

EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2013 –

**« TRANSPORTS SANITAIRES URGENTS : MAITRISER NECESSAIREMENT
UNE ORGANISATION COMPLEXE »**

– Groupe n° 10 –

Céline AUBERT

Thomas DEGOT

Olivia DIVOL

Stéphane DUFAURE

Pierre FAURE

Carole FAY

Hélène LABRUNIE

Nadège LAISMAN

Maïlys MOUGINOT

Florent PEREEN

Anne Cécile SCHIEBER

Animateur

Patrick PLASSAIS

Remerciements

Nous exprimons notre gratitude tout particulièrement à Monsieur Patrick PLASSAIS, Professeur en management, enseignant-chercheur à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, pour ses conseils, son soutien méthodologique, sa disponibilité et son accompagnement tout au long de notre étude.

Nous remercions l'ensemble des professionnels rencontrés pour la rapidité de leur réponse à nos sollicitations, l'accueil qu'ils nous ont réservé et leur temps consacré durant les entretiens. La richesse des échanges nous a permis d'avancer dans le cadre de notre réflexion et de nous apporter les éléments nécessaires à notre analyse.

Nous sommes reconnaissants des témoignages recueillis auprès des différents acteurs sollicités :

- Responsables de l'Association des Transports Sanitaires Urgents (ATSU 44 – ATSU 35)
- Délégué Territorial – Délégation territoriale en charge des transports – Agence Régionale de Santé de Bretagne
- Lieutenant-colonel responsable des opérations du Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS 35)
- Cadre de santé – SAMU 56 – Centre Hospitalier - Vannes
- Responsables des transports internes – Direction de la Politique des Achats et de la Logistique - Centre Hospitalier Universitaire - Rennes
- Chef de service – SAMU – Centre Hospitalier Universitaire - Rennes
- Responsable 1^{er} recours – Sous-direction de la régulation de l'offre de soins – Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS - Bureau R2) - Paris
- Responsable Pôle « Outils » - Agence Nationale d'Appui à la Performance des Etablissements de Santé et Médico-sociaux (ANAP) - Paris
- Directeur des Ressources Humaines - Centre Hospitalier – Compiègne

Nous remercions également Madame Emmanuelle GUEVARA pour son accompagnement technique et logistique.

Ce mémoire réalisé en interfiliarité aura été l'occasion d'échanges riches et dynamiques.

Sommaire

Introduction	10
1 L'aide médicale urgente s'est historiquement structurée autour de nombreux acteurs, issus des secteurs public et privé, aux prérogatives parfois mal définies.....	12
1.1 L'organisation nationale de l'aide médicale urgente permet de proposer aux patients une réponse territoriale adaptée à leurs besoins.....	12
1.1.1 Les autorités sanitaires définissent et financent l'aide médicale urgente.....	12
1.1.2 Une réponse territoriale adaptée aux besoins de la population procurée par plusieurs organisations sanitaires	13
1.1.3 La coordination des acteurs permet d'apporter théoriquement une réponse sanitaire efficiente.....	16
1.2 La Bretagne dispose d'un réseau efficace de structures de transports sanitaires urgents procurant une réponse adaptée à la population.....	19
1.2.1 Malgré l'hétérogénéité du territoire breton, la couverture des besoins médicaux d'urgence est souvent en adéquation avec les besoins de la population.	19
1.2.2 La multiplicité des structures de l'aide médicale urgente en Bretagne permet de limiter le nombre de « zones blanches ».....	20
1.2.3 Les administrations déconcentrées de l'Etat et de la Sécurité sociale financent et contrôlent les acteurs de l'aide médicale urgente	23
2 L'imprécision de l'organisation en place et son hétérogénéité sont sources de difficultés nombreuses et imbriquées qui rendent complexe toute modification	25
2.1 L'indisponibilité ambulancière met en exergue les problèmes qui se répercutent sur l'adéquation de l'offre par rapport aux besoins.....	25
2.1.1 Sur le terrain, la carence ambulancière cristallise les tensions.....	25
2.1.2 Les déterminants organisationnels et comportementaux de la carence sont interdépendants.....	26
2.1.3 Les moyens de limiter la carence sont multiples et interdépendants.....	28
2.2. Une redéfinition des missions des acteurs sanitaires ainsi qu'un renforcement de leurs relations permettraient d'améliorer la gestion des transports sanitaires	29

2.2.1 Le cadre juridique en vigueur ne permet pas aux équipes de l'ARS d'assurer une structuration optimale des transports sanitaires d'urgence.....	29
2.2.2 Pour mettre fin aux dérives systémiques et aux glissements de tâches induits, il conviendrait de rendre effectifs les liens et les contrôles prévus par la réglementation	32
Conclusion.....	34
Bibliographie	35
Annexes	39
Annexe I : Arbre décisionnel et tarification des interventions - schémas empruntés du travail de Monsieur Loïc Delastre, Directeur d'Hôpital.....	40
Annexe II : Cartes de la population et de l'offre de soins en Bretagne.....	43
Annexe III : Schéma relatif aux conséquences du financement insuffisant des gardes selon les TSP	46
Annexe IV : Proposition de Convention type SAMU, SDIS, ADTSU et ARS portant organisation des transports dans le cadre de l'aide médicale urgente.....	47
Résumé	58

Liste des sigles utilisés

AMU : Aide Médicale Urgente
ARM : Assistant de Régulation Médical
ARS : Agence Régionale de Santé
ASSU : Ambulance de Secours et de Soins d'Urgence
ATSU : Association des Transports Sanitaires Urgents
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CODAMUPS-TS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires
CSP : Code de la Santé Publique
CODIS : Centre Opérationnel d'Incendie et de Secours
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels
CTA : Centre de Traitement des Alertes
DGARS : Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
EPS : Etablissement Public de Santé
HPST : Hôpital Patients Santé Territoires
INSSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MIG : Mission d'Intérêt Général
NF : Norme Française
PDSES : Permanence des Soins des Etablissements de Santé
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SDIS : Service départemental d'Incendie et de Secours
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
TS : Transport Sanitaire
TSP : Transport Sanitaire Privé
TSU : Transport Sanitaire Urgent
VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes
VSL : Véhicule Sanitaire Léger

Méthodologie de Travail

Le groupe du module interprofessionnel « Transports sanitaires urgents : maîtriser une organisation complexe » était constitué par des élèves directeurs d'hôpital, directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, directeur des soins, élèves attachés d'administration hospitalière, élèves inspecteur de l'action sanitaire et sociale une élève médecin inspecteur de Santé Publique. Il était animé par Monsieur Patrick PLASSAIS, enseignant chercheur à l'EHESP.

L'objectif de ce travail était de:

- décrire les organisations et d'établir une cartographie complète des rôles de chaque acteur impliqué dans le transport sanitaire urgent en prenant pour exemple la région Bretagne ;
- de proposer les termes d'une convention type, après avoir analysé les complexités du système.

Le groupe disposait de trois semaines pour la réalisation de ce travail. La méthodologie choisie s'est organisée en trois temps.

Premier temps :

Après une phase d'appropriation individuelle du sujet, un travail de recherche bibliographique a permis de compléter la compréhension de la complexité du système, ses enjeux organisationnels et financiers, au service de la qualité de prise en charge du patient. Ce premier temps a également permis de préciser le périmètre du sujet, de définir une problématique et la liste des acteurs à rencontrer.

Second temps :

Cette étape a été consacrée à la préparation de guides d'entretien, à la prise de contact et à la rencontre des différents acteurs impliqués dans le dispositif. L'objectif était de comprendre leur rôle au sein de chaque structure et leurs difficultés rencontrées dans l'organisation des transports sanitaires urgents. Chaque interview a été suivie d'un compte rendu.

Dix entretiens ont été menés avec les interlocuteurs suivants :

- **Association des Transporteurs Sanitaires Privés :**
 - Central Service Ambulance, département de la Loire Atlantique, le 30 avril 2013

- Association des Transporteurs Sanitaires d'Urgence 25, département d'Île et Vilaine, le 2 mai 2013
- **SAMU-Centre 15 :**
 - SAMU 56, département du Morbihan, le 3 mai 2013
 - SAMU 35, département d'Île et Vilaine, le 6 mai 2013
- **Service départemental d'incendie et de secours :**
 - SDIS 56, département du Morbihan, le 3 mai 2013
- **Centre Hospitalier Universitaire de Rennes :**
 - Direction des achats et de la logistique, le 3 mai 2013
 - Responsable des transports internes, le 14 mai 2013
- **Administration d'Etat :**
 - Direction Générale de l'Offre de Soins, sous-direction de la régulation de l'offre de soins : bureau R2 « Premiers recours », le 7 mai 2013
 - Agence Régionale de Santé, délégation territoriale du Morbihan, le 3 mai 2013
- **Agence Nationale d'Aide à la Performance (ANAP),** responsable du pôle outils, Paris, le 13 mai 2013

Troisième temps :

Cette étape a permis de confronter les éléments recueillis à partir de l'ensemble des entretiens et d'échanger les représentations et les réflexions de l'ensemble du groupe. Ce partage d'informations a abouti à la rédaction du rapport, à la formulation de préconisations et enfin à la proposition d'une convention type.

Forces et limites méthodologiques :

Une des limites inhérentes à ce travail a été la contrainte de temps, les deux ponts du mois de mai ayant réduit la possibilité de rendez-vous avec des acteurs institutionnels. Un acteur important, la CPAM, n'a pas donné suite à nos relances multiples.

Les forces de ce travail ont été la bonne entente et la dynamique inter filière qui se sont créées dès le premier jour. Les compétences de chaque membre du groupe ont été autant d'atouts au service de la réussite de ce projet, que la richesse du sujet proposé.

Introduction

En 2012, le candidat François Hollande a affirmé dans la proposition n°19 de son programme présidentiel, son souhait de mettre à 30 minutes maximum de chaque français une structure de soins d'urgence, au nom de l'égalité d'accès aux soins sur tout le territoire.

Le concept de l'aide médicale urgente (AMU) est l'aboutissement d'une réflexion d'anesthésistes réanimateurs visant à ouvrir l'hôpital sur l'extérieur, avec ses hommes et ses techniques, afin d'assurer le plus rapidement possible une prise en charge médicale adaptée aux besoins des accidentés et blessés de la route.

La parution des décrets n°65-1045 du 2 décembre 1965 et n°65-1178 du 31 décembre 1965 sont à l'origine de la création des Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR). Ainsi, chaque établissement doté d'un SMUR devient alors la pierre angulaire de l'organisation et de la gestion des moyens de réanimation pré-hospitalière. Le premier Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) a été créé à Toulouse en 1967, sous l'impulsion du Professeur Louis Lareng, médecin anesthésiste-réanimateur. Initialement ces centres d'appels ne sont pas destinés au public ; ils le deviennent en 1979 à la suite de la parution de la circulaire DGS/103/AS 3 du 6 février 1979 relative à l'AMU qui met en place le centre 15. Depuis près d'un demi-siècle, l'organisation de la réponse sanitaire urgente garantie au patient une prise en charge de qualité.

La loi n°86-11 du 11 janvier 1986 vient quant à elle, définir et préciser l'AMU. «Elle a pour objet en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'il se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état ».

L'article L.6312-1 du Code de la Santé Publique (CSP) définit la notion de transport sanitaire comme étant : « tout transport d'une personne malade, blessée, ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet ».

Face à l'évolution des besoins en santé de la société, de nombreux textes réglementaires sont venus compléter le dispositif de réponse à l'urgence ; si ces avancées apparaissaient nécessaires, elles ont eu pour conséquence de complexifier l'organisation induisant notamment une confusion du champ d'action des différents acteurs.

Consciente de cette difficulté, la Direction Générale de l'offre De Soins (DGOS) a rédigé deux référentiels destinés aux acteurs des transports urgents : « organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente - référentiel commun » du 25 juin 2008 et « organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière - référentiel commun » du 9 avril 2009.

Plus récemment, dans son Rapport de 2012 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale¹, la Cour des Comptes dénonce les insuffisances du système et évalue les économies potentielles sur les Transports Sanitaires Urgents (TSU) à 95 millions d'euros.

En pratique, les TSU font intervenir de multiples acteurs aux intérêts divergents qui ont des difficultés à s'accorder sur les modalités d'organisation. Face à ce constat, il est pertinent de s'interroger sur les leviers d'action mobilisables pour maîtriser cette organisation complexe. Ainsi, il s'agira de comprendre les enjeux et le rôle de chaque acteur afin de tendre vers un consensus permettant d'améliorer l'organisation des TSU.

C'est pourquoi, notre étude a pour objet les transports sanitaires urgents pré hospitaliers, terrestres et aériens de la région Bretagne. Elle ne traite ni des zones maritimes qui relèvent de la responsabilité du préfet maritime, ni des transports non urgents et/ou internes aux établissements de santé.

Après un état des lieux des acteurs du transport sanitaire urgent et une étude sur le territoire breton (1), des pistes d'améliorations seront proposées afin de répondre aux problématiques rencontrées (2) et notamment par l'élaboration d'une convention type².

