et de se les faire rembourser. Ces objectifs rejoignaient les intérêts du SAMU, d'efficacité des moyens, comme le dit le médecin responsable il y a « *une volonté d'adaptation des moyens aux besoins* ». La coordination à mener s'appuie donc bien, sur les convergences d'intérêts communs, gage de réussite (Enjolras⁵⁴, p50, 1995). Ceux-ci vont se concrétiser par la mise en œuvre de la circulaire qui s'inscrit tout à fait dans la continuité des échanges des acteurs du SUAP dans la Manche : « *la circulaire a été le détonateur de ce que l'on pensait, ... les idées de cette circulaire étaient dans l'air du temps* »⁵⁵. Nous allons décrire comment nous nous la sommes appropriée, comment nous l'avons déclinée dans notre département et comment ce changement a été réellement perçu par les gouvernances et les personnels de ces deux institutions, qui l'avait accueillie favorablement à sa promulgation.

B Mise en application : une nouvelle convention rédigée.

La circulaire ministérielle est parue en juin 2015, pour permettre l'application de ses recommandations et répondre aux attentes des deux parties, nous avons travaillé en mode projet pendant 18 mois environ. A l'issue de cette période nous avons rédigé une nouvelle convention avec le SAMU et décliné de nouveaux protocoles interdépartementaux pour nos infirmiers. En novembre 2016 la DGSCGC, prescrivait la rédaction par les SDIS, d'un rapport décrivant l'avancée de la mise en application de la circulaire, pour le 31 décembre de la même année. Cette demande correspondait à la fin de notre démarche.

⁵³ Entretien du médecin responsable du SAMU 50, le 18 mai 2017.

⁵⁴ Enjolras B. Comment expliquer la présence d'organisation à but non lucratif dans une économie de marché ? Une théorie socio-économique des organisations non lucratives. *Annals of Public and Cooperative Economics*. 1995 ;66(4) :431–56.

⁵⁵ Entretien du chef de groupement opération SDIS 50, le 22 mai 2017.

1 Description de la démarche projet, échéancier.

La circulaire prévoit la création d'un comité départemental permettant le suivi de sa mise en application. Ce comité présidé par le préfet et le directeur de l'ARS n'a pourtant jamais été réuni. Cela peut s'expliquer en partie par la difficulté du co-pilotage territorial des secours d'urgence (directeur ARS – préfet du département) comme décrit plus haut, mais aussi par le regroupement des ARS de Basse et Haute Normandie sur cette même période. Cette perturbation organisationnelle au sein de l'ARS, n'a pas facilité la mise en place de nouveaux groupes de suivi. A cela, il faut certainement ajouter le contexte de crise engendré par les attentats affectant le territoire Français qui a imposé son rythme de travail à des institutions déstabilisées. Donc, comme souvent depuis la création des ARS, l'organisation et la coordination des secours pré-hospitaliers en incombe aux acteurs de terrain. Les rencontres bimensuelles du SAMU et du SDIS ayant reçu un écho favorable auprès des tutelles, c'est dans la continuité de nos réunions que nous avons proposé et décidé la mise en place de groupes de travail. Le directeur de cabinet du préfet et les médecins en charge des urgences-SAMU à l'ARS, étaient régulièrement informés de l'avancée des travaux.

Le comité de pilotage était composé de la direction du SDIS et celle de l'hôpital. Le comité technique s'est fondu sur le groupe de nos rencontres bimensuelles, à savoir :

- le médecin responsable du SAMU,
- l'ARM, cadre de santé
- un médecin participant à la régulation,
- le médecin chef du SDIS,
- le responsable du groupement opération du SDIS et son adjoint
- l'infirmier cadre de santé du SDIS
- la personne chargée des retours d'expériences au sein du SDIS.

Trois groupes de travail ont été constitués ; l'un ayant en charge l'élaboration des départs réflexes, un autre les carences ambulancières et un troisième définissant les protocoles infirmiers. Ce dernier groupe de travail a été réalisé en partenariat avec les SSSM du Calvados, de l'Orne, et de la Seine Maritime. En effet, profitant de la réunification des deux régions normandes, les médecins chefs de ces trois départements s'étaient déjà entendus pour effectuer un travail commun crédibilisant les PISU au niveau régional. Les médecins, infirmiers et pharmaciens désignés par la chefferie se sont appuyés sur les recommandations des deux sociétés savantes citées plus haut, avec la difficulté décrite. Une relecture a été effectuée par les cadres des services et les médecins des SAMU départementaux correspondants.

Nous ne relaterons pas la mise en œuvre des autres axes de la circulaire notamment parce que certains textes prévus dans cette circulaire sont toujours en attente de promulgation.

Au départ, aucun calendrier n'était fixé par les autorités ministérielles, mais le comité de pilotage avait voulu une mise en application à l'automne 2016, laissant neuf mois de travail aux différents groupes pour rendre leurs conclusions et prévoir les formations. Au printemps 2016, un arbre décisionnel a été construit (Cf. annexe 3) et validé par le comité de pilotage en juin. Des formations communes ont été envisagées et créées tout au long de l'année pour permettre une appropriation par les agents du CTA et du Centre 15 de cette nouvelle façon de traiter les appels. Une note opérationnelle expliquant et déclinant l'arbre décisionnel a été réalisée. Avec l'approbation du comité de pilotage, les formations interservices ont été effectuées. A l'automne, une mise en application d'un mois et demi a permis des ajustements, après des réactions de terrain sur lesquelles nous reviendrons et une nouvelle convention entre le SAMU et le SDIS a pu être signée le 23 novembre 2016. Les protocoles communs avec les départements normands ont été signés le 8 décembre, et des formations communes ont été programmées pour l'année 2017. Ils ont été présentés à la directrice de l'ARS en personne le 31 mai 2017⁵⁶ et ils sont appliqués dans les départements.

2 Recueil de données et indicateurs.

Dès la validation du nouveau schéma de déclenchement de l'alerte, en juin 2016, des indicateurs ont été définis reprenant les critères attendus par les services, à savoir : le recentrage des missions du SDIS, l'utilisation des moyens (VSAV, SMUR, médecins de sapeurs-pompiers, infirmiers de sapeurs-pompiers, service des urgences) à bon escient, et l'identification réelle des carences.

Nous avons donc construit des indicateurs de suivi, que nous avons relevés de façon quotidienne, hebdomadaire, mensuelle et un récapitulatif annuel a aussi été réalisé. Ces indicateurs sont regroupés dans des bulletins de renseignements quotidiens, hebdomadaires, et annuels transmis aux autorités préfectorales. Une illustration de ce suivi est donnée à titre d'exemple dans le tableau N°1 ci-dessous :

⁵⁶ Un rendez-vous n'a pu être fixé plus tôt à cause d'un changement de directrice d'ARS début 2017.

3 a - Analyse des APPELS 18/112 pour SECOURS A PERSONNES :

Période du 29/06/17 07:00 au 30/06/17 07:00

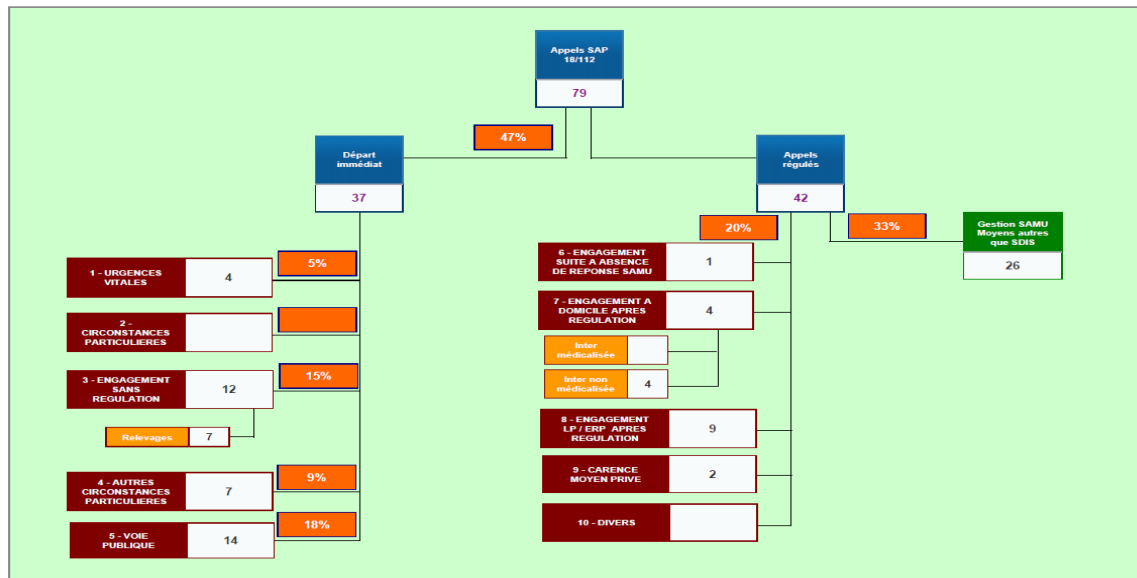


Tableau N°1

Les interventions des motif, 3, 4, et 7 sont particulièrement étudiées, car elles peuvent présenter des dérives que nous voulons maîtriser.

Par ailleurs, le nombre de sorties de nos VSAV a été également relevé et comparé aux périodes correspondantes des années précédentes (tableau N°2).