¹ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale 2012* – Chapitre XI : Les transports de patients à la charge de l'Assurance maladie, Paris, septembre 2012

² Annexe 3 : Proposition de convention type SAMU, SDIS, ADTSU et ARS portant organisation des transports dans le cadre de l'aide médicale urgente

1 L'aide médicale urgente s'est historiquement structurée autour de nombreux acteurs, issus des secteurs public et privé, aux prérogatives parfois mal définies

1.1 L'organisation nationale de l'aide médicale urgente permet de proposer aux patients une réponse territoriale adaptée à leurs besoins

L'organisation de l'aide médicale urgente (AMU) en France est le fruit d'une histoire dont les acteurs présentés ci-dessous en sont les héritiers. Elle s'articule autour d'acteurs nationaux qui régulent l'activité produite par des acteurs de terrain.

1.1.1 Les autorités sanitaires définissent et financent l'aide médicale urgente

- **La direction générale de l'offre de soins (DGOS)**

Au sein du ministère de la santé, la direction générale de l'offre de soins exerce un rôle de support auprès des Agences régionales de santé (ARS). Elle rédige notamment et diffuse des référentiels relatifs aux transports sanitaires urgents (TSU³) qui constituent des recommandations de bonnes pratiques. La DGOS propose ainsi un cadre conventionnel souple aux acteurs afin de garantir des transports efficaces.

- **Les agences régionales de santé (ARS)**

Les ARS ont pour mission de réguler l'organisation des TSU sur leur territoire au titre de la « mission de service public de permanence des soins⁴ ». En conséquence, elles délivrent un agrément aux compagnies privées de transport, une autorisation d'exercice aux véhicules de transports sanitaires et une autorisation d'exercice aux personnels⁵. L'ARS peut aussi contrôler les TSP à la suite de signalement du SAMU.

De plus, au moment de la rédaction des conventions bipartites et tripartites entre les intervenants du milieu des transports sanitaires urgents, elle anime les négociations.

Enfin, l'ARS finance les TSU au moyen de missions d'intérêt général (MIG) délivrées au centre hospitalier détenteur de l'autorisation de soins de médecine d'urgence et siège de SAMU.

³ Comité des transports sanitaires, « organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière-Référentiel commun », 9 avril 2009.

⁴ Code de la santé publique, art. L. 1435-5

⁵ Délégation donnée par le préfet au directeur général de l'ARS ou son représentant.

- **Le préfet du département**

Le Préfet arrête et valide le tableau de la permanence ambulancière annuelle, révisable trimestriellement. Il arrête les périodes de garde départementale des TSU.

- **L'Assurance Maladie**

L'Assurance maladie, englobant les caisses du régime général et des régimes particuliers, fixe au moyen d'une convention nationale avec les transporteurs sanitaires privés, les règles de tarification des transports sanitaires urgents non médicalisé.

1.1.2 Une réponse territoriale adaptée aux besoins de la population procurée par plusieurs organisations sanitaires

- **Les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et le Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)**

- ✓ **Le SAMU**

Selon l'organisation de l'établissement de santé, le SAMU constitue une structure de soins ou un pôle d'activité. Le service d'aide médicale urgente a pour « mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence⁶ ». Il dispose en son sein d'un centre de réception et de régulation des appels (CRRA) qui assure une écoute téléphonique permanente avec un numéro d'appel unique, le 15 ou 112, puis engage une réponse la mieux adaptée à la nature des appels en fonction des moyens disponibles et garantit le suivi des interventions jusqu'à l'admission du patient. Il contribue à la formation initiale et continue des acteurs de l'urgence⁷ au moyen d'un Centre d'enseignements aux soins d'urgence.

Pour l'exercice de ses missions, le SAMU dispose :

- de moyens matériels : système d'information, système de communication et de radiocommunication, interconnexion SAMU-SDIS ;
- de moyens humains : assistants de la régulation médicale (ARM) et médecins régulateurs chargés de la réception et de la régulation des appels⁸ ;
- d'une ou plusieurs antennes SMUR au sein du département et de moyens hélicoptés.

⁶ Code de la Santé Publique, art. R. 6311-1

⁷ Décret N° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U.

⁸ Code de la Santé Publique, article R. 6311-7

Le financement des SAMU, incluant le fonctionnement des SMUR, repose sur une enveloppe MIG.

✓ **Le SMUR**

Le SMUR, structure mobile de réanimation pré-hospitalière médicalisée, intervient à l'extérieur de l'hôpital à la demande du médecin régulateur du SAMU. Il assure la prise en charge, le diagnostic, le traitement et le transport des patients en situation d'urgence médicale⁹. Il existe deux types d'interventions réalisées par les équipes du SMUR :

- les interventions « primaires » (80% de l'activité), qui visent à prendre en charge sans délai les détresses vitales survenant quel que soit le lieu, l'âge et la pathologie ;
- les interventions « secondaires », qui consistent généralement en un transport de patients déjà hospitalisés et nécessitant un transfert vers un plateau technique ou un service spécialisé n'existant pas dans l'établissement d'origine.

La composition de l'équipe d'intervention d'un SMUR comprend au moins un médecin, un infirmier et un conducteur ambulancier ou pilote¹⁰. Les véhicules du SMUR appartiennent à la catégorie A des transports sanitaires et sont dotés d'un matériel de réanimation complet.

• **Le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS)**

Le SDIS est un établissement public autonome spécialisé¹¹. Sous l'autorité conjointe du préfet et du maire, dans le cadre de leurs pouvoirs de police administrative, il met en œuvre « les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation »¹². Le SDIS concourt à l'AMU par ses missions de « secours à personne »¹³.

Le SDIS dispose notamment de véhicules de catégorie B dédiés au secours et à l'assistance aux victimes (VSAV) dont l'équipage se constitue de trois sapeurs-pompiers secouristes, dont

⁹ Code de la Santé Publique, articles R.6123-16, R. 6123-17 et R. 6123-15

¹⁰ Code de la Santé Publique, articles D. 6124-13

¹¹Présentation du SDIS du Pas-de-Calais, http://www.sdis62.fr/fr/menu/le_sdis_62/fonctionnement

¹²Code général des collectivités territoriales, article L. 1424-2

¹³ DDSC/DHOS, « Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente- Référentiel commun », 25 juin 2008 définissant le secours à personne comme l'ensemble des missions du SDIS qui consiste à :

- Assurer la mise en sécurité des victimes, c'est-à-dire les soustraire à un danger ou un milieu hostile, exercer un sauvetage, et sécuriser le site de l'intervention ;
- Pratiquer les gestes de secourisme en équipe, dont ceux du prompt secours, face à une détresse, et à en évaluer le résultat ;
- Réaliser l'envoi de renforts dès la réception de l'appel ou dès l'identification du besoin après avoir informé la régulation médicale du SAMU lorsqu'il s'agit d'une situation d'urgence nécessitant la mise en œuvre de moyens médicaux ; Réaliser l'évacuation éventuelle de la victime vers un lieu d'accueil approprié.

un ambulancier et un chef d'équipe. Selon les cas, il peut mobiliser un infirmier et/ou un médecin sapeur-pompier.

Dans le cadre de ses missions de service public, le SDIS est majoritairement financé par les collectivités territoriales.

Les interventions du SDIS en cas d'indisponibilité ambulancière avérée par le SAMU font l'objet d'une prise en charge financière par les établissements de santé, siège des SAMU, par le biais d'une MIG.¹⁴

- **Les transporteurs sanitaires privés**

Les sociétés de transport sanitaire exercent leurs activités par voie d'agrément délivré par le directeur général de l'ARS au titre de l'AMU et sur prescription médicale. Leur participation à l'AMU s'organise selon deux modalités : la garde ambulancière dite garde préfectorale et les périodes hors garde. Pendant la garde, l'entreprise privée s'engage à réserver un ou plusieurs véhicules de catégorie A et une équipe d'ambulanciers aux demandes de transports urgents adressées par le SAMU-Centre 15. La garde est légalement obligatoire et elle se réalise la nuit, les weekends et jours fériés¹⁵.

En théorie, seules les ambulances de catégorie A (ASSU de type B et C¹⁶, conformes à la norme NF EN 1789) peuvent participer à l'AMU. L'équipage effectuant des transports sanitaires urgents est composé de deux personnes dont l'une au moins est titulaire du diplôme d'Etat d'ambulancier.

La facturation des sorties simples (acheminement d'un patient vers une destination définie) est à la charge de l'assuré social sur la base des tarifs conventionnels¹⁷. Ces tarifs comprennent un montant forfaitaire qui varie en fonction du lieu d'intervention et un tarif kilométrique qui varie en fonction de la distance parcourue. L'Assurance maladie rémunère la garde préfectorale à hauteur de 346€ par permanence, avec un abattement de 60% sur le tarif conventionnel pour chaque sortie réalisée pendant la garde. Dans le cadre des sorties

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ La garde de nuit se déroule de 20h00 à 8h00 du matin et la garde des weekends et jours fériés se déroule de 8h00 à 20h00

¹⁶ ASSU : Ambulance de Secours et Soins d'Urgence, Type B : ambulance de soins d'urgence conçue et équipée pour le transport, les premiers soins et la surveillance de patients et Type C : ambulance de soins intensifs conçue et équipée pour le transport, les soins intensifs et la surveillance des patients

¹⁷ Convention nationale du 26 décembre 2002, organisant les rapports entre TSP et l'assurance maladie.

blanches¹⁸, la facturation relève de la convention signée entre le centre hospitalier et l'association des transporteurs privés.

La création d'une association départementale regroupant les transporteurs privés adhérent doit être opérée conformément à la réglementation.

- **La Caisse Primaire d'Assurance Maladie**

A l'échelon départemental, les caisses primaires d'Assurance maladie ont pour mission de contrôler la régularité de la facturation des transporteurs et l'atteinte des objectifs de qualité.

1.1.3 La coordination des acteurs permet d'apporter théoriquement une réponse sanitaire efficiente

1.1.3.1 Des textes réglementaires et des comités locaux organisent la coordination des acteurs

- **Au niveau national : les circulaires et les référentiels**

L'efficacité de la réponse aux demandes d'AMU nécessite l'action coordonnée des différents acteurs des urgences pré-hospitalières énumérés ci-dessus. La circulaire du 14 octobre 2009¹⁹ décrit le rôle et les domaines de compétences des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'AMU et les relations entre eux.

- **Le CODAMUPS-TS**

Le Comité départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins – transports sanitaires a pour mission de veiller à la qualité de la distribution de l'AMU sur le territoire départemental et de l'organisation de la permanence des soins. Il assure la coopération entre les différents acteurs de l'AMU. Le CODAMUPS est co-présidé par le préfet de département et le représentant du directeur général de l'ARS. Il comprend une sous-commission pour les transports sanitaires, composée des représentants du SDIS, du SAMU/SMUR, des associations de TSP, de l'ARS et du préfet de département.

¹⁸ Sortie réalisée par un transporteur sanitaire privé à la demande du SAMU-centre 15 et qui ne donne pas lieu à un transport car la personne n'est plus présente (partie, décédée, ou situation résolue localement) ou refuse le transport.

¹⁹ Circulaire N°DSC/DHOS/2009/192 du 14 octobre 2009 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à la personne et de l'AMU et de l'arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière.

- **Les conventions**

Les conventions bipartites SAMU-SDIS et SAMU-TSP doivent préciser les organisations, les modes de tarification et définir les modalités de l'indisponibilité ambulancière²⁰. En effet, par défaut, les équipes du SDIS sont mobilisées à la demande du médecin régulateur lorsqu'il constate :

- le défaut de disponibilité des TSP en raison d'un défaut de moyens matériels ou humains mobilisables dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient²¹;
- et que l'intervention ne relève pas des missions propres du SDIS, à savoir le prompt secours, les interventions sur la voie publique ou dans un lieu public, une évacuation de victime d'un incendie ou d'un accident routier, et un transport sanitaire programmé.

- **La démarche qualité**

Afin d'analyser l'efficacité du dispositif mis en place au niveau du département, les données et indicateurs produits pour quantifier l'activité de chaque acteur (tableaux de bord, relevé et signalement des événements indésirables) sont communiqués à un comité de suivi départemental prévu par chaque convention bipartite puis présentés à l'ensemble des intervenants lors des réunions régulières du CODAMUPS-TS²². Au besoin, une modification du schéma organisationnel ou plus modestement des ajustements peuvent être envisagés.

1.1.3.2 Les modalités techniques de l'organisation de l'aide sanitaire d'urgence

- **La régulation médicale des appels**

Au plus près du terrain, le médecin régulateur a un rôle pivot de coordination de l'ensemble des moyens mis en œuvre dans le cadre de l'AMU. Après avoir évalué la gravité de la situation, il mobilise l'ensemble des ressources disponibles et adéquates. En fonction des

²⁰ Circulaire N°DHOS/01/DDSC/BSIS/2007/388 du 26 octobre 2007 relative à la définition des indisponibilités ambulancières telles que prévues par l'arrêté du 30 novembre 2006 et aux conventions passées entre les SDIS et les établissements de santé sièges des SAMU.