3 - Cumul opérationnel ANNUEL :

	2016	2017	Evolution	%
SECOURS A PERSONNES	8 689	7 514	- 13,52 %	78 %
ACCIDENT DE LA CIRCULATION	562	554	- 1,42 %	6 %
INCENDIE - FUITE DE GAZ - EXPLOSION	689	685	- 0,58 %	7 %
PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT	13	6	- 53,85 %	-
OPERATIONS DIVERSES	449	476	+ 6,01 %	5 %
INTEMPERIES	932	420	- 54,94 %	4 %
MISSIONS DRAGON 50	22	20	- 9,09 %	-
CUMUL	11 356	9 675	- 14,8 %	

MOYENNE JOURNALIERE : 88,76

Tableau N°2

Tous ces critères et indicateurs sont bien entendu analysés lors des rencontres bimensuelles entre le SAMU et le SDIS. Ils sont commentés et évalués.

3 Difficultés rencontrées : de la volonté du travail commun à la mise en application.

Définition d'un langage commun.

Dans : « La question du langage dans les organisations ⁵⁷ », nous avons vu avec Girin, qu'un mot peut recouvrir une signification différente d'une organisation à l'autre. Cette difficulté de langage se retrouve chez les acteurs du secours pré-hospitalier venant d'univers différents. Malgré notre connaissance réciproque, nous nous sommes rendus compte que des soucis de sémantique interféraient avec notre travail de coordination. Comme le dit l'auteur dans le même texte, il a fallu « *contextualiser* » Certaines définitions étaient assez compréhensibles de part et d'autre : les acteurs du secourisme parlent de victimes, ceux de la santé de patients. Les sapeurs-pompiers raisonnent en sinistre sur une intervention, le SAMU en prise en charge. Le terme de sinistre recouvre une approche globale de l'intervention, telle la prise en charge de risques associés (une fuite de produits toxiques sur un accident par exemple) et donc une gestion plus large où, si l'on pousse la comparaison, là aussi le curatif n'est qu'une partie « du prendre soin ». Ces différences de terminologie n'ont pas vraiment posé de problèmes, car elles étaient déjà intégrées dans le référentiel 2008 et donc partagées, pour que chacun puisse s'approprier le champ d'action des autres. Mais, il apparaît que l'application de la circulaire interministérielle du 5 juin 2015 a nécessité d'autres définitions et d'autres explications.

Avant l'apparition de ce texte, tout lieu autre que privatif, était du ressort des sapeurs-pompiers. A présent, apparaissent des distinctions dans l'ensemble des autres lieux conditionnant l'envoi d'emblée, ou après régulation de moyens du SDIS ou d'ambulanciers privés. Sans rentrer ici dans la justification d'une telle démarche, nous nous sommes entendus sur ce que signifiaient pour nous les termes suivants, à titre d'exemple (choisis au vu des discussions et implications qu'ils ont représentées) :

Voie publique : si une rue, une route sont assez facilement intégrables dans cette catégorie, il a fallu se pencher sur les squares et les plages, qui ont été inclus. En effet en ces lieux, un départ reflexe ne préjuge pas de la gravité de la situation (cf. circulaire du 5 juin 2015), c'est

⁵⁷ Girin J. La question du langage dans les organisations. Acte du séminaire Condor. 1989 ;69–78.

la notion de trouble à l'ordre public qui a été évoquée pour classer ces endroits dans cette catégorie.

Etablissement Recevant du Public (ERP) : pour les sapeurs-pompiers, cet acronyme correspond à quelque chose de bien précis et répond à des normes et des engagements lors d'incendies plus ou moins importants en fonction d'une classification nationale, totalement inconnue des médecins et des ARM. Pour eux, ce sont des bâtiments accueillant des personnes, mais on ne traite pas une urgence dans un supermarché, de façon identique à celle qui survient dans une clinique privée. Il a fallu s'appuyer sur une autre notion évoquée lors d'un congrès à Grenoble sur le secours à personne en juin 2009 et reprise assez souvent depuis : la notion de lieu protégé. Un lieu protégé est un établissement recevant du public qui possède un cabinet médical ou une infirmerie avec la présence à cet instant d'un personnel médical. Une école qui dispose d'une infirmerie est un lieu protégé lorsque l'infirmière est présente. Une usine est un lieu protégé si elle possède une structure de médecine de travail en son sein. Une maison de retraite ne l'est pas le plus souvent. Il a été décidé qu'en dehors d'une urgence nécessitant un départ réflexe, ces lieux réclamaient une régulation, et que si le lieu était qualifié de protégé, une ambulance privée pouvait être envoyée.

Autres difficultés :

En 2008, le référentiel commun convenait que les sapeurs-pompiers pouvaient engager leurs moyens sans passer par une régulation du SAMU. Grace à la circulaire de 2015, les ARM ont également la possibilité de déclencher les véhicules du SDIS sans en référer à leurs médecins régulateurs. Cette procédure existait déjà pour quelques motifs comme l'arrêt cardiaque, mais il a fallu des négociations pour que la liste soit étendue et respectée (Cf. annexe 3).

Par ailleurs, la nouvelle convention implique théoriquement un transfert plus important d'appels du CTA-CODIS vers le SAMU. Les ARM ont eu peur de ne pas pouvoir faire face à une augmentation d'activité : « *déjà qu'on y arrive pas certain jours, comme le dimanche matin, ça risque d'être chaud si le CTA nous passe tout*⁵⁸ ». Cette augmentation d'activité, n'a pas eu lieu car avant l'application de la circulaire, les appels étaient aussi transférés au SAMU mais après les départs. Maintenant, en dehors de cas bien spécifiques, la régulation s'effectue avant. Ce n'est donc que le moment du transfert, avant ou après l'envoi du moyen, qui a changé et non le nombre de transferts au centre 15.

⁵⁸ Entretien avec M, ARM du SAMU 50, le 18 mai 2017.

Les effets du top down.

Après une phase de silence d'un an, un courrier commun rédigé par la DGOS et la DGSCGC, le 16 juillet 2016, apportait des précisions sur la mise en œuvre des PISU suite aux recommandations des sociétés savantes que sont : la société française de médecine d'urgence et la société européenne de médecine sapeur-pompier. Ayant eu connaissance en amont des conclusions de ces organismes, le travail sur les protocoles n'a pas été trop perturbé malgré les difficultés de cohésion scientifique relatées.

Un autre courrier conjoint de la DGOS et de la DGSCGC en date du 30 novembre 2016 a posé plus de difficultés, car il est intervenu après la signature de la convention. Ce courrier demandait à ce que des questions soient écrites après chaque item de départs réflexes pour faciliter la décision des opérateurs. Cette problématique ayant été abordée lors des formations communes, il a suffi de les traduire à travers une note de service sur la mise en application de la nouvelle convention. Un avenant a dû être ajouté à cette dernière.

Ces deux exemples illustrent la volonté politique de régulation, pour améliorer la cohérence des actions des acteurs de terrain, mais cet encadrement de l'état peut perturber la coordination s'il tarde à intervenir.

C Evaluation : neuf mois après.

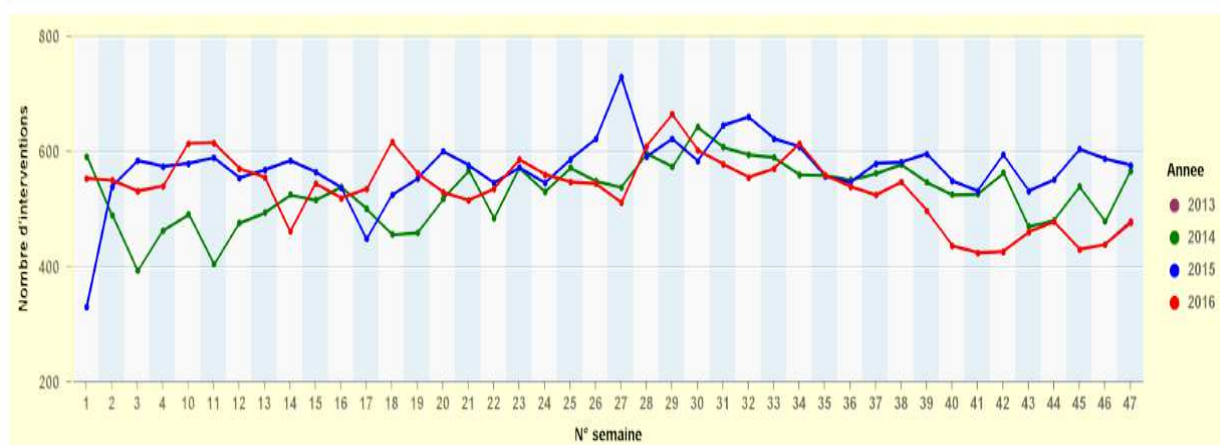
Le suivi des indicateurs et une enquête qualitative auprès des différents acteurs ont permis d'évaluer notre action ; nous avons essayé de comprendre comment cette circulaire a été accueillie, quelles représentations les professionnels s'en faisaient et ce qu'ils en attendaient.

1 Relevés des indicateurs : du factuel.

Très rapidement, la mise en place de la nouvelle convention a permis une diminution de 14 %⁵⁹ de l'activité du SUAP (courbe n°1), qui se confirme sur le premier semestre 2017.

⁵⁹ Source : bulletin journalier, hebdomadaire et mensuel des interventions, SDIS 50

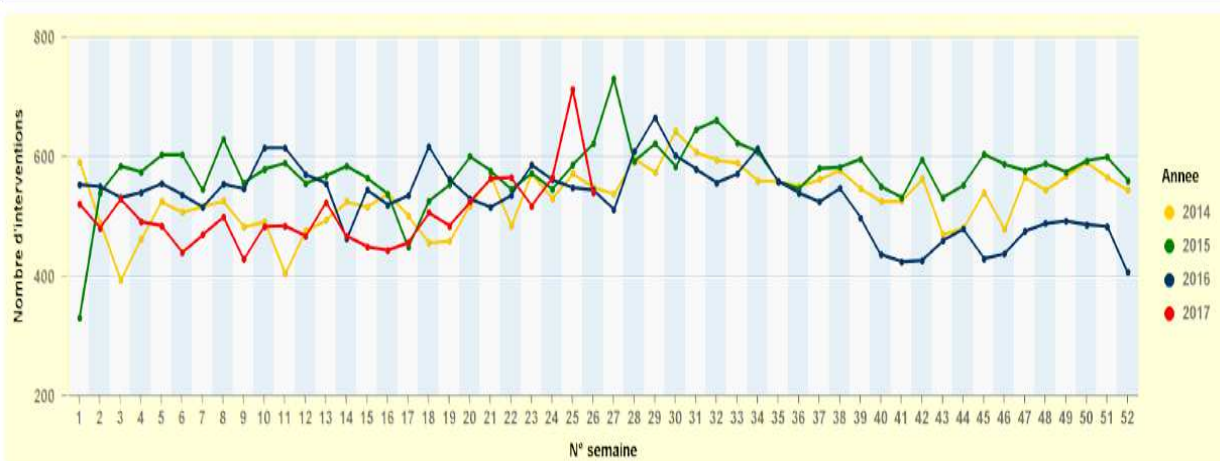
1 - Evolution hebdomadaire du nombre d'INTERVENTIONS SAP :



Courbe N°1

La courbe de 2016 en rouge s'infléchit nettement à partir de la mise en place (semaine 39) des nouvelles consignes et cette baisse se maintient en 2017. (Courbe n°2). Il est à noter une nette augmentation des secours à partir de la semaine 21 correspondant à des périodes de fortes chaleurs et un regain d'accidents routiers.

1 - Evolution hebdomadaire du nombre d'INTERVENTIONS SAP :



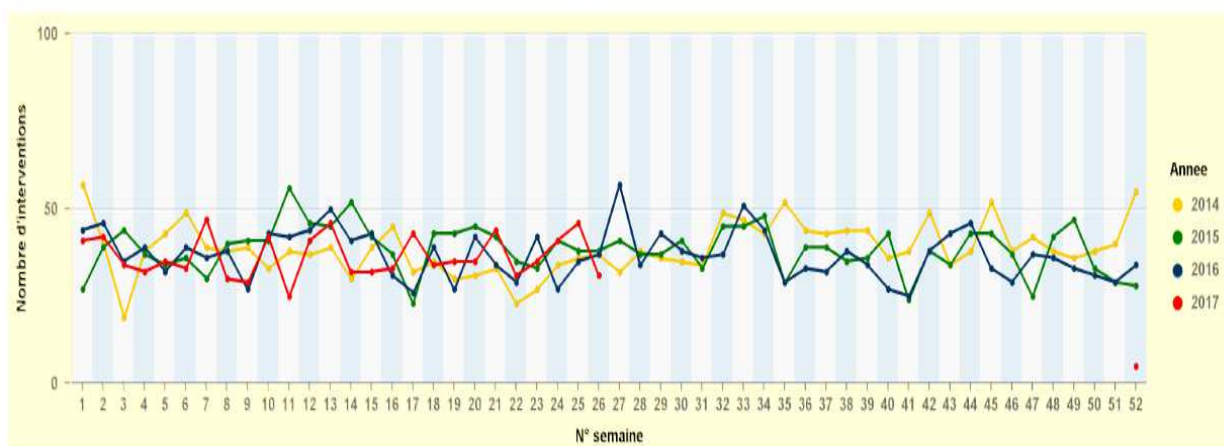
Courbe N°2

Le nombre d'interventions pour secours urgent aux personnes est redevenu égal à celui de 2012⁶⁰. Cette baisse n'est pas uniforme sur le département et nous retrouvons une chute de

⁶⁰ Source statistiques SDIS 50.

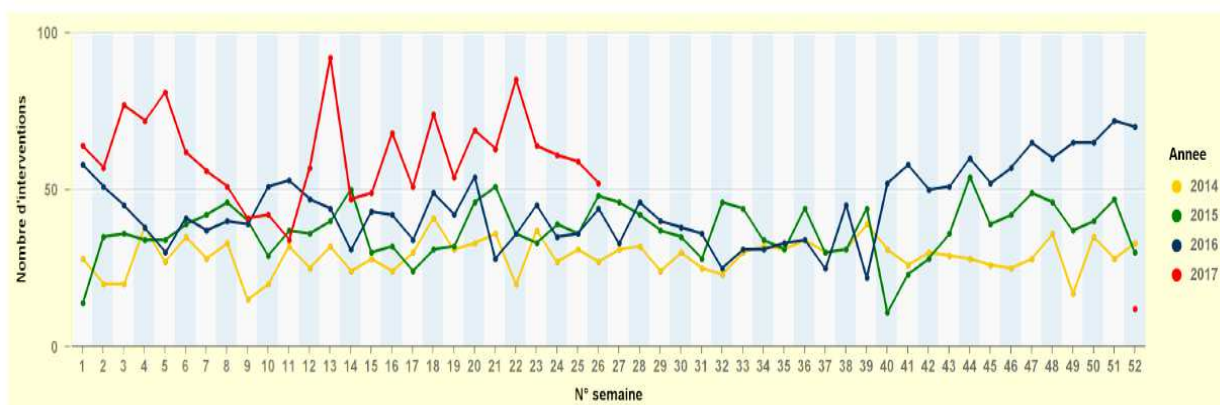
21 % dans le nord Cotentin, 18 % dans le centre du département et une relative stabilité dans le sud. Si nous analysons plus finement ces données brutes, nous remarquons que le nombre des départs pour urgence vitale est stable. Cela est corrélé à une non diminution des interventions associées à un personnel de santé du SMUR (courbe n°3) ou du SSSM (courbe n°4). Les interventions avec infirmier ont même tendance à augmenter, grâce une meilleure utilisation de ce moyen par le SAMU suite aux nouvelles discussions sur les PISU, mais aussi à une plus grande disponibilité des infirmiers.

5 - Evolution hebdomadaire du nombre d'INTERVENTIONS avec présence du SMUR :



Courbe N°3

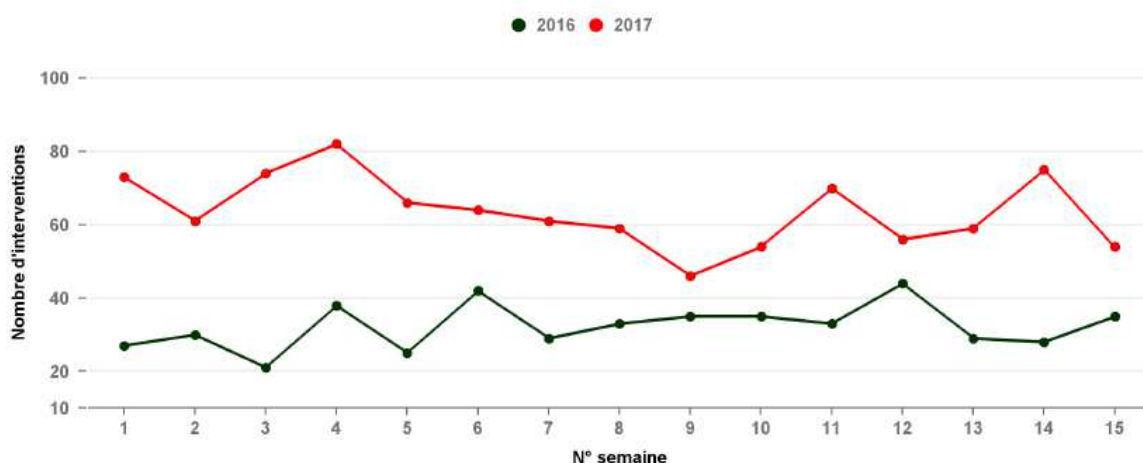
4 - Evolution hebdomadaire du nombre d'INTERVENTIONS avec VLI (interventions SAP) :



Courbe N°4

A l'inverse, nous assistons à une forte augmentation du nombre de carences pour ambulance privée, puisqu'il a doublé par rapport à 2016 (courbe n°5). Comme nous l'avons souhaité, ces interventions étant mieux fléchées, ce n'est pas le nombre de sorties pour ce type d'intervention qui a augmenté, mais une qualification réelle de l'intervention qui a pu être réalisée.

Carences d'ambulances - Evolution par tranches hebdomadaires



Courbe N°5

Ces courbes montrent que le recentrage des missions voulu par la direction du SDIS et souhaité également par le SAMU est réalisé ; nous abaissons les chiffres du SUAP tout en effectuant le même nombre de missions urgentes. Nous n'avons pas actuellement de chiffres significatifs sur le passage dans les services d'urgences pour savoir si ces faits s'accompagnent d'une baisse d'activité, comme le désiraient nos partenaires du SAMU : « on a du mal à évaluer si cela a eu une répercussion sur l'activité des urgences »⁶¹. Cette difficulté résulte en partie par l'absence d'indicateurs mis en place dans tous les services d'urgences du département.

Au-delà de ces résultats, répondant à l'application de la circulaire et aux attentes de la gouvernance départementale du SUAP, il est intéressant de s'attacher au ressenti des acteurs de terrain. Comme toute structure humaine, la modification d'habitudes est source d'interrogations et de réactions que nous avons vécues et recueillies.

⁶¹ Entretien du médecin responsable du SAMU 50, le 18 mai 2017.