²¹ Selon l'article L. 1424-42 CGCT, l'indisponibilité ambulancière est avérée :

Hors période garde ambulancière, après la sollicitation d'au moins une société de transport sanitaire privée.
En période de garde, après sollicitation de l'entreprise assurant la garde des transports sanitaires ; A tout moment lorsque les délais d'intervention des ambulanciers privés sont incompatibles avec la demande de transport ; En l'absence d'organisation de la garde ambulancière sur une zone déterminée, dûment mentionnée par le CODAMUPS

²² Référentiel commun SDIS-SAMU « Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente » du 25 juin 2008 et Référentiel commun SAMU-TSP « Organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière » du 9 avril 2009.

besoins de l'intervention (délais, lieux, gravité, disponibilité...) il fait appel au SMUR, à des moyens hélicoptés, aux TSP, aux médecins généralistes, aux médecins correspondants du SAMU²³, aux paramédicaux libéraux, aux ressources du service du transport interne de l'établissement et si besoin aux moyens du SDIS. Selon les départements, figure à ses côtés un coordonnateur ambulancier, mis à disposition par l'association des transporteurs privés, qui régule les demandes de TSP en urgence²⁴.

- **L'interconnexion entre le CRRA et le centre de traitement des appels du SDIS**

La réglementation impose une interconnexion entre le CRRA du SAMU (numéro 15) et le CTA du SDIS (numéro 18) pour optimiser la réponse à apporter. Les supports d'interconnexion informatique, radiophonique ou téléphonique doivent permettre, dans le respect du secret médical, les transferts réciproques d'appels et les conférences téléphoniques avec les services de police et de gendarmerie.²⁵ Concrètement, les appels relevant d'une urgence médicale parvenant au SDIS sont immédiatement partagés en conversation à trois avec le CRRA. Le régulateur médical du SAMU décide alors seul du départ d'un véhicule médicalisé, même si dans certains cas de « départs réflexes » du SDIS, cette sortie SAMU intervient a posteriori mais dans les meilleurs délais²⁶.

La structure de l'aide médicale d'urgence française offre une réponse adaptée aux besoins de la population. L'exemple de la Bretagne met en exergue la réussite sanitaire de cette politique de santé publique.

²³ Le dispositif de médecins correspondants du SAMU a vocation de se développer dans les zones isolées où l'intervention du SMUR n'est pas compatible avec le délai nécessaire à une situation d'urgence. Son organisation est définie par l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du SAMU et la circulaire DHOS/01/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences.

²⁴ *Op. cit.*, référentiel commun SAMU-TSP « Organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière » du 9 avril 2009.

²⁵ Code de la Santé Publique article R6311-6

²⁶ *Op. cit.*, référentiel commun SAMU-SDIS, du 25 juin 2008 :

1.2 La Bretagne dispose d'un réseau efficace de structures de transports sanitaires urgents procurant une réponse adaptée à la population

1.2.1 Malgré l'hétérogénéité du territoire breton, la couverture des besoins médicaux d'urgence est souvent en adéquation avec les besoins de la population.

- **Présentation géographique de la Bretagne**

La région Bretagne est formée de quatre départements : les Côtes-d'Armor, le Finistère, l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan et présente 2 700 km de côtes aux bords desquelles se concentrent l'essentiel des communes.

Deux aires urbaines principales, Rennes et Brest, concentrent une part importante de la population, de l'emploi et de l'enseignement supérieur. Un maillage homogène de villes moyennes complète la structuration du territoire. Ces dernières représentent autant de relais pour l'accès aux services et équipements des populations issues des petites villes et espaces ruraux. La Bretagne bénéficie d'un réseau routier conséquent offrant d'une desserte satisfaisante et gratuite.

- **Démographie de la Bretagne**

La Bretagne est une région attractive mais vieillissante composée de :

- 3 175 100 habitants en 2009 (soit 5 % de la population française), avec des modulations lors des périodes estivales ;
- 3 452 300 habitants à l'horizon 2020 ;
- 0,9 % de croissance moyenne annuelle de la population entre 1999 et 2009 (France : 0,7 %) ;
- 24,3 % de moins de 20 ans en 2009 (France : 24,6 %) ;
- 10 % de plus de 75 ans (France : 9 %) et 2,6 % de plus de 85 ans (France : 2,3 %) en 2009.

Sa densité est de 115 habitants au km², très proche de la densité moyenne nationale, mais nettement moins concentrée puisque selon l'INSEE « 60% des bretons résident sur 23,9% du territoire régional alors que 60% des français de métropole se répartissent sur 8,3% du territoire national ». Comme l'indique la carte en annexe 2, la répartition de la population sur le territoire reste toutefois inégale dans la région avec une concentration de la population au niveau de l'agglomération rennaise et du littoral.

En Bretagne en 2007, l'espérance de vie à la naissance est de 76,3 ans pour un homme et de 83,8 ans pour une femme, soit une durée de vie moyenne régionale inférieure à la moyenne nationale (77,5 ans pour un homme et 84,3 ans pour une femme en France métropolitaine).

- **L'état de santé des Bretons**

La région Bretagne connaît une amélioration générale de l'état de santé de sa population, notamment une diminution du taux de mortalité passant de 10,1/1000 à 9,7/000 entre 1999 et 2009. Cependant, les indicateurs de santé sont globalement défavorables en comparaison à la moyenne nationale. Pour exemple, les taux de mortalité prématurée évitable des hommes et des femmes sont plus élevés en Bretagne qu'au niveau national (hommes : 129,9 / France : 102,7 - femmes : 36,2 / France : 36,6).

1.2.2 La multiplicité des structures de l'aide médicale urgente en Bretagne permet de limiter le nombre de « zones blanches »

Pour satisfaire les besoins de soins d'une population vieillissante et croissante, les dispositifs de prises en charge s'articulent autour de 8 territoires de santé, visibles en annexe 2.

Il est admis par les autorités sanitaires que l'offre de santé est globalement satisfaisante sur l'ensemble de ces territoires. En effet, la Bretagne présente une densité de professionnels de santé de premier recours et un taux d'équipement en établissements et en services sanitaires ou médico-sociaux, comparables voire supérieurs aux taux nationaux.

Pour sa part, le dispositif régional d'urgence s'articule autour de :

- 4 SAMU ;
- 29 structures de médecine d'urgence dont une avec une antenne saisonnière ;
- 24 SMUR ;
- des médecins libéraux participant à la permanence des soins ambulatoires dont 19 maisons médicales de garde et 6 associations « SOS Médecins » ;
- les établissements de santé assurant la permanence des soins ;
- les transports sanitaires ;
- 4 SDIS.

Les transports urgents hélicoptérés sont particulièrement bien dotés compte tenu de l'étendue de la façade maritime bretonne avec :

- 1 hélicoptère SAMU basé au centre hospitalier de Brest ;

- 1 hélicoptère SAMU basé au centre hospitalier de Saint Briec ;
- 2 hélicoptères de la sécurité civile basés à Lorient et Quimper.

L'Est de la Bretagne est couvert par les hélicoptères basés à Granville et Nantes.

L'organisation des transports d'urgence repose sur l'articulation entre les 4 SDIS, les transports hélicoptérés et les sorties des véhicules du SAMU et la participation de 883 véhicules sanitaires légers (VSL) et 683 ambulances :

- les sorties des véhicules du SDIS ont augmenté entre 2007 et 2009, à la fois pour les secours à la personne (+11 %) et pour les accidents routiers (+9 %) ;
- concernant les transports hélicoptérés, ils ont progressé de 16,3 % entre 2007 et 2009, avec une augmentation particulièrement marquée sur les territoires de santé n°1 et n°2.

Pour les urgences vitales, le territoire breton est couvert de manière satisfaisante, même s'il persiste des « zones blanches »²⁷, à savoir des territoires non accessibles en moins de trente minutes par des transports sanitaires. Ces zones blanches s'expliquent le plus souvent par l'absence de dessertes routières dans des zones peu peuplées ou difficilement accessibles. L'un des objectifs de l'ARS Bretagne est de supprimer ces « zones blanches » en modifiant la répartition des moyens sur le territoire.

La région Bretagne compte 310 entreprises d'ambulances privées qui gèrent un parc de 1645 véhicules autorisés.

	Côtes d'Armor	Finistère	Ile et Vilaine	Morbihan	TOTAL Bretagne
Nombre d'implantation d'entreprises privées	90	11	145	103	349
Nombre d'établissements de santé agréés	2	6	3	4	15

Les données bretonnes sont comparables à celles relevées au niveau national. Par ailleurs, il ressort des entretiens que de manière générale, les entreprises de transport sanitaire privées gèrent en majorité un parc de petite taille.

²⁷ Annexe 2, carte n°3 : Accès aux soins d'urgence au 31 décembre 2011, Atlas de la santé en région Bretagne, ARS de la Bretagne, 2012.

Comme dans beaucoup de départements, l'ARS Bretagne constate un écart important et historique entre le nombre théorique de véhicules fixés par le décret du 5 octobre 1995 et le nombre effectif de véhicules en circulation (environ de + 36 %).

	Côtes d'Armor	Finistère	Ile et Vilaine	Morbihan	TOTAL Bretagne
Quota théorique de véhicules*	260	324	370	255	1209
Nombre de véhicules autorisés	339	406	490	410	1645
Véhicules autorisés / quota théorique	+30%	+25%	+32%	+60%	+36%

*application du décret du 5 octobre 1995

La région Bretagne compte 4 SDIS. Pour exemple, le département du Morbihan compte 65 centres de secours. En 2012, ils enregistrent 38000 interventions dont 30000 sorties sanitaires et 8000 sorties pour motif d'incendie. 80% de l'activité concerne le domaine du secours à personne dans le cadre des missions propres des sapeurs-pompiers et des missions en lien avec le SAMU. Ce département compte 1370 interventions/an pour carence ambulancière soit 4,6% de l'activité du secours à personne.

Concernant le département du Finistère, les sapeurs-pompiers ont effectués 37204 interventions pour le secours à personne. Parmi elles, environ 4400 interventions/an sont effectuées au titre de la carence ambulancière. Celles-ci représentent près de 12% de l'activité des sapeurs-pompiers dans le domaine du secours à personne.

Au niveau national, la prise en charge par les sapeurs-pompiers est très variable. Ainsi, dans la Meuse, les situations de carence assurées par les sapeurs-pompiers représentent près de 30% de leur activité²⁸.

²⁸ MATHIS Nicolas, *Etat des lieux sur la situation des carences ambulancières dans le département de la Meuse en amont de la convention tripartite SAMU-SDIS-ATSU*, Thèse pour le grade de docteur en médecine, Université Henri-Poincaré de Nancy, Faculté de Médecine

1.2.3 Les administrations déconcentrées de l'Etat et de la Sécurité sociale financent et contrôlent les acteurs de l'aide médicale urgente

- **Les secteurs de la garde ambulancière**

Pour répondre aux besoins de prises en charge, chaque département est découpé en plusieurs secteurs de garde. Un véhicule est mobilisé sur chaque secteur, à partir d'un lieu de garde identifié.

	Côtes d'Armor	Finistère	Ile et Vilaine	Morbihan	TOTAL Bretagne
Nombre de secteurs	8	17	12	12	49

Le découpage des secteurs de garde, réalisé par l'ARS, a été guidé initialement par le souci des distances à accomplir à partir d'un point central (local commun ou domicile du conducteur du véhicule positionné sur la garde ambulancière).

- **Les contrôles des transporteurs sanitaires**

En Bretagne, le contrôle des équipements avant leur mise en service est systématique, il est réalisé majoritairement par le SAMU pour le compte de l'ARS ou par un organisme certificateur agréé. Les contrôles au siège des transporteurs privés sont réalisés à la suite de plusieurs dysfonctionnements signalés. Ces derniers sont réalisés par des agents de la délégation territoriale de l'ARS. Il n'existe pas d'harmonisation des pratiques sur ces points. Il apparaît que le SAMU ou les structures d'urgence sont les acteurs les mieux avertis pour vérifier les équipements et leur qualité.

- **Le financement de l'aide médicale urgente en Bretagne**

La prise en charge financière des interventions effectuées par les SDIS en Bretagne à la demande du centre 15 pour suppléer l'indisponibilité des transporteurs sanitaires privés représente une enveloppe MIG de 733 110 euros pour l'année 2011. Cette enveloppe régionale est répartie entre les établissements de santé (CHU Brest, CH Bretagne Atlantique Vannes, CHU Rennes, CH Yves-Le-Foll à Saint Briec) en tenant compte d'une part, du nombre d'interventions de l'année précédente et d'autre part, de la population de chaque département. Il s'avère que le critère populationnel semble le plus équitable pour répartir l'enveloppe MIG, compte tenu :

- des écarts constatés entre le nombre de carences déclarées par les SDIS et les établissements de santé ;
- du nombre élevé de carences constatées dans le Finistère.

L'exemple de la Bretagne démontre que, malgré la persistance de plusieurs zones blanches, la prise en charge de la majorité des patients est efficace. Toutefois une analyse des structures met en exergues plusieurs défaillances médico-économiques qui préjudicient à terme l'équilibre de l'organisation des transports sanitaires urgents.

2 L'imprécision de l'organisation en place et son hétérogénéité sont sources de difficultés nombreuses et imbriquées qui rendent complexe toute modification

Le problème central qui émerge de nos investigations est celui de la carence ambulancière. Il faut d'abord « démêler » le nœud de la carence qui focalise les tensions, avant d'envisager une analyse des dysfonctionnements généraux.

2.1 L'indisponibilité ambulancière met en exergue les problèmes qui se répercutent sur l'adéquation de l'offre par rapport aux besoins

2.1.1 Sur le terrain, la carence ambulancière cristallise les tensions

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des Comptes consacre un chapitre aux transports sanitaires privés et mentionne le problème des carences ambulancières. Le tableau suivant en reprend les statistiques pour l'année 2010 sur les carences dans les transports pré-hospitaliers.

Coût des transports d'urgence pré-hospitaliers en 2010		
	Nombre	Montant (M€)
Transports effectués par les transporteurs sanitaires	1 314 583	97,7
<i>Transports hors période de garde</i>	<i>664 513</i>	<i>63,9</i>
<i>Transport en période de garde</i>	<i>650 070</i>	<i>33,7308</i>
Gardes	421 162	145,7
Carences ambulancières	160 998	16,9
Total	-	260,3

Source : CNAMTS DGOS retraitement en cours

A l'échelon national, le nombre de carences ambulancières représente 12,2% du total des transports pré-hospitaliers pour une dépense de 16,9 millions d'euros.

En 2010, la région Bretagne enregistre 312 sorties pour carence représentant un budget de 761 780 euros financé par l'ARS. La ventilation par centre hospitalier est la suivante :

	Etablissement	Nb d'interventions en 2010	Montant en €
1	C.H.U. Brest	4393	376 900

4	C.H. Vannes	722	110 516
5	C.H.U. Rennes	697	152 441
7	C.H. Saint Brieu	1500	121 923

En 2011, d'après les données recueillies auprès des centres hospitaliers lors des entretiens réalisés par le groupe, il y a eu à Rennes 1224 carences pour un montant de 138 312 euros et à Vannes 1376 carences soit 155 488 euros. On constate aussi sur Rennes une augmentation significative des carences entre 2010 et 2011, également observée sur les autres CH de Bretagne visités.

2.1.2 Les déterminants organisationnels et comportementaux de la carence sont interdépendants

- **Le SAMU manque de visibilité sur l'équipement des véhicules inscrits sur la liste de garde et sur leur disponibilité**

Le secteur du transport sanitaire urgent est majoritairement constitué de très petites entreprises avec un matériel parfois limité. Le tableau de garde préfectorale ne précisant pas la catégorie des véhicules mis à disposition, ni l'équipement exact du véhicule (présence d'un défibrillateur notamment), la majorité des transporteurs inscrits sur la garde ne peuvent pas en réalité répondre à toutes les demandes d'urgence. L'assistant de régulation est donc tenu d'appeler le transporteur pour vérifier son équipement avant de lui attribuer l'intervention. Ce fonctionnement est source de perte de temps dans la prise en charge de l'appelant. Parfois, de par son expérience et sa connaissance des entreprises de garde et de leurs équipements habituels, la régulation a recours au SDIS, avant même de les solliciter.

Pour apporter au permanencier une meilleure connaissance en temps réel des disponibilités de véhicules et de leurs délais d'intervention, il a été préconisé la mise en place d'un coordonnateur ambulancier²⁹. Mais son financement repose sur les moyens propres de l'association départementale. Certains logiciels de géolocalisation répondent à ce besoin. On observe une hétérogénéité des solutions adoptées sur les départements bretons.

²⁹Op. Cit. Référentiel commun SAMU-TSP du 9 avril 2009

- **Des dérives comportementales de la part des transporteurs**

Chaque jour de garde préfectorale, la société de transport perçoit un forfait de 346 euros. Pour tous les transports non médicalisés qu'elle réalise, l'entreprise facture ses prestations à l'Assurance maladie sur la base du tarif conventionnel moins un abattement de 60%. Ce système s'avère défavorable au-delà de 3 à 4 sorties, car les frais engendrés dépassent le forfait alloué. Ce système de financement a pour conséquence de modifier le comportement des transporteurs privés qui privilégient des critères de rentabilité, certains limitant sciemment leur activité en se mettant en indisponibilité. Les entreprises ne sont pas incitées à répondre à toutes les demandes d'urgence.

Dans le même temps, en cas de carence de la garde ambulancière, le SAMU est contraint à faire appel aux autres transporteurs privés. Parfois, ces derniers préfèrent volontairement s'exclure de la garde, pour être rémunérés sur la base des tarifs conventionnels, et non aux tarifs de la garde. Il y a donc pour réaliser une mission identique une organisation dédoublée dite « sur-liste » financée avec des modes de calcul différents.

Le schéma en annexe III résume les conséquences financières de la carence ambulancière.

- **Le SDIS peut être appelé en 3^e recours pour répondre aux carences ambulancières, en dehors de ses missions propres**

Le médecin régulateur du CRRA peut être amené à déclencher l'intervention du SDIS en lieu et place des TSP, lors de carence de la garde ambulancière et de la « sur-liste ». Les modalités de déclenchement sont ainsi encadrées réglementairement et précisées dans les conventions bipartites SAMU/SDIS pour éviter tout glissement de tâches et préciser le mode de financement. Néanmoins, à ce jour, il n'existe pas de contrôle de la chaîne de déclenchement du SDIS. Deux abus sont remarqués :

- le retour des professionnels lors des entretiens confirme que dans certains cas le recours au SDIS par le SAMU est inadéquat du fait du comportement des transporteurs de garde signalés plus haut. Par conséquent, ils déplorent le transfert et la hausse d'activité du SDIS, mal rémunérée compte tenu des frais fixes. Pourtant, d'autres SDIS nuancent leur propos et revendiquent une activité nécessaire car source de financement.
- il arrive que les sorties en carence des Sapeurs-Pompiers soient requalifiées a posteriori par le SAMU, c'est-à-dire réévaluées pour les faire correspondre à une

mission de service public du SDIS. Cette requalification permet de modifier le mode de tarification de la sortie : une intervention du SDIS dans le cadre de ses missions de service public est intégrée au budget du SDIS, donc financée in fine par les collectivités territoriales. En effet, en dehors de la mission de service public, le forfait versé au SDIS par le SAMU est de 113€ alors que le coût estimé par les pompiers est d'environ 500€. Ainsi, les responsables des SAMU et des SDIS procèdent plusieurs fois par an à des analyses des carences pour en déterminer la facturation.

2.1.3 Les moyens de limiter la carence sont multiples et interdépendants

- **La nécessité de pallier l'indisponibilité du matériel**

- ✓ Redécouper les zones de garde

Une première piste pour faire face au manque d'équipement de certaines entreprises pendant la garde consiste à un redécoupage des zones de garde pour que chaque secteur comporte des moyens en adéquation avec les besoins constatés. Néanmoins, ce redécoupage de la région Bretagne en cours de définition se heurte à des limites, dont celle du regroupement des entreprises autour des centres hospitaliers.

- ✓ Ajouter des conditions à l'inscription sur la liste de garde

Il pourrait être envisagé d'imposer des conditions en matériel ou de catégorie de véhicule pour figurer sur la liste de garde. Ce filtre initial permettrait un gain de temps dans la réponse à l'urgence et serait gage de qualité.

- **La nécessité de pallier l'indisponibilité géographique en développant l'usage de la géolocalisation ou d'un coordonnateur ambulancier**

L'utilité de la présence d'un coordonnateur est prouvée en Loire-Atlantique, où elle a permis de réduire les carences : le taux de carence enregistré par le SAMU 44 y est de 3,1% alors que la moyenne nationale est de 12%. Ce constat positif amène à souhaiter sa généralisation ou du moins à faire un choix entre le coordonnateur ou l'outil de géolocalisation évoqué plus haut, pour qu'un moyen soit mis à la disposition de la régulation.

- **Pour rendre la garde effective : obliger les inscrits à répondre**

Les solutions consistent à tracer et contrôler systématiquement les motifs de déclenchement des carences afin de les analyser, de renforcer les critères d'intégration des TSP dans la liste de garde et de pénaliser les transporteurs privés qui ne répondent pas aux appels lors de la garde préfectorale.

- **Pour aller plus loin, il est localement envisagé le report de la garde ambulancière vers le SDIS ou vers le transport interne de l'hôpital**

Sur ce point, la Cour des comptes propose une refonte du système de garde « en remplaçant l'obligation de garde pour les secteurs où la sollicitation de l'ambulance de garde est peu fréquente par un recours au SDIS, permettrait une économie nette de l'ordre de 95 M€³⁰ ». Cette mesure permettrait de légitimer la pratique actuelle et consoliderait la mission historique de secours à personne dévolue au SDIS qui représente 80% de son activité.

Le CHU de Rennes réfléchit à l'opportunité d'associer ses équipes de transporteurs internes au TSU non médicalisés en cas de carence des TSP.

Au-delà des problèmes de dérive de la carence, il faut s'attaquer à une réorganisation plus globale du système par le biais de mesures rectificatives pour donner aux acteurs les moyens d'effectuer leurs missions correctement.

2.2. Une redéfinition des missions des acteurs sanitaires ainsi qu'un renforcement de leurs relations permettraient d'améliorer la gestion des transports sanitaires

2.2.1 Le cadre juridique en vigueur ne permet pas aux équipes de l'ARS d'assurer une structuration optimale des transports sanitaires d'urgence

2.2.1.1 Le cadre réglementaire ne semble plus adapté aux contraintes du secteur

Les conventions sont jugées imprécises et inappropriées par tous les acteurs. Elles ne sont pas suffisamment en rapport avec la réalité des interventions et nécessitent de nombreux avenants et protocoles annexes. L'imprécision des termes « sortie blanche », « prompt secours » ou

³⁰ Op. cit. Cour des comptes, p.329

« transport médicalisé » entraîne des interprétations différentes selon les acteurs. Par exemple, un transport est médicalisé :

- selon les responsables hospitaliers, lorsque le médecin du SAMU/SMUR est présent dans l'ambulance et que le transporteur privé assure le transport du patient vers un établissement de santé ;
- selon les responsables des associations de TSP, dès que le SMUR se déplace sur les lieux de l'intervention.

En terme de facturation, une intervention non médicalisée avec transport sous la régulation du SAMU est prise en charge par la CPAM et facturée au tarif conventionnel; une intervention médicalisée est facturée par le transporteur au CH siège du SAMU sur la base des tarifs suivants :

- montant de la première heure indivisible : 190 euros ;
- montant de la ½ heure suivante : 90 euros ;

Le contrôle des moyens réellement mis en œuvre est mené par le CH, siège du SAMU, qui peut se réserver le droit de vérifier la justification de tout transport supérieur à 1h30.

2.2.1.2 Les équipes de l'ARS ne disposent pas des informations et des moyens pratiques de contrôles

- **L'Assurance maladie, qui dispose d'informations actualisées sur le parc de véhicules et sur l'activité des transporteurs privés, ne procède pas au partage des données**

Les transporteurs privés s'engagent à respecter la convention nationale, dont ils négocient le contenu avec l'Assurance maladie. L'Assurance maladie tient un référentiel national du parc de véhicules et du personnel ambulancier. Elle dispose, de par son activité, des éléments de facturation transmis par les transporteurs.

Elle fait porter ses contrôles uniquement sur les éléments de facturation.

- **L'ARS dispose de moyens réglementaires de contrôle difficilement mobilisables**

Les entreprises de transport sanitaire sont agréées et autorisées par l'ARS. En cas de non-respect de la réglementation, elle dispose de deux leviers pour sanctionner les manquements des transporteurs : retirer un agrément ou retirer une autorisation, après examen du cas conflictuel en CODAMUPS. La difficulté qui se pose pour l'évaluation de la qualité de l'offre

de transport est celle de l'absence de moyens de contrôle et de suivi des autorisations. Les quotas d'autorisations n'ont pas permis de diminuer le nombre de véhicules en circulation du fait des transferts d'autorisation entre entreprises. En effet, une entreprise peut vendre une autorisation de mise en circulation d'un véhicule à une autre entreprise agréée. Une autorisation se négocierait autour de 70 000€.

Par ailleurs, lorsque les transporteurs sanitaires renouvellent leur parc, ils obtiennent, à véhicule et capacité égale, une autorisation identique. Ce renouvellement est automatique. En outre, les agents dédiés ne disposent pas des moyens suffisants pour contrôler les pratiques des transports sanitaires. En pratique, le retrait d'autorisation est donc rare³¹.

Pour pallier ce manque, l'ARS s'appuie sur le CRRRA qui dispose de données détaillées sur l'activité des entreprises. Le permanencier et les équipes du SMUR émettent des fiches de dysfonctionnement, qui peuvent donner lieu à une vérification des équipements. Dans ce cadre, le Directeur Général de l'ARS rédige une lettre de mission en ce sens.

Au final, les contrôles des ARS sur les entreprises de transports sanitaires ne concernent que la qualification des personnels.