2 La baisse d'activité, de l'efficience à la peur de la restriction des moyens.

La nouvelle convention a apporté une approche réflexive de l'envoi des secours. Les médecins hospitaliers formés dans cette optique n'ont pu que partager cette vision de « logique de régulation », « *ce que nous avons instauré a été extrêmement bien perçu par les médecins régulateurs* »⁶². A l'opposé, cette rationalisation voulue et attendue par le SAMU et la gouvernance du SDIS n'a pas toujours été admise facilement par les sapeurs-pompiers. En effet, assez rapidement, la baisse constatée des départs par les personnels en caserne a provoqué des interrogations et de la méfiance envers l'application de la nouvelle circulaire et ce, notamment au nord du département (région de Cherbourg). Historiquement, le Cotentin a été le lieu d'affrontement entre les sapeurs-pompiers et les ambulanciers. Des réunions publiques avaient été organisées de part et d'autre en 2005, avec la volonté, d'après les journaux de l'époque⁶³, d'alerter la population sur l'incompétence des uns et des autres. La concurrence nationale entre la fédération des sapeurs-pompiers et le syndicat des ambulanciers privés, entretenue par le syndicat de l'aide médicale urgente (SAMU France) s'était exportée au niveau local par la présence de représentants influents de ces organismes dans le département. Dans cette région peuplée, la réponse ambulancière privée est assez conséquente, favorisant une « concurrence » que l'on ne retrouve pas dans le sud du département. De plus, c'est également là que se situe la caserne la plus importante du département, lieu de revendications syndicales marquées et où, encore aujourd'hui, le poids de la politique est forte⁶⁴. Lors de la départementalisation, c'est cette région qui a le plus résisté pour s'intégrer dans une unité départementale. D'ailleurs, nous retrouvons parfois à Cherbourg des pratiques différentes du reste du département, malgré des rappels fréquents pour respecter l'uniformité. Chaque départ est analysé et sujet à critique si le sapeur-pompier juge, selon ses critères propres, que la circulaire est mal appliquée. Plusieurs transports d'ambulanciers privés ont été remis en cause posant la question de complicités à l'intérieur de l'hôpital avec de possibles trahisons du secret médical (nombres de sapeurs-pompiers sont mariés avec du personnel hospitalier). Des articles de journaux à charge (reprenant les arguments alarmistes de 2005 : mise en danger de la population, (« *on laisse mourir les gens chez eux ...* »⁶⁵)) ont paru, mettre en cause la régulation. Tous les événements rapportés ont été analysés en réunion avec le SAMU. Il s'avère que l'application de la circulaire a toujours

⁶² Entretien du médecin responsable du SAMU 50, 18 mai 2017.

⁶³ « A qui confier les secours d'urgences » ; Ouest France, édition du 5 février 2005.

⁶⁴ Depuis 1994, Mr Bernard Caseneuve a été maire de Cherbourg, conseiller général et député de la cinquième circonscription de la Manche. Il était ministre de l'intérieur au début de la mise en application dans la manche de la circulaire, puis premier ministre.

⁶⁵ « Les secours à personnes sur la sellette », La manche libre, édition du 22 novembre 2016.

été respectée. Certaines interventions n'ont jamais été retrouvées (aucun transport par l'ambulancier privé mis en cause, aucune admission à l'hôpital).

En prenant du recul, nous nous rendons compte que ces réactions sont provoquées par la baisse d'activité. Baisse d'activité qui est source d'inquiétudes sur l'emploi des sapeurs-pompiers professionnels. Nous retrouvons dans les propos d'un représentant syndical cette peur de la réduction d'effectifs « *...avec la baisse du nombre de VSAV, maintenant on peut repasser pour avoir plus de mecs... oui, ils vont nous en supprimer même !*⁶⁶ ».

Si les indemnités ne doivent pas entrer dans le calcul des ressources des ménages, il n'en demeure pas moins que chez les sapeurs-pompiers volontaires la baisse du nombre de sorties, se traduit par une diminution de revenu. Ils ont donc interpellé leur élu lors des « Saintes Barbe »⁶⁷, mettant en avant la démotivation des personnels. Un chef de centre cite dans son discours : « *depuis la mise en application les camions ne sortent plus, les gars sont démotivés, ils voient travailler les ambulanciers privés, c'est pas normal...*⁶⁸ ». De telles réactions ont nécessité des explications précises envers les élus, notamment en rappelant que les chiffres étaient revenus à ceux des années antérieures, à une époque où la motivation des sapeurs-pompiers n'était pas remise en cause.

Deux interventions particulièrement représentatives, méritent d'être rapportées pour retranscrire l'état d'esprit qui a régné au début de l'application de la circulaire :

Les parents d'un jeune garçon de 15 ans, D. en soins palliatifs pour phase terminale d'un cancer, appellent la régulation du SAMU pour une forte fièvre. Il est décidé que D. soit hospitalisé avec une ambulance privée. A l'arrivée des ambulanciers, l'état du jeune homme s'est aggravé et D. présente un brusque arrêt cardiaque. Respectant les consignes les professionnels de santé appellent le centre 15 pour demander le renfort des sapeurs-pompiers et du SMUR. Malheureusement, le jeune homme décède. Les parents sont assistés, au vu de la situation douloureuse, par le médecin présent et ne contestent pas le déroulement de la prise en charge. L'équipage sapeur-pompier a fait remonter cette intervention par le biais de nos fiches d'événements indésirables, alors qu'elle est pourtant un exemple de coordination réussie des secours, malgré l'issue fatale. Il était noté « *c'est inadmissible que le SAMU n'envoie pas de sapeurs-pompiers sur un arrêt cardiaque* », plus loin « *les privés étaient*

⁶⁶ Entretien informel, délégué CFDT, le 27 novembre 2016.

⁶⁷ Sainte patronne des sapeurs-pompiers, fêtée aux alentours du 4 décembre.

⁶⁸ Discours du chef de centre, Sainte Barbe de S. le 26 novembre 2016.

*incapables, ...heureusement qu'on était là »*⁶⁹. Cette déformation des faits s'est retrouvée dans un article sur la dangerosité de la nouvelle circulaire, dans le journal local : la Presse de la Manche dans son édition du 22 novembre 2016, où étaient également relatés des témoignages de citoyens mécontents des secours sans aucune rigueur journalistique de vérification des faits.

L'accusation du SAMU de non-envoi de moyens adéquats et d'incompétence des ambulanciers privés est bien retrouvée dans cet évènement. L'intérêt de la personne et dans ce cas de la famille endeuillée prise à parti bien malgré elle dans la presse, passe au second plan après les intérêts d'un groupe pourtant réputé compatissant envers les victimes.

Le deuxième exemple est plus amusant. Très peu de temps après la mise en application, une femme sur le point d'accoucher appelle le centre 15. L'accouchement n'étant pas imminent, le médecin régulateur lui conseille de se rendre à l'hôpital. Pour diverses raisons la parturiente préfère se diriger à pied vers la caserne de sapeurs-pompiers (volontaires et professionnels en garde ce dimanche). Ces derniers rappellent le SAMU pour avoir une conduite à tenir. En reprenant l'enregistrement des conversations, malgré l'insistance du régulateur, on est étonné du peu de volonté des sapeurs-pompiers de vouloir transporter à l'hôpital cette patiente : « *on ne va pas faire taxi quand même !* ». La patiente devant être admise à l'hôpital et ne pouvant s'y rendre elle-même, le régulateur propose une ambulance privée, moyen admis par l'interlocuteur sapeur-pompier sans aucune protestation. Le médecin raccroche, dépité : « *eh ben on envoie une ambulance privée chez les pompiers maintenant !!!* ». Dans la demi-heure les sapeurs-pompiers de Cherbourg remontent l'information que le SAMU « *a dépassé les bornes* »⁷⁰. En envoyant dans une caserne une ambulance privée, et qu'une action allait être entreprise pour informer les élus.

Après réécoute des bandes, le directeur du SDIS a pu rétablir la vérité. Là aussi, nous retrouvons cette volonté de lutte contre les ambulanciers privés et le dénigrement de la régulation du SAMU. Cet épisode révèle également la volonté de pousser à la faute les partenaires pour prouver leurs incompétences. Ces épisodes confortent l'idée que souvent l'intérêt du groupe passe avant l'intérêt général.

Plusieurs actions ont été nécessaires pour ramener de la sérénité dont une réunion avec la préfecture, le SAMU et les instances représentatives des sapeurs-pompiers. Une campagne

⁶⁹ Document de retour d'expérience interne au SDIS 50, collecté sur logiciel blueKango.

⁷⁰ Document phonique, enregistrement automatique des conversations, CODIS 50.

d'information sur la coordination entre le SAMU et le SDIS a été effectuée au travers de la presse locale, écrite et radiophonique :

- Visite des différents locaux du SAMU et du CODIS la même journée, et rédaction d'un article commun dans la Presse de la Manche,
- Matinée au CODIS avec interview par la radio locale « Tendances Ouest » des acteurs et responsables du secours pré-hospitalier dont le directeur du SDIS, le médecin responsable du SAMU, et le médecin chef du SDIS.

Par ailleurs, la direction a mené une action de communication sur la non diminution des postes de professionnels. Dans un souci d'apaisement, ces réactions ont justifié qu'un représentant syndical assiste aux réunions bimensuelles d'évaluation pour participer à l'analyse de chaque évènement indésirable. Cet interlocuteur est chargé de retransmettre aux sapeurs-pompiers la véracité des faits et les réponses apportées. Peut-être est-ce un effet « Bottom up » poussé à l'extrême, mais actuellement les relations tendent à se normaliser.