- **Les sanctions infligées aux TSP par l'Assurance maladie ont un impact réduit sans action conjointe de l'ARS**

L'absence de coordination au niveau régional est évoquée par les acteurs de terrain et par la Cour des comptes³², qui pointe un co-pilotage défaillant des ARS et des CPAM. Il se caractérise par le fait qu'un déconventionnement par la CPAM n'annule pas un agrément de l'ARS. Ainsi, une entreprise déconventionnée peut continuer à exercer en changeant de raison sociale ou de gérant par exemple, car son agrément subsiste. La sanction de l'Assurance maladie est alors réduite voire nulle.

- **Le SAMU n'a pas de pouvoir de contrôle sur les TSP**

Le SAMU ne dispose pas de moyen légal de contrôle et de sanction sur les missions qu'il confie aux TSP.

L'éclatement des informations utiles à l'évaluation et au contrôle entre les acteurs du transport sanitaire est préjudiciable à l'organisation des TSU. Sans réformer l'ensemble du système, il

³¹ Deux cas de retrait sont possibles : la perte de l'agrément ou l'inutilisation du véhicule pendant plus de 3 mois constatée par les agents de l'ARS.

³² Op. cit. Rapport d'application de la loi de financement sur la sécurité sociale de septembre 2012

serait pertinent de donner les moyens aux uns et aux autres d'exercer réellement leurs missions.

2.2.2 Pour mettre fin aux dérives systémiques et aux glissements de tâches induits, il conviendrait de rendre effectifs les liens et les contrôles prévus par la réglementation

2.2.2.1 Si l'interconnexion des centres d'appels est difficile, le partage des données est fortement souhaité

L'interconnexion CRRA/CTA est difficile à mettre en œuvre compte tenu des différences en termes de pratiques, de statuts et d'intérêts.

Comme la constitution d'un fichier commun serait compliquée pour des raisons de confidentialité médicale, des échanges de données entre le SAMU, le SDIS et la CPAM devraient être possibles par divers moyens : plateforme dématérialisée d'échanges, reporting, réunions de suivi.

2.2.2.2 Donner les moyens d'un suivi et d'un contrôle effectif aux agents de l'ARS permettrait de limiter les dérives du système

On peut donc constater qu'en l'absence d'une régulation régionale du système des transports sanitaires, certains comportements peuvent faire perdre en efficacité ou rendre plus onéreux le système.

Pour permettre de redonner un nouveau souffle aux contrôles des transporteurs sanitaires privés par les ARS, il serait nécessaire qu'au niveau régional soit développés des outils formalisant les contrôles : lettres de mission ou partenariat CPAM/ CH relatif à la facturation des TSP, afin d'éviter les dérives du double paiement ou de la mauvaise qualité de remplissage des bons de transports.

Enfin, l'effectivité des contrôles donnerait toute leur force aux référentiels et conventions.

2.2.2.3 Pour faire face aux écueils des référentiels et des conventions existants, il paraît nécessaire d'actualiser les textes afin d'unifier les pratiques

Les problèmes de définition des missions évoquées précédemment conduisent à une écriture plus précise des termes acceptés par tous les acteurs. Ces nouvelles définitions permettraient d'identifier les missions propres à chacun, d'avoir une coordination optimale et d'éviter les incompréhensions (par exemple les doubles sorties SAMU/SDIS).

2.2.2.4 La signature de conventions quadripartites pourrait améliorer l'organisation des transports sanitaires urgents

Il serait pertinent d'établir des conventions départementales quadripartites entre l'ARS, l'ADTSU, le SDIS et le SAMU, sur le modèle proposé en annexe IV.

Par ailleurs, il serait opportun d'associer la CPAM et le préfet aux réflexions constitutives de cette convention qui utilise un langage commun.

L'ARS y aurait un rôle déterminant de pilote du dispositif et disposerait des moyens en lien avec ses compétences d'évaluation et de contrôle des transports sanitaires urgents, via le CODAMUPS.

La convention sera déclinée en conventions bipartites SAMU/SDIS et SAMU/TSP.

Conclusion

Les transports sanitaires sont une composante essentielle de la prise en charge du patient et ce d'autant plus en cas d'urgence, leurs défaillances peuvent entraîner une perte de chance pour le patient. Cette étude révèle que de nombreux acteurs interviennent dans cette organisation complexe. La prise en charge des TSU par le SAMU, les TSP et les SDIS génère entre eux une compétition de moyens et de compétences dont la superposition engendre des surcoûts et des dérives organisationnelles.

De plus, sur le plan économique, la proposition de refonte du système de garde par la Cour des Comptes est pertinente. En effet, celle-ci préconise d'une part, la suppression de l'indemnité de garde et l'abattement de 60%, et d'autre part, le recours au SDIS pour les secteurs où l'ambulance de garde est peu sollicitée.

Par conséquent, une harmonisation nationale du cadre conventionnel des transports sanitaires urgents se justifie. Une convention quadripartite précisant des définitions communes liant les acteurs institutionnels et de terrain serait de nature à améliorer le dispositif.

La réglementation et les capacités de contrôle ne sont pas adaptées à l'évolution des pratiques des transporteurs, des secteurs public et privé. La réglementation devrait donner aux organismes contrôleurs les moyens de leurs attributions. Dès lors l'ARS, devrait devenir la véritable pierre angulaire du système. Dans ce but, la DGOS envisage de publier un référentiel à l'automne 2013.

Dans l'idéal, la réorganisation du secteur devrait relever d'une décision politique claire afin d'obtenir un engagement complet des acteurs avec toutes les conséquences que ce choix comporte.

Bibliographie

Ouvrages

Agence régionale de santé Nord-Pas-de-Calais, *Les transporteurs sanitaires. Guide pratique de la réglementation*, Euralille, 2013, 26p.

Faculté de droit et de science politique d'Aix-Marseille, Centre de droit de la santé, *L'urgence sanitaire*, colloque, Aix-en-Provence, Centre de droit de la santé, 29 septembre 2000. Actes du colloque, Aix-en-Provence, Presses Universitaires d'Aix-Marseille, 2001, 154p.

BLEMONT Patrice et Christian FAVIER, *Permanences des soins et système des urgences en France*, Paris, Berger-Levrault, 2012, 346p.

MARTY Jean, « Géo localisation et cartographie. Les nouvelles technologies au Samu 94 » in *Gestions hospitalières*, Gestions hospitalières, Vitry-sur-Seine, août-septembre 2012, n°518, p.427-428.

SAIDI Abdelhamid, « Jurisprudences récentes sur les prises en charge en urgence » in *Droit déontologie et soin*, Mayenne, Elsevier Masson, septembre 2012, vol. 12, n°3, p.348-354.

Documents officiels

Agence régionale de santé Bretagne, « III. B L'offre de soins hospitalière, 2. Prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins » in *Schéma régional de l'organisation des soins*, Rennes, p. 276-283. [Disponible en ligne à l'adresse http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Concertation_regionale/Projet_regional_sante/PRS_integral_definitif/SROS.pdf] p.57-64, consulté le 30 avril 2013].

Agence régionale de santé Bretagne, *Cahier des charges régional de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire Bretagne 2012-2016*, Rennes, 116p. [Disponible en ligne à l'adresse

<http://www.ars.bretagne.sante.fr/uploads/media/Cahier_des_charges_PDSA_01.pdf>

, consulté le 30 avril 2013].

Agence régionale de santé Bretagne, *Chiffres clefs de l'ARS Bretagne édition 2012*, Rennes, 2012, 2p. [Disponible en ligne à l'adresse

<http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Votre_ARS/Etudes_et_publications/depliant_chiffres_cles_14112012.pdf>, consulté le 2 mai 2013].

Cour des Comptes, « Chapitre XI Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie » in *La sécurité sociale. Rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Paris, septembre 2012, p.309-350 [Disponible en ligne à l'adresse <<http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Securite-sociale-2012>> consulté le 1er mai 2013].

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, Comité quadripartite associant les représentants des structures de médecine d'urgence et des services d'incendie et de secours, la DDSC et la DHOS, *Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente. Référentiel commun*. Paris, 25 juin 2008, 64p. [Disponible en ligne à l'adresse <<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel.pdf>>, consulté le 29 avril 2013].

Ministère de la Santé et des Sports, Comité des transports sanitaires associant les représentants des structures de médecine d'urgence, des transporteurs sanitaires et des établissements de santé, la DHOS et la CNAMTS, *Organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière. Référentiel commun*, Paris, 9 avril 2009, 21p. [Disponible en ligne à l'adresse <http://www.ars.bretagne.sante.fr/uploads/media/Cahier_des_charges_PDSA_01.pdf>, consulté le 29 avril 2013].

Thèses

HOUDAYER Pierre, *Les déterminants de l'indisponibilité ambulancière en Loire Atlantique : étude rétrospective de 2003 à 2011*, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Nantes, 2012, Nantes, 132p.

MATHIS Nicolas, *Etat des lieux sur la situation des carences ambulancières dans le département de la Meuse en amont de la convention tripartite SAMU-SDIS-ATSU*, Thèse pour le grade de docteur en médecine, Université Henri-Poincaré de Nancy, 2007, Faculté de Médecine, Nancy, 102p.

Documents de travail

Agence régionale de l'hospitalisation Midi-Pyrénées, Centre hospitalier de Cahors, Service départemental d'incendie et de secours du Lot, Association des transports sanitaires d'urgence du Lot, *Convention tripartite relative au rôle du SAMU, du SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente. Département du Lot*, Cahors, 28 septembre 2007, 7p.

Agence régionale de santé Bretagne, Délégation territoriale du Morbihan, *Compte rendu de la réunion régionale des quatre délégations territoriales. Entreprises de transports sanitaires*, Vannes, 19 mars 2013, 8p.

Centre hospitalier de Rennes, Association départementale des transporteurs privés répondant à l'urgence (ATSU 35), *Convention n°2009-68 portant organisation des transports effectués par les transporteurs sanitaires dans le cadre de l'aide médicale urgente*, Rennes, 2009, 10p.

Centre hospitalier Bretagne-Atlantique, Service départemental d'incendie et de secours 56, *Convention départementale relative à la coopération SAMU/SDIS dans le domaine de l'aide médicale urgente et des secours d'urgence*, Vannes, septembre 2010, 21p.

Préfecture de Saône-et-Loire, Centre hospitalier de Chalon-sur-Saône, Association des transports sanitaires d'urgence 71, Service départemental d'incendie et de secours de Saône-et-Loire, *Protocole tripartite SAMU, SDIS et ambulanciers privés pour l'aide médicale urgente en Saône-et-Loire*, Mâcon, 2013, 12p.

Sites internet

Ars.bretagne.sante.fr

SDIS35.fr

SDIS56.fr

ATSU35.fr

ATSU44.fr

CHU-RENNES.fr

Ameli.fr

Annexes

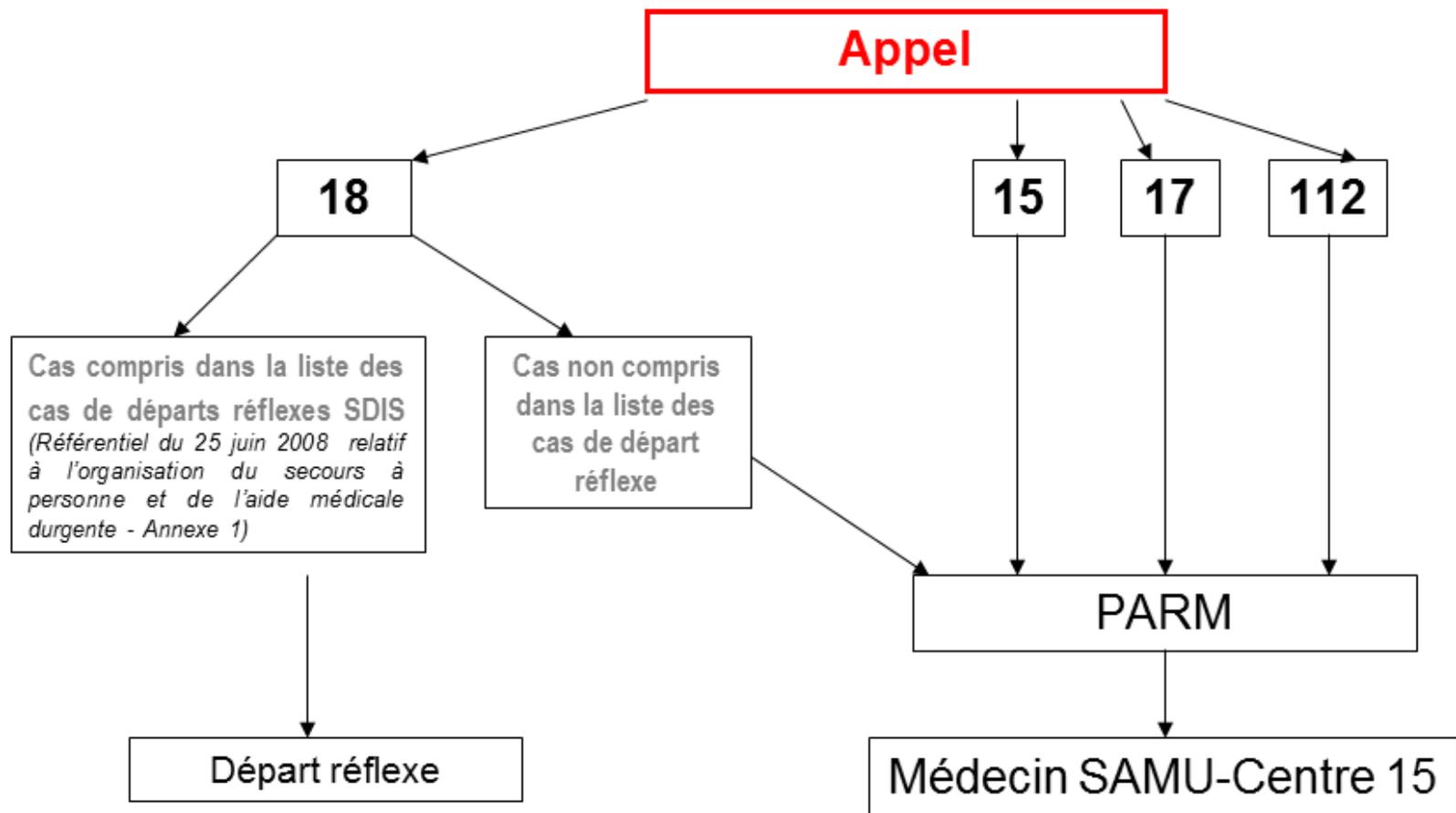
Annexe I : Arbre décisionnel et tarification des interventions