3 La force de l'habitude, un frein certain.

La routine façonne la coordination d'un groupe. Tout changement apporte des perturbations dans l'organisation quotidienne comme le dit l'adjoint au chef de groupement opération du SDIS « *on s'était installé dans une routine, les gens étaient habitués au système* »⁷¹. Aussi, nous avons retrouvé de la résistance aux changements lors de la mise en application de la circulaire. Comme le rapporte M., ARM au SAMU « *il a fallu un temps d'appropriation* »⁷². Les relations confraternelles existantes entre les médecins au sein d'un service médical sont source de lenteur à la mise en œuvre de directives. Il n'est toujours pas aisé de faire appliquer les consignes aux médecins. « *moi je ne lis pas la paperasse, je fais de la médecine* »⁷³, avoue ce médecin régulateur. Cette position extrême que l'auteur regrette actuellement, à quand même été marginale et les rappels nécessaires lors de nos réunions ont permis que les termes de la nouvelle convention soient respectés.

Malgré sa structure très hiérarchisée, le SDIS n'est pas exempt de toutes résistances. A la mise en place de la nouvelle convention des formations ont été dispensées, les notes de services ont été expliquées, mais il y a eu tout de même à déplorer plusieurs erreurs par « oubli » de la consigne. L'adjoint au chef de groupement opération rapporte qu'« *Il a fallu*

⁷¹ Entretien adjoint au chef de groupement opération, le 22 mai 2017

⁷² Entretien ARM SAMU 50, le 18 mai 2017.

⁷³ Entretien du Dr C. Médecin régulateur SAMU 50, le 18 mai 2017.

casser le système existant⁷⁴ » et un opérateur du CTA relate « on ne change pas ses habitudes comme cela, maintenant ça va mieux car on a compris⁷⁵ ».

Une autre difficulté rencontrée est la confrontation de nos écrits avec la réalité de terrain, comme le dit le médecin responsable du SAMU : *« la logique de terrain ne rentre pas toujours dans les cases du logigramme »*. Ce propos est illustré par Simon Charbonneau et Jean G. Padioleau ⁷⁶ qui écrivaient qu'un *« Un fonctionnaire éprouve cette complexité lorsqu'il perçoit, par exemple, des écarts entre les dispositions générales, abstraites, formulées par le législateur et les situations concrètes auxquelles il doit faire face »*.

Des explications sont alors nécessaires pour que l'outil soit conforme aux situations réelles et donc accepté.

4 Au final : une application de la circulaire répondant aux attentes.

Malgré les difficultés rencontrées sur le terrain et les quelques freins à sa mise en application, la circulaire répondait à une volonté partagée. Aussi, sa mise en application a été bien reçue. Pour M. responsable des ARM *« C'est plus clair pour tout le monde » « on a bien séparé les missions »*. L'adjoint au chef du groupement opération traduisant le ressenti des opérateurs du CTA-CODIS, parle *« d'inquiétude, mais adhésion,...car cela correspondait à leur attente, ...ils étaient dans la routine, mais ils sentaient que leur travail n'était pas cohérent,... par notre travail on leur a amené les outils pour en sortir »*. Nous retrouvons en outre dans ces propos un effet de soulagement de la part des opérateurs qu'ils nous rapportent *« là j'ai l'impression de faire un bon job »*.

Cette notion de cohérence est aussi partagée par le médecin responsable du SAMU *« J'ai l'impression qu'antérieurement, c'était plus anarchique,...on a remis de l'ordre dans nos pratiques »*. Il se dégage également de ses propos une notion d'économie, par la mise en œuvre de processus permettant de gérer les moyens. Cette notion est reprise par les acteurs de terrain. Les sapeurs-pompiers ont bien compris le recentrage des missions, un de leur chef de centre en réunion rapporte *« Les sapeur pompiers sont contents de sortir pour ce qui vaud le coup, maintenant⁷⁷ »*.

Certains acteurs veulent même aller plus loin dans la réflexion, notamment en limitant l'engagement non urgent sur la voie et les lieux publics, *« il faudra peut-être faire des*

⁷⁴ Entretien adjoint au chef du groupement opération, le 22 mai 2017.

⁷⁵ Entretien opérateur CTA-CODIS 50, le 23 mai 2017.

⁷⁶ Charbonneau S, Padioleau JG. La mise en œuvre d'une politique publique réglementaire : le défrichement des bois et forêts. Revue française de sociologie. 1980 ;49-75.

⁷⁷ Réunion chefs de centre, le 28 avril 2017.

modifications encore et on peut aller plus loin, notamment sur la voie publique et les écoles »⁷⁸

Un des effets attendus, qu'on ne peut actuellement mesurer, est l'impact financier de l'augmentation des carences ambulancières. Du côté du SDIS, cette révélation des chiffres réels des carences peut paraître satisfaisante, mais comme nous l'avons vu les carences doivent être payées par l'hôpital siège du SAMU. Le SDIS a fourni très récemment le premier état au service financier de l'hôpital correspondant aux carences effectuées au premier semestre 2017. Actuellement, il est trop tôt pour savoir comment sera perçue cette augmentation de dépenses importantes (le double, pour rappel) de la part de la direction de l'hôpital. Le responsable du SAMU et le chef du groupement opération redoutent que cela interfère dans l'activité quotidienne et remette en cause une partie du travail d'application de la circulaire. Cela n'est pas obligatoire car les directeurs du SDIS et de l'hôpital de Saint Lô s'étaient entretenus en début d'année sur ce sujet, mais il est clair qu'en période de tension financière, une dépense supplémentaire engendrera probablement des difficultés. Les liens créés entre les deux services par ce travail permettront certainement de les contourner.

5 De la réflexion sur la mise en place d'un texte, aux modifications de coordination des structures et d'identités professionnelles de ces différents corps de métiers.

Ce travail d'application de la circulaire a renforcé le lien entre nos deux institutions par une connaissance réciproque approfondie. Le médecin responsable du SAMU avoue qu' : *« avec ce travail, j'ai découvert que vous les sapeurs-pompiers vous êtes aussi dans une démarche évaluative de vos actions. C'est quelque chose que je ne percevais pas bien avant de travailler sur la circulaire⁷⁹ »*. Le chef du groupement opération rapporte *« cela a apporté aussi une analyse fine de notre travail.... on y a gagné en professionnalisme, de part et d'autre, nous les pompiers et eux le SAMU, c'est valorisant »*.

Un autre aspect est à souligner : en avançant dans notre travail nous avons créé une dynamique. Le chef de groupement opération décrit la mise en application de la circulaire comme *« une bonne expérience de conduite de projet transversal, de travail interservices »*. Le médecin responsable du SAMU admet que *« c'était un travail fructueux, la façon dont on a travaillé cette circulaire était le côté le plus intéressant, car ça nous a permis de rediscuter,*

⁷⁸ Entretien ARM SAMU 50, le 18 mai 2017.

⁷⁹ Entretien du chef de groupement opération SDIS 50, le 18 mai 2017.

notre travail commun, [silence] oui c'était plus le travail qui a été intéressant, plus que la mise en application ». Ces propos révèlent que l'action entreprise a produit de la coordination, par la reconnaissance mutuelle des différences, mais aussi du professionnalisme de chacun. De plus, c'est cette coordination et les nouveaux liens créés qui sont source de satisfaction, l'adjoint au chef de groupement opération conclut notre entretien par « moi je suis content et satisfait du travail accompli ».

Conclusion

Les secours pré-hospitaliers français, à l'inverse de nombreux pays, ne dépendent pas d'une seule et unique gouvernance. Deux ministères se partagent l'organisation des urgences avant l'hôpital : le ministère de l'intérieur et celui de la santé. C'est par l'origine de l'organisation locale, de la réponse aux secours, par les acteurs eux-mêmes que s'est construite cette bicéphalie : l'effet « bottom up »⁸⁰ a permis de mettre en place la norme. Malgré la multitude des partenaires, leurs histoires et leurs moyens respectifs, l'effet possible d'organisation en silo ne peut exister. En effet, la nécessité d'efficacité de la réponse à une détresse urgente impose une transversalité et une coordination des structures de secours.

Depuis la fin de la dernière décennie, les ministères en charge des urgences n'ont cessé de promulguer des textes sur le secours à personne et l'aide médicale urgente pour imposer des actions coordonnées, permettant un accès aux soins égalitaire sur l'ensemble du territoire. Ces textes sont amendés en fonction de retours d'expériences et d'enquêtes conjointes menées par l'IGA et l'IGAS. Ainsi, est sortie le 5 juin 2015 une circulaire interministérielle sollicitant des axes d'amélioration, notamment sur les départs réflexes des engins de secours des SDIS et la place des infirmiers dans le dispositif pré-hospitalier. Les infirmiers sapeurs-pompiers agissant sous protocoles sont une réponse adaptée entre les secouristes et l'équipe médicale de réanimation que constitue le SMUR.

Dans la Manche, la coordination n'était pas absente car il existait déjà des pratiques de partage et de mise en commun des actions de secours. Le SAMU et le SDIS, à travers son SSSM, se rencontraient régulièrement pour évoquer et résoudre les difficultés opérationnelles. Les organismes régulateurs que sont la préfecture et l'ARS n'avaient que très rarement besoin de se réunir, laissant les acteurs de terrain s'organiser pour que les secours les plus adaptés soient dispensés à la population. La promulgation de la circulaire interministérielle est arrivée dans un contexte d'échanges collaboratifs au sein de nos deux structures. La représentation des secours urgents pré-hospitaliers par les professionnels et la démarche en mode projet que nous avons entreprise pour sa mise en application ont facilité notre travail. Les changements et les remises en cause qu'a nécessité la mise en application du texte nous ont obligés à définir un langage commun et à rechercher nos difficultés respectives pour les surmonter.

⁸⁰ Lascoumes P. L'action publique et ses transformations. Science Po Paris ; 2012.