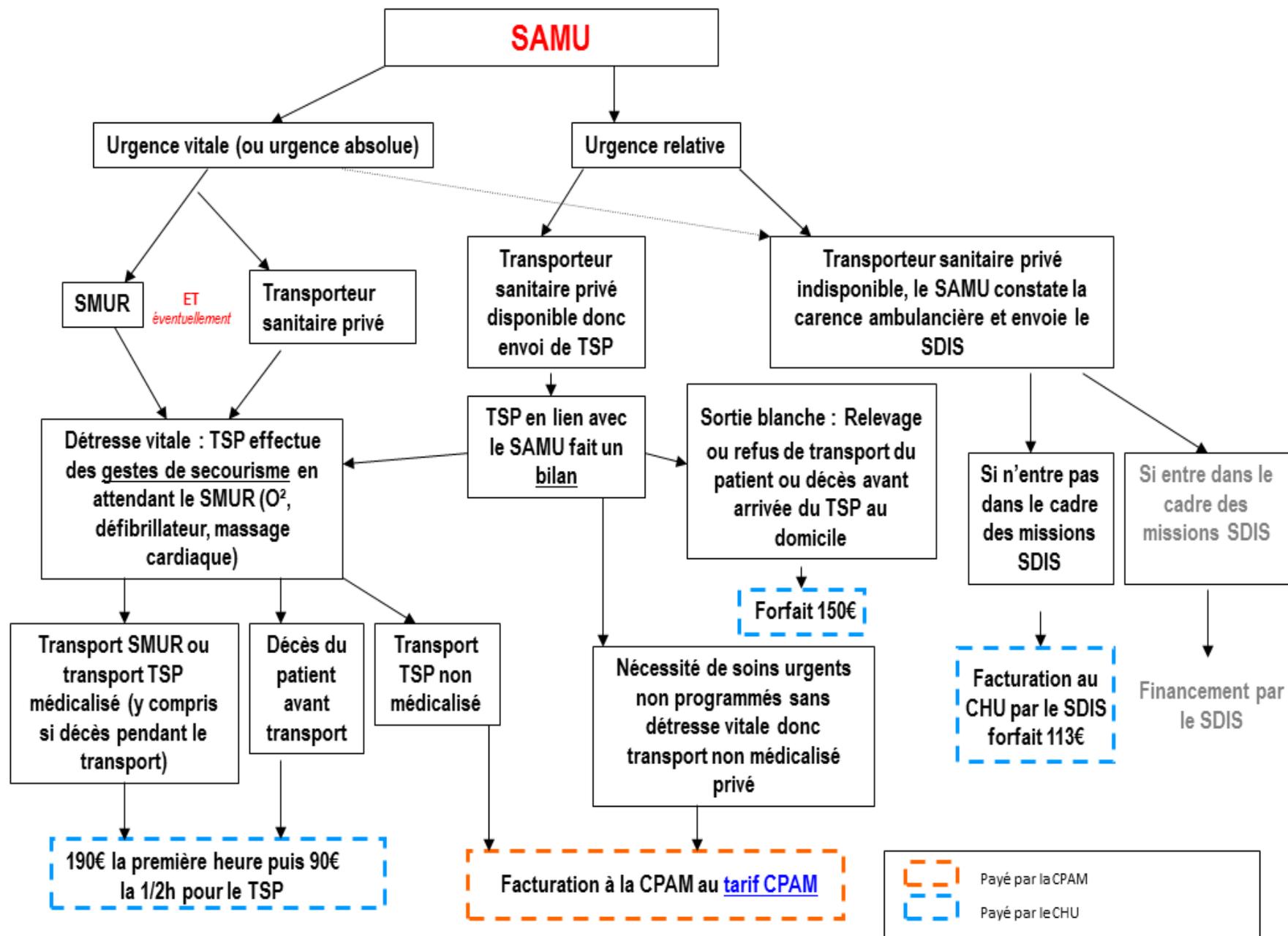
Annexe II : Cartes de la population et de l'offre de soins en Bretagne

Annexe III : Schéma relatif aux conséquences du financement insuffisant des gardes selon les TSP

Annexe III : Proposition de Convention type SAMU, SDIS, ADTSU et ARS portant organisation des transports dans le cadre de l'aide médicale urgente

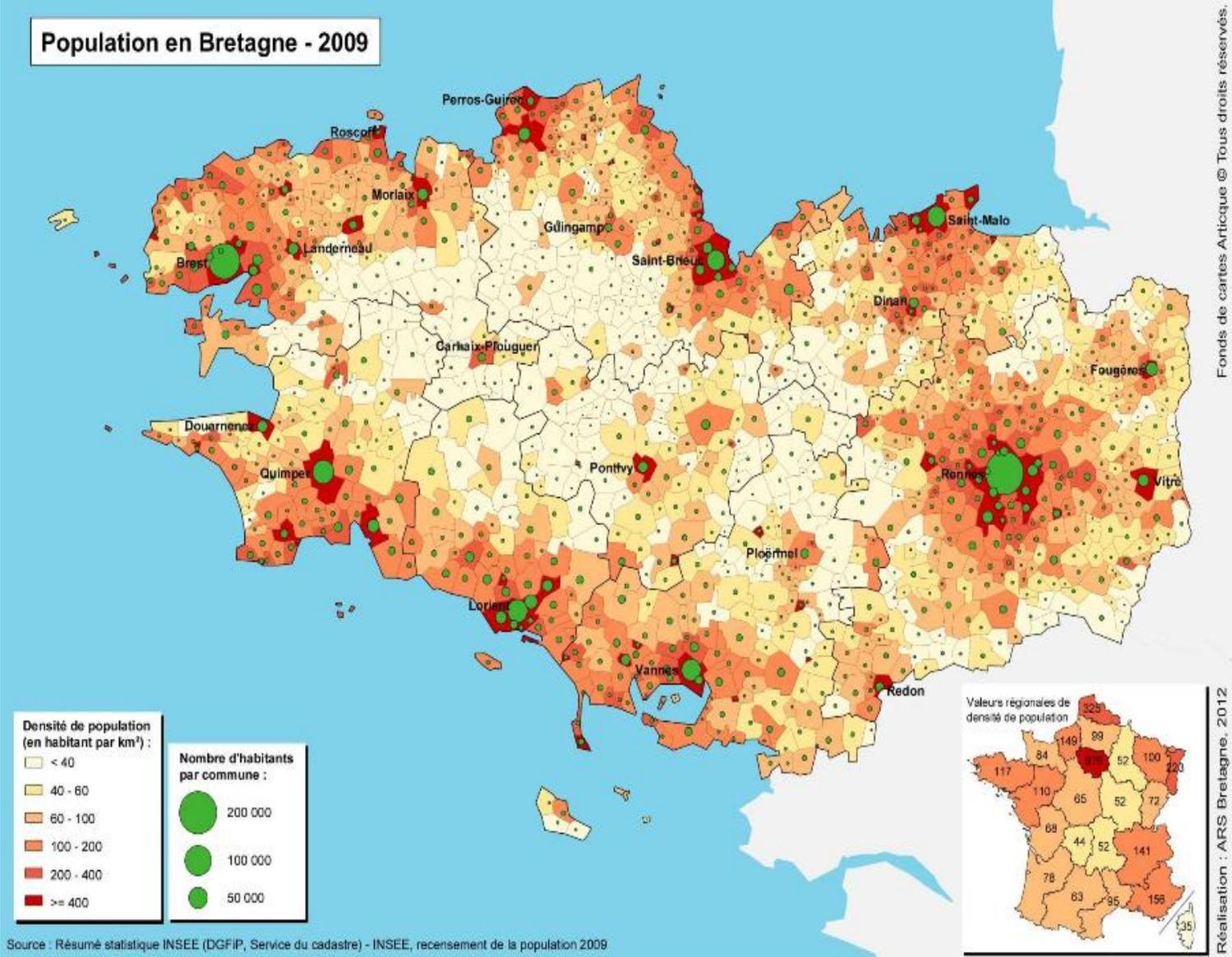
Annexe I : Arbre décisionnel et tarification des interventions - schémas empruntés du travail de Monsieur Loïc Delastre, Directeur d'Hôpital