Un an après, les objectifs correspondant aux demandes de la circulaire, mais aussi aux attentes des acteurs de terrain, sont atteints. L'envoi d'un véhicule pour une intervention est raisonné, car il s'appuie sur un arbre décisionnel permettant une répartition des rôles de chacun. Le nombre de secours à personnes a rejoint la norme nationale sans qu'il n'existe de diminution des interventions pour urgences vitales, les carences d'ambulanciers privés sont mieux identifiées, les protocoles de soins d'urgences des infirmiers sont harmonisés. Il est certain qu'un suivi attentif est nécessaire pour qu'aucune dérive ne puisse apparaître, c'est le rôle du comité de suivi mis en place depuis la date d'application.

Ce changement a suscité de vives réactions au début de la mise en œuvre de la circulaire. En partie par la peur que la diminution de l'activité ne se traduise par une baisse du nombre de postes de professionnels ou du revenu des sapeurs-pompiers volontaires, mais aussi par la force de l'habitude, source de freins au changement. Il a fallu déconstruire un système routinier, dans lequel les acteurs s'étaient installés, bien qu'il ne les satisfaisait pas complètement.

Un accompagnement plus poussé, notamment par une communication interne et externe à la structure aurait peut-être tempéré ces réactions. La communication conjointe du SAMU et du SDIS, soutenue par le Préfet, envers la population a permis de répondre aux interrogations légitimes des concitoyens. L'intégration dans le groupe de travail de personnels de terrain est également une voie de réflexion que nous aurions dû avoir. Leur participation au suivi de la mise en œuvre de la circulaire a d'ailleurs eu un effet positif dans l'acceptation des mesures prises.

Cependant, la mise en application d'un texte obligatoire a créé de la coordination. Le travail entrepris a permis de se connaître, ou plutôt de se reconnaître dans nos spécificités et complémentarités. Les modifications entraînées par sa mise en application en terme de coordination des structures, voire peut-être même en termes d'identité professionnelle de ces différents corps de métier est visible.

Ainsi, notre action inter-service de mise en application de la circulaire va engendrer une meilleure coordination de nos secours dans la Manche. Lorsque de nouveaux textes paraîtront, cette expérience pourra être à nouveau utilisée. Nous saurons alors contourner les écueils et les difficultés.

Le domaine des secours pré-hospitaliers en France est un domaine très vaste et ce travail n'a fait que l'effleurer, mais il a permis d'apporter une solution locale à la coordination des secours. Car les freins sont nombreux pour qu'une réelle coordination existe actuellement

au niveau national. Il faut espérer que la somme des contributions locales permettra d'engendrer une harmonisation sur l'ensemble du territoire.

Au regard des effets produits, nous irons jusqu'à poser la question de savoir si la finalité d'un texte est de produire une nouvelle norme d'action, censée répondre à un problème de santé publique ou si par sa mise en application obligatoire, le but masqué (peut-être inconscient) des auteurs n'est pas de produire de la coordination dans les organisations.

Bibliographie

Articles :

Allard-Poesi F, Perret V. La recherche action. Y Giordano. Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative. 2003 ; 85-132.

Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. DREES ; études et résultats. Juillet 2014 ; (889) :1-8.

Charbonneau S, Padioleau JG. La mise en œuvre d'une politique publique réglementaire : le défrichement des bois et forêts. Revue française de sociologie. 1980 ; 49–75.

Enjolras B. Comment expliquer la présence d'organisation à but non lucratif dans une économie de marché ? Une théorie socio-économique des organisations non lucratives. Annals of Public and Cooperative Economics. 1995 ; 66(4) : 431–456.

Feldman MS. Organizational routines as a source of continuous change. Organization science. 2000 ;11(6) : 611–629.

Girin J. La question du langage dans les organisations. Acte du séminaire Condor. 1989 ; 69–78.

Jarzabkowski PA, Lê JK, Feldman MS. Toward a Theory of Coordinating: Creating Coordinating Mechanisms in Practice. Organization Science. Août 2012 ; 23(4) : 907-27.

Lascoumes P, Simard L. L'action publique au prisme de ses instruments. Revue française de science politique. 17 févr 2011 ; 61(1) : 5-22.

Lascoumes P. L'action publique et ses transformations. Science Po Paris ; 2012.

Malone TW, Crowston K. The interdisciplinary study of coordination. ACM Computing Surveys (CSUR). 1994 ; 26(1) : 87–119.

Trouvé H, Couturier Y, Saint-Jean O, Somme D. L'organisation en réseau dans le champ gérontologique : à la recherche d'un nouveau mode de gouvernance. Géographie, économie, société. 30 mars 2010 ;12(1) : 31-52.

Thèse :

Morel S. L'urgence à plusieurs « vitesses » : fracture territoriale et inégalité sociale dans l'accès aux soins d'urgence en France. Genèse et réalité d'un sous champ sanitaire. Université de Nantes ; 2014.

Lenesley P. Coordination d'équipes et polycentricité. Le cas des secours d'urgence pré hospitaliers. Thèse en préparation sous la direction du Pr Godé. Université de Lyon 2 ; 2015-2018.

Textes règlementaires :

Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.

Loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Décret n°2000-1008 du 16 octobre 2000 portant statut particulier du cadre d'emplois des médecins et des pharmaciens de sapeurs-pompiers professionnels.

Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

Décret n° 2012-1007 du 29 août 2012 relatif à l'agrément nécessaire au transport sanitaire terrestre et à l'autorisation de mise en service de véhicules de transports sanitaires

Arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente.

Circulaire interministérielle N° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente.

Instruction interministérielle N° DGOS/R2/DGSCGC/2017/102 du 24 mars 2017.

Articles L1424-1 à 8 du code général des collectivités territoriales : Dispositions communes relatives aux services d'incendie et de secours.

Article R1424-24 du code général des collectivités territoriales : Service de santé et de secours médical du service départemental d'incendie et de secours :

Article R6313-1 du code de la santé publique : Comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires : composition et fonctionnement.

Article R6311-1 du code de la santé publique : Mission des services d'aide médicale urgente.

Articles R6123-14 et 15 du Code de la santé publique : Prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation.

Article R4311-14 du code de la santé publique - Protocoles de soins d'urgence.

Rapports – enquêtes :

Belgian Resuscitation Council. Les directives de réanimation 2015. Leuven ; Den Haag: Acco; 2016.

La population de la Manche se stabilise autour d'un demi-million d'habitants | Insee [Internet]. [Vu le 12 mars 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2539135>
Les chiffres clés du SDIS 50 [Internet]. [Vu le 12 mars 2017]. Disponible sur :

Norbert BERGINIAT

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique Sciences Po Rennes - 2016-2017

http://www.sdis50.fr/sdis50_2/chiffres-cles/.

Organisation du Secours à Personne et de l'Aide médicale Urgente - référentiel commun. Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales : Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative ; 2008 juin p. 64.

ORS basse Normandie. La prise en charge des urgences. Chiffres clés. 2015 oct p. 4.

Protocoles infirmiers de soins d'urgence [Internet]. Société Française de Médecine d'Urgence Société Européenne de Médecine de Sapeurs-Pompiers et Société Française d'Anesthésie et de Réanimation Société de Réanimation de Langue Française Conseil Français de Réanimation Cardio-pulmonaire Club des Anesthésistes-Réanimateurs et Urgentistes Militaires ; 2016 mars [vu le 15 janv 2017] p. 39. Disponible sur : <http://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/pisu2016.pdf>.

Statistiques SDIS (Edition 2015) | Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion de Crise [Internet]. [Vu le 1 mai 2017]. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/content/download/90819/706317/.../StatsSDIS15BD.pdf>.

Sites internet :

Basset A. Histoire de la médecine d'urgence et de l'évacuation sanitaire (Evasan) [Internet]. SFAR. 2011 [vu le 20 janv 2015]. Disponible sur : <http://sofia.medicalistes.org/spip/spip.php?article402>.

Circulaire : Définition de circulaire [Internet]. [Vu le 4 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/circulaire>.

Coordination : Définition de coordination [Internet]. [Vu le 11 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/coordination>.

Danel V. Urgences pré-hospitalières : un peu d'histoire, enseignement en ligne de la première année d'étude commune de santé [Internet]. Plateforme médiatique ; Université Joseph Fourier de Grenoble ; 2010 [vu le 15 janv 2015]. Disponible sur : http://www.uvp5.univ-paris5.fr/wikinu/docvideos/Grenoble_1011/danel_vincent/danel_vincent_p02/danel_vincent_p02.pdf.

Les chiffres clés du SDIS 50 [Internet]. [Vu le 12 mars 2017]. Disponible sur : http://www.sdis50.fr/sdis50_2/chiffres-cles/.

Les recours contre les circulaires — [Internet]. [Vu le 4 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.revuegeneraledudroit.eu/blog/2012/04/13/les-conditions-de-recevabilite-des-recours-contre-les-circulaires/>.

Silo [Internet]. [Vu le 17 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.lacsq.org/actualites/maux-de-la-langue/nouvelle/news/silo/>.

Articles de presse :

« A qui confier les secours d'urgences » ; Ouest France, édition du 5 février 2005.

« Les secours à personnes sur la sellette », La manche libre, édition du 22 novembre 2016.

Listes des annexes

Annexe1

Décret n° 2010-810 du 13 juillet 2010 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires P.60

Annexe 2

Arrêté du 5 juin 2015 portant modification de l'annexe I et de l'annexe VI du référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente du 25 juin 2008. P.63

Annexe 3

Logigramme des motifs de départs P.65

Grille d'Entretiens

P.66

Liste des entretiens

P.66

ANNEXE 1



En savoir plus sur ce texte...