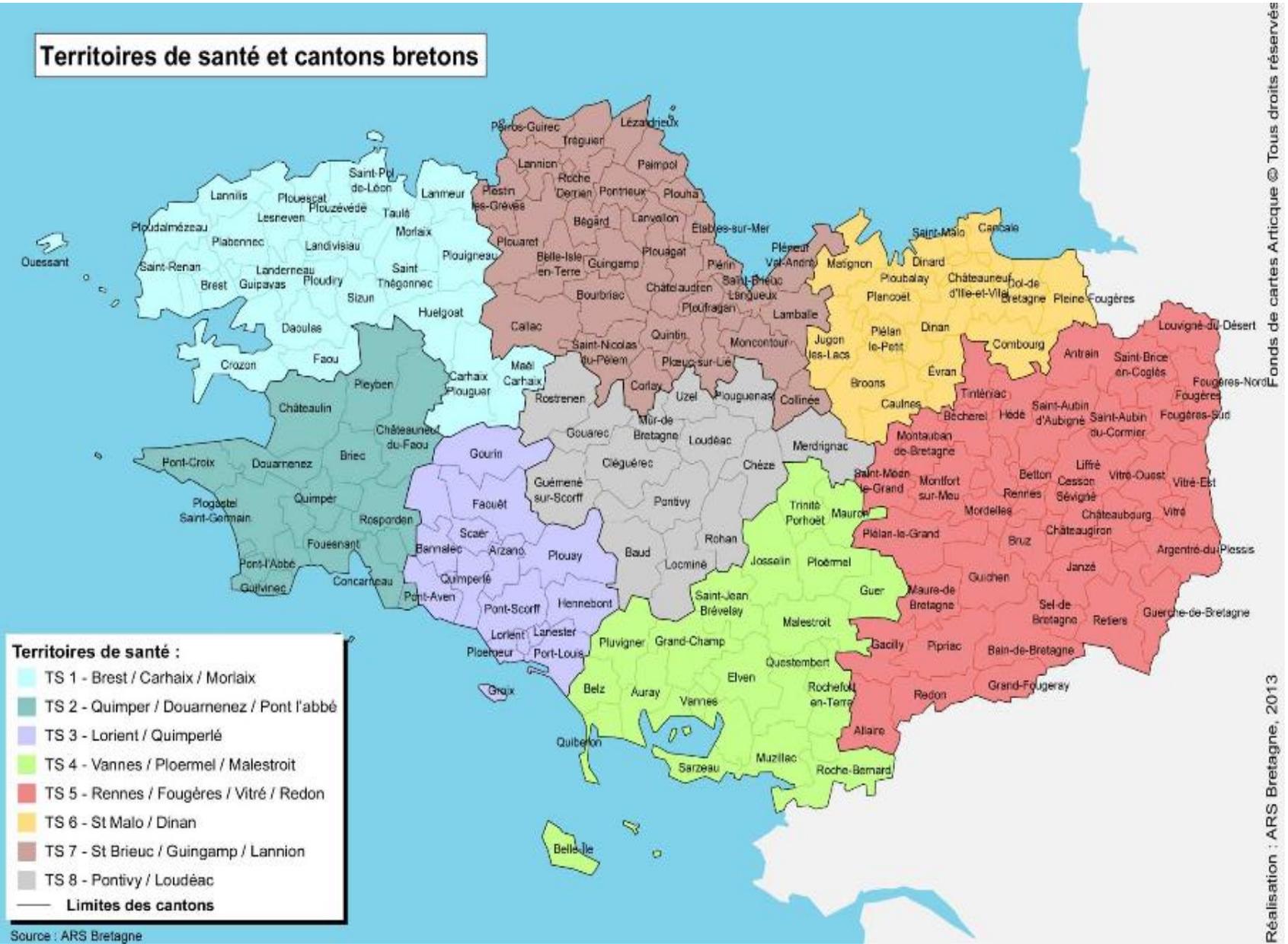


Annexe II : Cartes de la population et de l'offre de soins en Bretagne

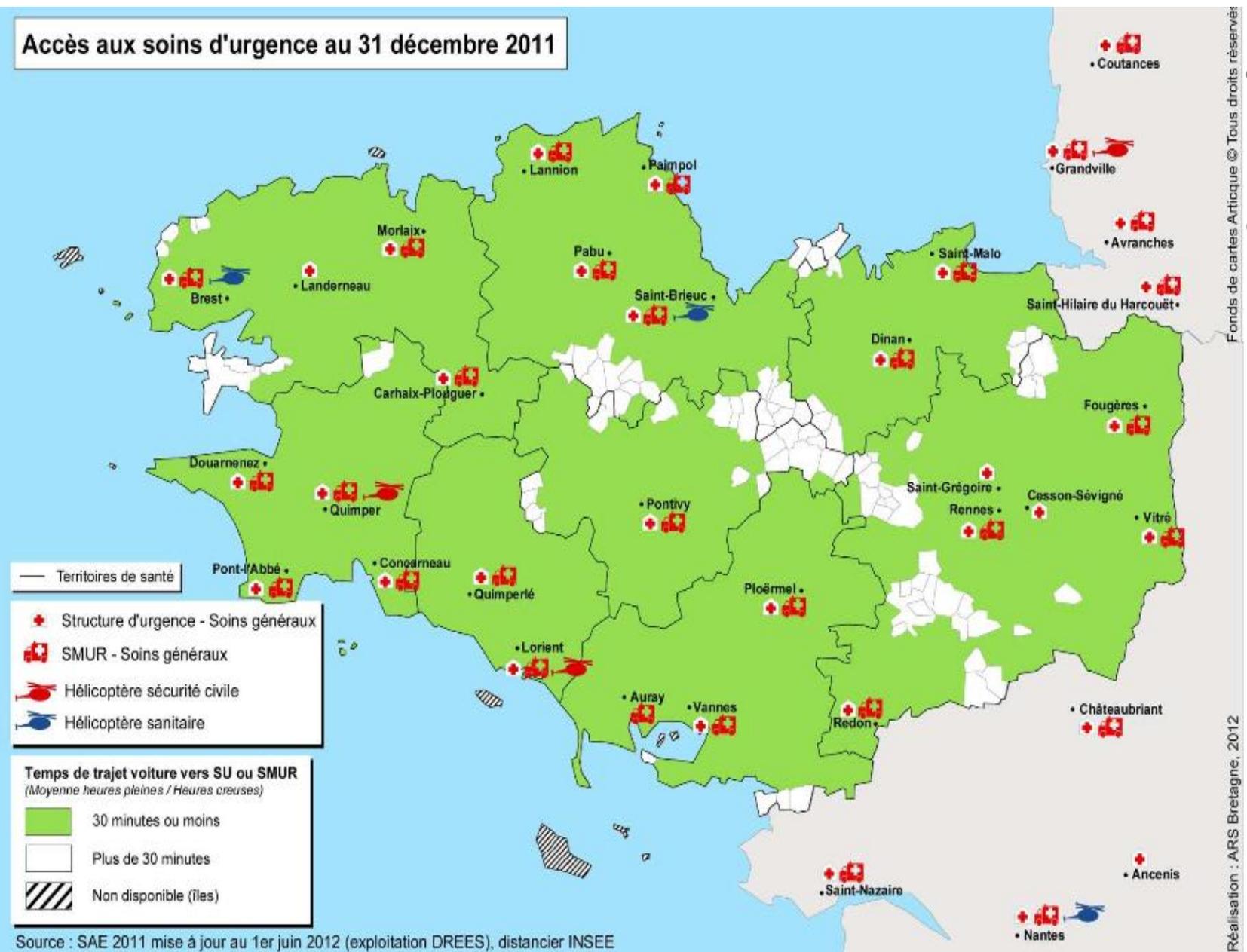
Carte de la population de Bretagne en 2009³³



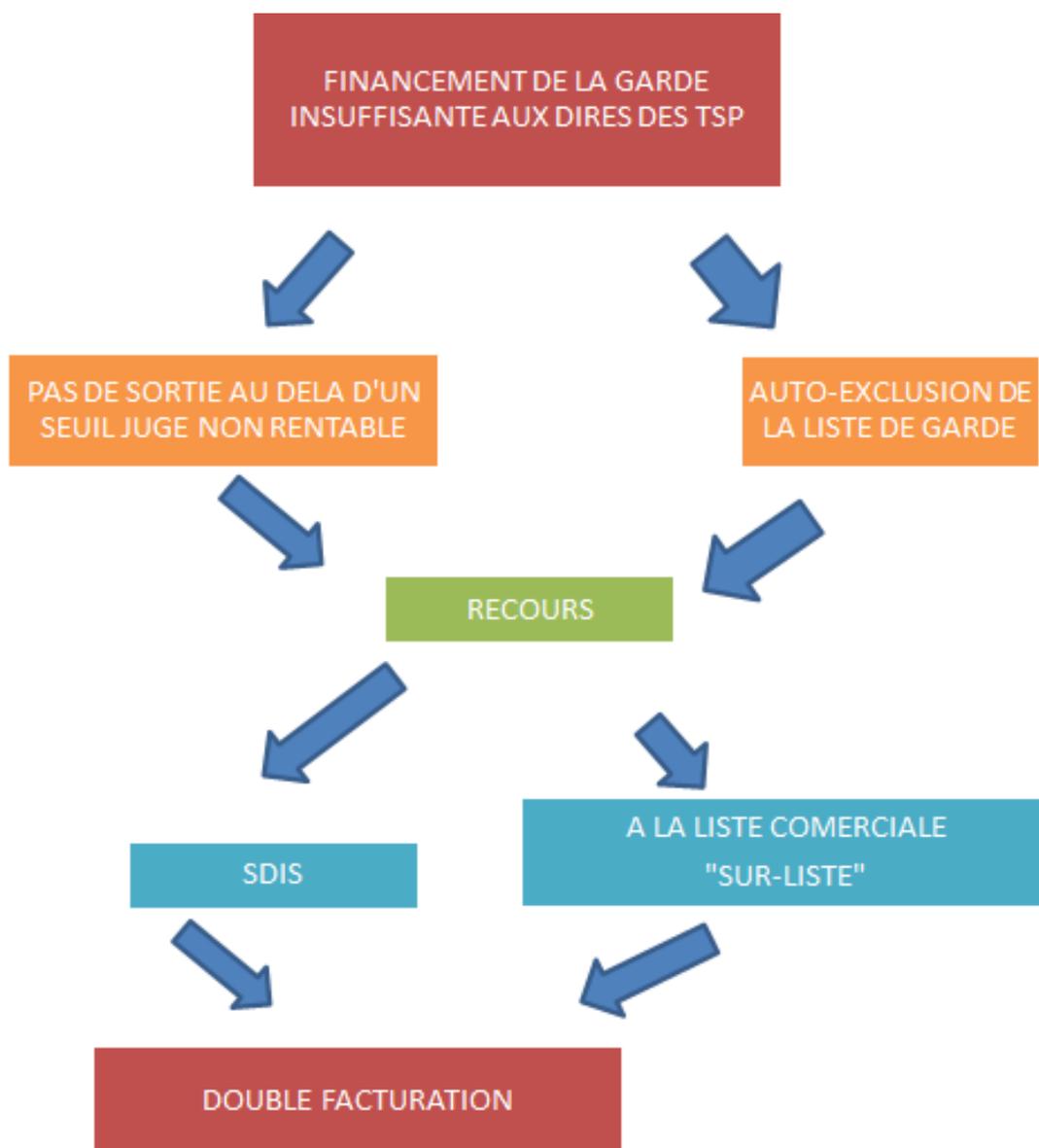
³³ Atlas de la santé : ARS Bretagne 2012



Carte de l'offre de l'urgence préhospitalière et des temps de trajet vers les services d'urgence en Bretagne³⁵



Annexe III : Schéma relatif aux conséquences du financement insuffisant des gardes selon les TSP



Annexe IV : Proposition de Convention type SAMU, SDIS, ADTSU et ARS portant organisation des transports dans le cadre de l'aide médicale urgente

Convention SAMU, SDIS, ADTSU et ARS portant organisation des transports dans le cadre de l'aide médicale urgente

Entre :

- le Centre hospitalier de siège du service d'aide médicale urgente (SAMU), représenté par son directeur;
- l'Association départementale des transporteurs privés répondant à l'urgence (ADTSU), représentée par son président ;
- le Service départemental d'incendie et de secours (SDIS), représenté par son président ;
- l'Agence régionale de santé (ARS), représentée par son directeur général.

Vu le Code de la Santé Publique – Articles L. 1435-5, L. 6112-1, L. 6311-1 à L.6314-1 et R. 6311-1 à R. 6314-6.

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales, articles L 1424-1 à L 1424-50 et articles R 1424-1 à R. 1424-55.

Vu le décret n°87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires.

Vu le décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelée SAMU.

Vu le décret n°94-1208 du 29 décembre 1994 modifiant le décret n°87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres.

Vu le décret n°97-620 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre des services mobiles d'urgence et de réanimation et modifiant le Code de la Santé Publique.

Vu le décret n°2003-674 du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire et modifiant le décret n°87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres.

Vu le 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.

Vu l'arrêté du 23 juillet 2003 fixant les périodes de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire.

Vu l'arrêté du 30 novembre 2006 fixant les modalités d'établissement de la convention entre les services d'incendie et de secours et les établissements de santé sièges des SAMU mentionnés à l'article L 1424-42 du 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 la personne.

Vu l'arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel SAMU – Transport sanitaire portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière.

Vu la circulaire du 18 septembre 1992 relative aux relations entre le service départemental d'incendie et de secours et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours.

Vu la circulaire n°DGOS/SQ2/DSS/99-471 du 12 août 1999 relative aux modalités de facturation des transports effectués par les transporteurs sanitaires dans le cadre de leur participation à l'aide médicale urgente organisée par la convention-type annexée à la circulaire DGS/483 du 29 juillet 1998.

Vu la circulaire n°DHOS/O1/DDSC/BSISD/2007/388 du 26 octobre 2007 relative à la définition des indisponibilités ambulancières telles que prévues par l'arrêté du 30 novembre 2006 et aux conventions passées entre les services d'incendie et de secours et les établissements de santé sièges des SAMU.

Vu la circulaire n° DSC/DHOS/2009/192 du 14 octobre 2009 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 et de l'arrêté du 5 mai 2009.

Il est convenu ce qui suit :

ARTICLE 1 : Objet de la convention

L'efficacité de la réponse aux demandes d'aide médicale urgente nécessite l'action coordonnée des différents acteurs des urgences pré-hospitalières. A cette fin, il est indispensable que les services d'aide médicale urgente (SAMU), les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), les ambulanciers privés et l'Agence régionale de la santé (ARS) agissent de manière concertée et en synergie.

L'objet de la présente convention est de déterminer et de formaliser les modalités de coopération et d'évaluation entre les signataires, dans le cadre de leur intervention respective en matière d'aide médicale urgente. Elle vise à améliorer l'adéquation des moyens engagés aux besoins déterminés, en fonction des missions et des compétences de chaque intervenant.

La présente convention, dans le respect des objectifs du Schéma Régional de l'Organisation des Soins et des deux arrêtés du 24 avril 2009 et du 5 mai 2009 vise à établir la cohérence opérationnelle des modalités de mise en œuvre dans le département de Elle se décline en conventions bipartites entre le SAMU et le SDIS d'une part et entre le SAMU et l'ADTSU d'autre part.

Les principaux termes et définitions relatifs à l'objet de la présente convention sont annexés à la fin de cette convention.

ARTICLE 2 : Les principes fondamentaux

Quatre principes d'action guident la collaboration entre SAMU, transporteurs sanitaires, SDIS et ARS :

- la couverture de l'ensemble du territoire du département ;
- l'adéquation de la réponse à l'appel avec le besoin déterminé par le médecin ;
- la garantie de la qualité et de la sécurité de la prise en charge ;
- la transparence et la fiabilité des informations échangées.

La présente convention n'a pas vocation à se substituer à la garde départementale préfectorale, elle la complète. Dans tous les cas, le Centre de régulation et de régulation des appels (CRRA) s'engage à saisir en premier recours les ambulanciers mobilisés dans le cadre de la garde préfectorale.

ARTICLE 3 : Les structures concourant au transport médical urgent

Les missions des services de santé hospitaliers SAMU – Centre 15

Le SAMU qui comporte un centre de réception et de régulation des appels (CRRA- centre 15) est chargé :

- d'assurer une écoute médicale permanente,
- de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature des appels,
- de s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état du patient,
- d'organiser, le cas échéant, le transport du patient dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires,
- de veiller à l'admission du patient dans un établissement adapté.

Les missions du SMUR

Le service mobile d'urgence et de réanimation a pour mission d'assurer 24h/24 l'intervention d'une équipe hospitalière médicalisée pour assurer la prise en charge, le diagnostic, le

traitement et le transport des patients en situation d'urgence médicale.

Les missions de l'ADTSU

Dans le cadre de leur participation à l'aide médicale urgente, les transporteurs privés sont chargés d'assurer, dans des délais estimés par le médecin régulateur comme étant compatibles avec l'état du patient, la prise en charge et le transport de ce dernier vers la structure adéquate à son état, et selon son libre choix.

Leur participation à l'aide médicale urgente s'organise selon deux modalités :

- la garde ambulancière dite garde préfectorale : l'entreprise privée s'engage à réserver un ou plusieurs véhicules de catégorie A et une équipe d'ambulanciers aux demandes de transports urgents adressées par le SAMU-Centre 15. La garde, légalement obligatoire, se réalise la nuit, les week-ends et jours fériés.
- les périodes hors garde.

Les missions des SDIS

Sous l'autorité conjointe du Préfet et du Maire, le SDIS met en œuvre les moyens nécessaires aux « secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation ». Les SDIS concourent à l'aide médicale urgente (AMU) par leurs missions de « secours à personne ».

Le rôle de l'ARS

L'Agence Régionale de Santé donne l'agrément aux transporteurs sanitaires privés et autorise les véhicules de transports sanitaires et les personnels. L'ARS a un rôle de régulation et d'organisation des transports sanitaires urgents sur le territoire. Elle anime les négociations lors des conventions entre les différents acteurs. L'ARS finance le transport sanitaire urgent par une enveloppe mission d'intérêt général (MIG). Elle contrôle les transporteurs sanitaires privés suite à des signalements.

ARTICLE 4: La coordination des acteurs lors de la prise en charge de la personne en situation de détresse

La régulation médicale des appels

Au plus près du terrain, le médecin régulateur a un rôle pivot de coordination de l'ensemble des moyens mis en œuvre dans le cadre de l'AMU. Après avoir évalué la gravité de la situation, il mobilise l'ensemble des ressources disponibles et adéquates. En fonction des besoins de l'intervention (délais, lieux, gravité, disponibilité...) il fait appel au SMUR, à des moyens hélicoptérés, aux transporteurs sanitaires privés (TSP), aux médecins généralistes, aux médecins correspondants du SAMU, aux paramédicaux libéraux et si besoin aux moyens du SDIS.

L'interconnexion entre le CRRA et le centre de traitement des appels (CTA) du SDIS

La réglementation impose une interconnexion entre le CRRA du SAMU (numéro 15) et le CTA du SDIS (numéro 18) pour optimiser la réponse à apporter. Les supports d'interconnexion informatique, radiophonique ou téléphonique doivent permettre, dans le respect du secret médical, les transferts réciproques d'appels et les conférences téléphoniques avec les services de police et de gendarmerie.

Les appels relevant d'une urgence médicale parvenant au SDIS sont immédiatement partagés en conversation à trois avec le CRRA. Le régulateur médical du SAMU décide alors seul du départ d'un véhicule médicalisé, même si dans certains cas de « départs réflexes » du SDIS, cette sortie SAMU intervient a posteriori mais dans les meilleurs délais.

L'interconnexion entre le CRRA et l'Association départementale des transporteurs sanitaires

L'interconnexion est réalisée 24h/24 soit par la présence d'un coordonnateur ambulancier au CRRA (financé par l'ADTSU), soit par la gestion de disponibilité des transporteurs par un logiciel dédié.

Couplé à un outil de géo localisation, le SAMU dispose ainsi d'une vision des délais d'intervention ambulancière, permettant le choix du véhicule le plus proche et le plus adapté pour l'intervention.

Selon leurs disponibilités, les transports ambulanciers internes des établissements publics de santé peuvent être sollicités par le SAMU et associés aux TSU.

ARTICLE 5 : Financement

Le financement des SAMU, incluant le fonctionnement du SMUR, repose sur une enveloppe MIG.

A la suite d'une indisponibilité ambulancière, les interventions du SDIS sont prises en charge par l'établissement de santé, siège du SAMU, sur son enveloppe MIG.

L'intervention d'un TSP dans le cadre de la garde préfectorale est rémunérée par un forfait de l'Assurance Maladie de 346€ par permanence, avec un abattement pour chaque sortie de 60% sur le tarif conventionnel.

Dans le cadre des sorties blanches, la facturation s'appuiera sur la convention bipartite signée entre le centre hospitalier et l'association des transporteurs privés.

ARTICLE 7 : Secret professionnel

Les différents personnels intervenants sont tenus au strict respect du secret professionnel, ainsi que des règles de déontologie en vigueur.

ARTICLE 8 : Formation

Le SAMU dans le cadre du Centre d'enseignement aux soins d'urgence (CESU) met en œuvre la formation continue des acteurs médicaux et paramédicaux à l'aide médicale urgente.

Ces formations s'adressent :

- aux médecins (SDIS, SMUR, voire médecins libéraux),
- aux infirmiers du SMUR et infirmiers sapeurs-pompiers,
- aux personnels ambulanciers,
- aux permanenciers du CRRA.

Les entreprises de transports privées adhérentes à l'ADTSU sont tenues d'inscrire leurs ambulanciers aux actions de formation du CESU conformément à la réglementation.

ARTICLE 9 : Assurance

Chaque acteur s'engage à contracter une assurance couvrant les dommages et/ou sinistres corporels et/ou matériels, qu'il pourrait occasionner ou qui lui seraient imputés.

ARTICLE 10 : Évaluation du dispositif et démarche qualité

L'évaluation de la convention, réalisée par le CODAMUPS-TS, repose sur une démarche qualité qui s'appuie sur :

- une évaluation quantitative de l'activité grâce au recueil exhaustif des données (tableaux de bord, bilans d'activité) sur les interventions réalisées.

L'évaluation consiste à remplir les indicateurs suivants : le nombre d'interventions réalisées, les délais d'intervention, le nombre total de carences ambulancières, le nombre d'intervention du SDIS en matière d'aide médicale urgente sans régulation du SAMU, le nombre de patients arrivant dans les établissements de santé en ambulance sans régulation médicale préalable, le nombre de transports sanitaires réalisés par le SDIS à la demande du SAMU sans sollicitation de la garde ambulancière.

- une évaluation qualitative : analyse des événements indésirables, appréciation du fonctionnement des modalités organisationnelles mises en œuvre.

L'utilisation d'un outil informatique partagé permet d'une part la traçabilité des interventions et d'autre part la fourniture d'éléments d'évaluation.

Le CODAMUPS-TS est co-présidé par le Directeur général de l'ARS , ou son représentant, et par le Préfet, ou son représentant.

Les membres du CODAMUPS-TS s'engagent à fournir les indicateurs sus visés.

Des rencontres trimestrielles entre les signataires seront organisées et présidées par le CODAMUPS-TS afin d'examiner les données statistiques issues des indicateurs et l'efficacité du modèle organisationnel décrit par la présente convention.

Un bilan d'activité est rédigé annuellement par le CODAMUPS-TS.

ARTICLE 11 : Publicité

Toute information et publicité portant sur la mise en place de cette convention fera l'objet d'un accord écrit entre les quatre parties, avec l'approbation de l'autorité préfectorale.

ARTICLE 12 : Durée de la convention et résiliation

La présente convention prend effet à la date de signature pour une durée de un an. Elle est renouvelable par tacite reconduction, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties, avec un préavis de trois mois, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception avant la date d'échéance.

Fait à....., le.....

Le directeur du Centre hospitalier de....., siège du SAMU.....

Le Président du Service départemental d'Incendie et de Secours de.....

Le Président de l'Association Départementale des Transports Sanitaires d'urgences de.....

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de

Copie à :

Monsieur le Préfet de département

Définitions des notions

Aide médicale urgente :

« L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation de secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état. » Article L. 6311-1 du Code de la Santé Publique.

Carence de transporteur sanitaire privé :

La notion de carence de moyens de transports sanitaires privés doit avoir un caractère exceptionnel. Elle est avérée quand les transporteurs sanitaires privés de garde sont dans l'impossibilité de répondre à la demande faite par le CRRA du SAMU, faute de moyens :

- matériels :
 1. absence totale de moyens,
 2. absence de moyens dans un délai compatible avec l'état de la victime,
 3. moyens inadaptés,
 4. équipements insuffisants
- ou humains mobilisables dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient et que la prestation ne nécessite pas la mise en œuvre de premiers secours en équipe constituée.

Départ réflexe (SDIS) :

Les situations de départ réflexe sont de trois natures :

- la détresse vitale identifiée lors de l'appel,
- les interventions sur la voie publique ou dans les lieux publics,
- certaines circonstances de l'urgence.

Dans ces situations, le SDIS peut engager des moyens avant l'intervention de la régulation médicale.

Prompt secours :

« Action de secouristes agissant en équipe et visant à prendre en charge sans délai des détresses vitales ou à pratiquer sans délai des gestes de secourisme. Il est assuré par des

personnels formés et équipés. Son intérêt réside dans son caractère réflexe. Il est à distinguer des actions relevant de la compétence des SMUR, des médecins généralistes, des ambulanciers privés, voire du simple conseil ». Circulaire du 18 septembre 1992

Secours à personne – secours d'urgence :

Moyens à mettre en œuvre pour porter assistance à une ou plusieurs personnes en danger ou victimes d'accident, de sinistre ou de catastrophe.

Sortie blanche :

Sortie réalisée par un transporteur sanitaire privé à la demande du SAMU-centre 15 et qui ne donne pas lieu à un transport car la personne n'est plus présente (partie, décédée, situation résolue localement) ou refuse le transport.

Transport sanitaire :

Constitue un transport sanitaire, tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet. Code de la Santé Publique, article L6.312-1

Transport sanitaire médicalisé :

Un transport est dit médicalisé lorsque le médecin du SAMU/SMUR est présent dans l'ambulance lors du transport du patient par le transporteur sanitaire vers le CH.

Urgence vitale ou absolue :

Situation médicale ou traumatique dans laquelle le pronostic vital de la personne est mis en jeu à très court terme, par atteinte et altération d'une ou des trois fonctions vitales principales (neurologique, respiratoire et circulatoire). Notion d'impérativité de traitement dans les 3h.

Urgence relative (ou demande de soins non programmée) :

Situation médicale ou traumatique dans laquelle le pronostic vital et/ ou fonctionnel n'est pas engagé à court terme mais nécessite des soins appropriés dans les délais acceptables définis par la prise en charge de ce type de pathologie.

Résumé

Sigles à préciser TSP et SDIS

L'un des objectifs prioritaires actuel de la politique de santé publique est d'offrir à tous les Français l'accès en moins de 30 minutes à un service d'urgence. Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de veiller à ce que l'organisation des transports sanitaires urgents soit efficiente. Comme l'a souligné la Cour des Comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012, l'organisation des transports sanitaires est perfectible. Ainsi, dans le cadre d'une augmentation constante du nombre de transports sanitaires urgents, l'absence de cadre juridique unique et adapté, la multiplicité des acteurs, l'absence de contrôle de la part de la CPAM et des ARS ont pour conséquence une régulation à optimiser des transports sanitaires urgents, des dépenses inutiles et sont sources de tensions relationnelles entre le SAMU-Centre 15, les sociétés de transporteurs privés et le service départemental d'incendie et de secours.

Illustrée par la situation en région Bretagne, cette étude expose dans un premier temps l'organisation des transports sanitaires urgents en expliquant le rôle et les modalités d'action des institutions nationales (CNAMTS, DGOS) et locales (ARS, SAMU, Préfet, SDIS et sociétés de transports privés). Cette partie expose notamment le mode d'organisation local des transports sanitaires urgents via les conventions entre les SAMU, SDIS et l'Association des Transporteurs Privés et les financements de l'ARS et des Centres Hospitaliers. La seconde partie de cette étude met en exergue les dysfonctionnements du système. L'imprécision des textes normatifs relatifs aux activités du SAMU, des transporteurs privés et des SDIS génère des problèmes de définition des missions des différents opérateurs et pénalise leur coopération. De même, la question de la carence ambulancière entraîne des tensions entre les TSP et les Sapeurs-Pompiers, qui revendiquent chacun cette part d'activité. De plus, les questions de l'efficience du fonctionnement et de la juste répartition financière des gardes et des carences se posent. Enfin, les ARS manquent d'outils juridiques et de moyens humains pour réguler et contrôler le marché des transporteurs sanitaires urgents.

Dans ces conditions, il semble pertinent que de nouvelles conventions visant à réguler le secteur, tant au niveau régional qu'au niveau départemental, soient signées. Cette convention

quadripartite entre l'ARS, un CH, un SDIS et l'Association des transporteurs privés proposée au terme de cette étude semble l'outil le plus adapté pour favoriser la collaboration de tous.
La proposition d'une convention

Thème n°10

Animé par : <Patrick PLASSAIS>

<Transports sanitaires urgents>

Thomas DEGOT - Carole FAY - Florent PEREEN - Stéphane DUFAURE - Anne Cécile SCHIEBER - Céline AUBERT - Olivia DIVOL - Mailys MOUGINOT - Pierre FAURE - Nadège LAISMAN - Hélène LABRUNIE

>