JORF n°0163 du 17 juillet 2010 page 13242
texte n° 37

Décret n° 2010-810 du 13 juillet 2010 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires

NOR: SASH1006696D

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/7/13/SASH1006696D/jo/texte>

Alias: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/7/13/2010-810/jo/texte>

Le Premier ministre,
Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports,
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1435-5 et L. 6314-1 ;
Vu le décret n° 2006-672 du 8 juin 2006 relatif à la création, à la composition et au fonctionnement des commissions administratives à caractère consultatif ;
Vu le décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins, notamment son article 4 ;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,
Décrète :

Article 1

Le chapitre III du titre Ier du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Chapitre III

« Comité départemental de l'aide médicale urgente,
de la permanence des soins et des transports sanitaires

« Section 1

« Composition et fonctionnement

« Art.R. 6313-1.-Dans chaque département, un comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires veille à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population dans le respect du cahier des charges régional défini à l'article R. 6315-6.

« Il s'assure de la coopération des personnes physiques et morales participant à l'aide médicale urgente, au dispositif de la permanence des soins et aux transports sanitaires.

« Art.R. 6313-1-1.-Le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires, coprésidé par le préfet ou son représentant et le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant, est composé :

« 1° De représentants des collectivités territoriales :

« a) Un conseiller général désigné par le conseil général ;

« b) Deux maires désignés par l'association départementale des maires ou, à défaut, élus par le collège des maires du département, convoqué à cet effet par le préfet, à la représentation proportionnelle à la plus forte moyenne, sans adjonction ni suppression de noms et sans modification de l'ordre de présentation. Le vote peut avoir lieu par correspondance ;

« 2° Des partenaires de l'aide médicale urgente :

« a) Un médecin responsable de service d'aide médicale urgente et un médecin responsable de structure mobile d'urgence et de réanimation dans le département ;

« b) Un directeur d'établissement public de santé doté de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence ;

« c) Le président du conseil d'administration du service d'incendie et de secours ou son représentant ;

« d) Le directeur départemental du service d'incendie et de secours ou son représentant ;

Norbert BERGINIAT

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique Sciences Po Rennes - 2016-2017

- « e) Le médecin-chef départemental du service d'incendie et de secours ;
- « f) Un officier de sapeurs-pompiers chargé des opérations, désigné par le directeur départemental des services d'incendie et de secours ;
- « 3° Des membres nommés sur proposition des organismes qu'ils représentent :
 - « a) Un médecin représentant le conseil départemental de l'ordre des médecins ;
 - « b) Quatre représentants de l'union régionale des professionnels de santé représentant les médecins ;
 - « c) Un représentant du conseil de la délégation départementale de la Croix-Rouge française ;
 - « d) Deux praticiens hospitaliers proposés chacun respectivement par les deux organisations les plus représentatives au plan national des médecins exerçant dans les structures des urgences hospitalières ;
 - « e) Un médecin proposé par l'organisation la plus représentative au niveau national des médecins exerçant dans les structures de médecine d'urgence des établissements privés de santé, lorsqu'elles existent dans le département ;
 - « f) Un représentant de chacune des associations de permanence des soins lorsqu'elles interviennent dans le dispositif de permanence des soins au plan départemental ;
 - « g) Un représentant de l'organisation la plus représentative de l'hospitalisation publique ;
 - « h) Un représentant de chacune des deux organisations d'hospitalisation privée les plus représentatives au plan départemental, dont un directeur d'établissement de santé privé assurant des transports sanitaires ;
 - « i) Un représentant de chacune des quatre organisations professionnelles nationales de transports sanitaires les plus représentatives au plan départemental ;
 - « j) Un représentant de l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative au plan départemental ;
 - « k) Un représentant du conseil régional de l'ordre des pharmaciens ou, dans les départements d'outre-mer, la délégation locale de l'ordre des pharmaciens ;
 - « l) Un représentant de l'union régionale des professionnels de santé représentant les pharmaciens d'officine ;
 - « m) Un représentant de l'organisation de pharmaciens d'officine la plus représentative au plan national ;
 - « n) Un représentant du conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes ;
 - « o) Un représentant de l'union régionale des professionnels de santé représentant les chirurgiens-dentistes ;
- « 4° Un représentant des associations d'usagers.
- « Les membres du comité sont nommés par arrêté conjoint du directeur général de l'agence régionale de santé et du préfet.
- « Le directeur général de l'agence régionale de santé et le préfet peuvent se faire assister des personnes de leur choix.
- « Art.R. 6313-2.-I. — Les représentants des collectivités territoriales sont nommés pour la durée de leur mandat électif.
- « Les autres membres du comité sont nommés pour une durée de trois ans.
- « II. — Le secrétariat du comité est assuré par l'agence régionale de santé. Le comité établit son règlement intérieur.
- « Art.R. 6313-3.-Le comité constitue en son sein un sous-comité médical et un sous-comité des transports sanitaires.
- « Il est réuni au moins une fois par an par ses présidents ou à la demande d'au moins la moitié de ses membres.

« Section 2

« Sous-comité médical

- « Art.R. 6313-4.-Le sous-comité médical, formé par tous les médecins mentionnés aux 2° et 3° de l'article R. 6313-1-1, coprésidé par le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant et le préfet ou son représentant, est réuni à l'initiative de ces derniers ou à la demande d'au moins la moitié de ses membres, et au moins une fois par an. Le directeur général de l'agence régionale de santé et le préfet peuvent se faire assister des personnes de leur choix.
- « Il évalue chaque année l'organisation de la permanence des soins et propose les modifications qu'il juge souhaitables dans le cadre du cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« Section 3

« Sous-comité des transports sanitaires

- « Art.R. 6313-5.-Le sous-comité des transports sanitaires, coprésidé par le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant et le préfet ou son représentant, est constitué par les membres du comité départemental suivants :
 - « 1° Le médecin responsable du service d'aide médicale urgente ;
 - « 2° Le directeur départemental du service d'incendie et de secours ;
 - « 3° Le médecin-chef départemental du service d'incendie et de secours ;
 - « 4° L'officier de sapeurs-pompiers chargé des opérations, désigné par le directeur départemental des services d'incendie et de secours ;
 - « 5° Les quatre représentants des organisations professionnelles de transports sanitaires désignés à l'article R. 6313-1-1 ;
 - « 6° Le directeur d'un établissement public de santé assurant des transports sanitaires ;
 - « 7° Le directeur d'établissement de santé privé assurant des transports sanitaires ;
 - « 8° Le représentant de l'association départementale des transports sanitaires d'urgence la plus représentative au plan départemental ;
 - « 9° Trois membres désignés par leurs pairs au sein du comité départemental :
 - « a) Deux représentants des collectivités territoriales ;
 - « b) Un médecin d'exercice libéral.
- « Dans le cas où il examine les problèmes de transports sanitaires non terrestres, le sous-comité s'adjoint le représentant des administrations concernées et les techniciens désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé et le préfet du département.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé et le préfet peuvent se faire assister des personnes de leur choix.
« Art.R. 6313-6.-Le sous-comité est chargé de donner un avis préalable à la délivrance, à la suspension ou au retrait par le directeur général de l'agence régionale de santé de l'agrément nécessaire aux transports sanitaires institué par l'article L. 6312-2.
« Cet avis est donné après rapport du médecin désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé et au vu du dossier et des observations de l'intéressé. Il est rendu dans les trois mois qui suivent sa saisine par le directeur général de l'agence régionale de santé. Passé ce délai, cet avis est réputé donné.
« Le sous-comité peut être saisi par un de ses présidents de tout problème relatif aux transports sanitaires.
« Art.R. 6313-7.-En cas d'urgence, le directeur général de l'agence régionale de santé peut procéder à titre provisoire à la délivrance ou au retrait d'agrément.
« Avant de se prononcer définitivement, il saisit sans délai le sous-comité pour avis. Dans ce cas, le délai mentionné au deuxième alinéa de l'article R. 6313-6 est ramené à un mois. Passé ce délai, l'avis est réputé rendu.

« Section 4

« Dispositions propres à Paris et à certains départements

« Art.R. 6313-8.-Dans la composition du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires de Paris ainsi que des départements des Hauts-de-Seine, de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne et dans la composition des sous-comités, le directeur départemental du service d'incendie et de secours est remplacé par le général commandant la brigade de sapeurs-pompiers ou son représentant, le médecin-chef départemental du service d'incendie et de secours par le médecin-chef de la brigade de sapeurs-pompiers ou son représentant, l'officier de sapeurs-pompiers chargé des opérations, par l'officier de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris ou son représentant désigné par le général commandant la brigade de sapeurs-pompiers de Paris.
« A Paris, les représentants des collectivités territoriales sont quatre conseillers de Paris désignés par leur conseil.
« A Marseille, l'officier de sapeurs-pompiers chargé des opérations est le commandant du bataillon des marins-pompiers.
« Art.R. 6313-9.-A Paris, le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires est coprésidé par le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant et par le préfet de police ou son représentant lorsque les affaires examinées relèvent de la compétence de celui-ci. »

Article 2

Dispositions transitoires.

I. - Jusqu'à l'installation des unions régionales des professionnels de santé :

1° Les professionnels de santé mentionnés au b du 3° de l'article R. 6313-1-1 du code de la santé publique dans sa nouvelle rédaction sont remplacés par un médecin représentant l'union régionale des médecins exerçant à titre libéral et un médecin d'exercice libéral pour chacune des organisations représentatives au niveau national désigné sur proposition des instances localement compétentes ;

2° Le professionnel de santé mentionné au l du 3° du même article est remplacé par un pharmacien d'officine désigné par le conseil régional de l'ordre des pharmaciens ;

3° Le professionnel de santé mentionné au o du 3° du même article est remplacé par un chirurgien-dentiste désigné par le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes.

II. - Le premier alinéa de l'article R. 6313-1 et le second alinéa de l'article R. 6313-4 du code de la santé publique, dans leur nouvelle rédaction, entrent en vigueur en même temps que le décret du 13 juillet 2010 susvisé.

Article 3

La ministre de la santé et des sports est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 13 juillet 2010.

François Fillon

Par le Premier ministre :

La ministre de la santé et des sports,

Roselyne Bachelot-Narquin

Norbert BERGINIAT

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique Sciences Po Rennes - 2016-2017

ANNEXE 2



JORF n°0135 du 13 juin 2015 page 9775
texte n° 10

Arrêté du 5 juin 2015 portant modification de l'annexe I et de l'annexe VI du référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente du 25 juin 2008

NOR: AFSH1513180A

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2015/6/5/AFSH1513180A/jo/texte>

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le ministre de l'intérieur,
Vu le code de la santé publique ;
Vu le code général des collectivités territoriales ;
Vu l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente ;
Vu l'avis du comité de suivi et d'évaluation du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente ;
Sur proposition du directeur général de l'offre de soins et du directeur général de la sécurité civile et de la gestion des crises,
Arrêtent :

Article 1

L'annexe I du référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente du 25 juin 2008 est ainsi modifiée :

« Motifs de départ réflexe des moyens des services d'incendie et de secours (SIS) :

1. Situations cliniques particulières :

- arrêt cardiaque, mort subite ;
- détresse respiratoire ;
- altération de la conscience ;
- hémorragies sévères ;
- section complète de membre, de doigts ;
- écrasement de membre ou du tronc ;
- ensevelissement ;
- brûlure ;
- accouchement imminent ou en cours ;
- tentative de suicide avec risque imminent.

2. Circonstances particulières :

- noyade ;
- pendaison ;
- électrisation, foudroiement ;
- personne restant à terre suite à une chute ;
- rixe ou accident avec plaie par arme à feu ou arme blanche ;
- accident de circulation avec victime ;
- incendie ou explosion avec victime ;
- intoxication collective ;
- toutes circonstances mettant en jeu de nombreuses victimes.

3. Environnement et lieu de survenue de la détresse :

- voie publique.

Cette liste n'est pas exhaustive et peut localement faire l'objet d'ajouts consensuels notamment en ce qui concerne les lieux publics et les établissements recevant du public.

Cette liste n'est pas exclusive des motifs de départ des moyens des SIS dans le cadre de leurs missions propres. »

Article 2

Norbert BERGINIAT

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique Sciences Po Rennes - 2016-2017

L'annexe VI du référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente du 25 juin 2008 est ainsi modifiée :

« Liste des situations cliniques pouvant faire l'objet de l'initiation d'un protocole infirmier de soins d'urgence (PISU) par un infirmier sapeur-pompier, jusqu'à l'intervention d'un médecin :

- arrêt cardiaque, mort subite ;
- hémorragie sévère ;
- choc anaphylactique ;
- hypoglycémie ;
- état de mal convulsif ;
- brûlures ;
- asthme aigu grave de la personne asthmatique connue et traitée ;
- intoxication aux fumées d'incendie ;
- douleur aiguë. »

Article 3

Le directeur général de l'offre de soins, le directeur général de la sécurité civile et de la gestion des crises, les agences régionales de santé, le préfet de police et les préfets de départements sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 5 juin 2015.

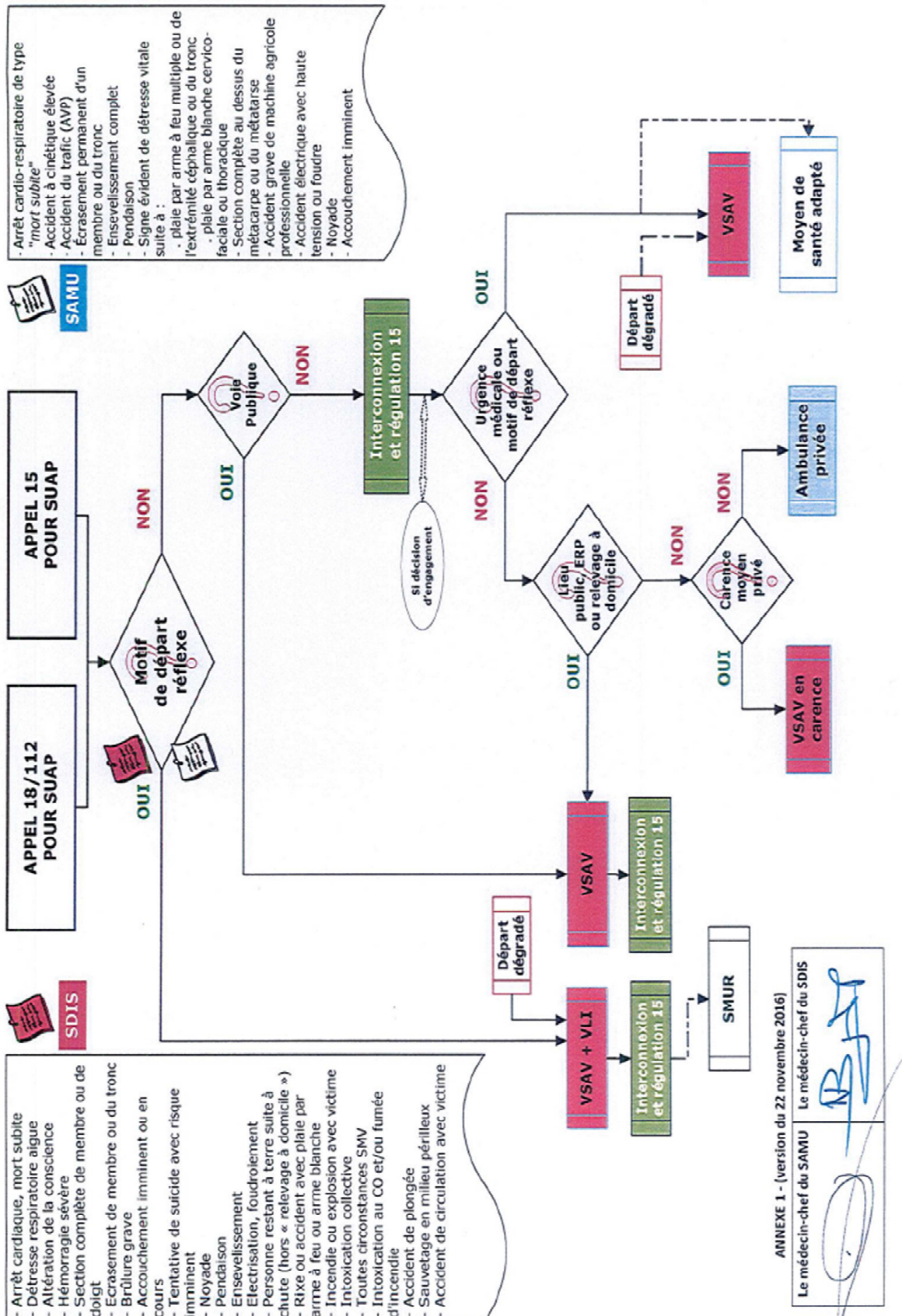
La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Marisol Touraine

Le ministre de l'intérieur,

Bernard Cazeneuve

ANNEXE 3



Grille d'Entretiens

Comment avez-vous perçu la circulaire du 5 juin 2015 lors de sa publication ?

Quelles en ont été vos attentes ?

Que pensez-vous de la mise en application qui en a été faite ? A-t-elle répondu à vos attentes ?

Quels en ont été les freins à sa mise en applications ?

A-t-elle modifié votre perception de la prise en charge l'urgence pré hospitalière ?

A-t-elle modifié votre perception de vos partenaires de l'urgence pré hospitalière ?

Liste des entretiens :

Mr le médecin responsable du SAMU 50 le 18 mai 2017 ; 1 heure.

Mr le chef de groupement opération du SDIS 50, le 22 mai 2017 ;1 heure.

Mr l'adjoint au chef de groupement opération du SDIS 50, le 22 mai 2017 ; 1 heure.

Mr le Dr C., régulateur au SAMU 50, le 18 mai 2017 ; ½ heure.

Mr M., ARM SAMU 50, le 18 mai 2017 ; ½ heure.

Mr C., Opérateur CTA-CODIS 50, le 23 mai 2017 ; ½ heure.

Mr J . chef de centre de secours de S.(Manche) le 28 avril 2017 ; ¼ heure.

Mr le sapeur-pompier du centre de secours de V. (Manche), le 18 mai 2017 ; ¼ heure.

BERGINIAT	Norbert	30 août 2017
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
La coordination des secours pré-hospitaliers : Un enjeu primordial pour l'accès aux soins		
Promotion 2016-2017		
<p>Résumé :</p> <p>Suite à la parution de la circulaire du 15 juin 2015 sur l'application de l'organisation des secours, ce travail s'attache à décrire le système français de la prise en charge des urgences pré-hospitalières en France. La multitude des acteurs, appartenant à des ministères différents, permet de comprendre les enjeux d'une nécessaire coordination au niveau local. Dans la Manche, les acteurs de terrain que sont le SAMU et le SDIS, avaient déjà des pratiques de partages et de mise en commun de leurs actions de secours. Malgré les résistances et freins du début, la mise en application de cette circulaire a permis de répondre aux attentes des différents services mais aussi d'apporter une meilleure connaissance mutuelle des partenaires. Le travail commun a engendré par lui-même des modifications des pratiques et a produit de la coordination dans l'organisation des secours.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Coordination des secours, Urgences pré-hospitalières, secours urgent à personne, aide médicale urgente, SAMU, SDIS.</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires :</i></p> <p><i>ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		