

ANNEXE 3



NOTE D'INFORMATION

Point d'avancement sur les travaux relatifs à l'articulation entre les secours d'urgence aux personnes (SUAP) et l'aide médicale urgente (AMU) dans les territoires - recensement de bonnes pratiques -

Synthèse de l'enquête de décembre 2019 auprès des agences régionales de santé (ARS) et des préfets

L'instruction interministérielle du 3 décembre 2019 (NOR : INTE1933865C) adressée aux préfets de département et aux directeurs généraux des ARS visait la collecte d'informations concernant l'articulation SUAP-AMU et le recensement de bonnes pratiques, soutenables et reproductibles, pouvant être diffusées sur les territoires et visant à améliorer l'allocation des ressources et la prise en charge des personnes. La présente note est un point d'avancement de la situation à la fin 2019¹.

I. Une pression opérationnelle accrue sur les services d'incendie et de secours avec toutefois un ralentissement de la croissance du nombre d'interventions en 2019

L'évolution de l'activité opérationnelle relative au SUAP s'accroît, tant en volume qu'en durée d'intervention. Pour rappel, en 10 ans, le volume annuel des interventions SUAP a augmenté de 50 %, avec une accélération notable entre 2017 et 2018 de 7,6 % pour atteindre le niveau historique de 4,13 millions d'interventions.

Toutefois, cette dernière subit une inflexion historique en 2019, avec un ralentissement de la croissance du nombre d'interventions. Ce constat n'est cependant pas homogène sur l'ensemble du territoire, avec des départements montrant des augmentations de plus de 20 % entre 2015 et 2019, notamment en Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val de Loire, Hauts-de-France, ou encore Occitanie.

En 2019, le SUAP représente ainsi près de 85 % du volume total des interventions des services d'incendie et de secours (SIS).

¹ Sur la base des retours de 99 départements, dont 93 départements avec un retour de l'ARS comme de la préfecture.

Deux éléments d'explication sont principalement évoqués :

- L'évolution démographique, avec le vieillissement de la population et l'augmentation des missions considérées comme ayant une dimension « sociale » ou de « relevage ». Certains départements comme le Cantal notent ainsi en 5 ans une augmentation de plus de 30 % de ce type d'intervention ;
- Les carences ambulancières qui accroissent la pression opérationnelle des SIS. Le département du Pas-de-Calais observe par exemple un quasi doublement de ces interventions entre 2015 et 2018.

Les effets induits par ces évolutions sont les suivants :

- Une altération de la réponse opérationnelle : la suractivité entraîne une baisse de la capacité opérationnelle des services d'incendie et de secours sur leurs missions premières : la réponse aux urgences vitales, le secours technique et divers et la lutte contre les incendies. Elle affecte la disponibilité des moyens humains et matériels et implique parfois une réadaptation de la couverture opérationnelle voire un refus d'effectuer des interventions considérées comme non urgentes telles que les carences.
- Sur le volet financier : cette évolution a un fort impact financier pour les SIS, les conduisant à renforcer leurs moyens humains et matériels pour faire face à l'activité supplémentaire. En parallèle, dans un contexte d'augmentation du volume des carences ambulancières, les désaccords entre SIS et établissements de santé sur le décompte et la définition des carences créent des difficultés.
- Sur la qualité de service : la conséquence essentielle est une augmentation des durées d'intervention pouvant entraîner une perte de chance pour la victime. Cet allongement des délais concerne la durée d'arrivée sur les lieux de secours, le délai d'acheminement vers les établissements de santé et le temps d'attente aux urgences.
- Une démotivation et un frein au volontariat : cette sur-sollicitation intensifie la charge des personnels, impliquant une démotivation des sapeurs-pompiers volontaires. De plus, elle engendre un refus des employeurs à libérer leurs personnels pour des interventions considérées non urgentes et constitue de fait un frein au conventionnement. Ces évolutions ont un impact majeur dans la mobilisation des sapeurs-pompiers dans le conflit social actuel.

Néanmoins, ces tendances sont à nuancer. En effet, en 2019, pour certains départements, un ralentissement de l'augmentation, une stabilisation, voire parfois une diminution de la pression opérationnelle sont constatés. C'est le cas par exemple en Bourgogne-Franche-Comté pour la Côte d'Or, le Doubs, la Haute-Saône ou encore l'Yonne. Les différentes mesures interministérielles développées ces dernières années, et exposées dans la présente note, peuvent expliquer pour partie cette évolution².

II. Des mesures en cours de déploiement, visant à améliorer l'articulation des interventions SUAP-AMU et à diminuer la pression opérationnelle des services

Dans la perspective de proposer des pistes d'amélioration concrètes, les ministères des solidarités et de la santé et de l'intérieur ont identifié conjointement des mesures de court terme afin d'alléger la pression opérationnelle des services et d'assurer la qualité de la prise en charge des personnes.

² Cf. feuille de route du 26 novembre 2018 élaborée conjointement par les ministères des solidarités et de la santé et de l'intérieur, visant à proposer des pistes d'amélioration afin d'alléger la pression opérationnelle des services et instruction interministérielle du 3 décembre 2019 adressée aux préfets de département et aux directeurs généraux des ARS pour la collecte de données concernant l'articulation SUAP-AMU sur la mise en œuvre de la feuille de route.

- La généralisation des coordonnateurs ambulanciers

Le dispositif de coordonnateur ambulancier suscite l'adhésion de la majorité des territoires et partenaires impliqués, tant des SAMU que des ambulanciers privés. Les SIS soulignent également globalement la pertinence du dispositif en ce qu'il participe à la diminution des carences ambulancières et de la pression opérationnelle pesant sur leurs services.

La fonction de coordonnateur ambulancier, présente dans 43 SAMU sur 101 au 1^{er} juillet 2019, continue donc d'être déployée sur les territoires. Une délégation de 2,8 M€ a été faite auprès des ARS afin de couvrir le financement de 45 SAMU supplémentaires avant la fin de l'année 2019 et cette mesure a été complétée en 2020 afin que les 93 SAMU organisant plus d'un transport par heure soient dotés d'un coordonnateur ambulancier avant la fin de l'année.

Fin 2019, 76 centres de réception et de régulation des appels (CRRA-15) sont dotés de la fonction de coordonnateur ambulancier (33 de plus qu'en milieu d'année 2019) et une dizaine envisagent un déploiement en 2020. Les régions Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte-d'azur sont dans une phase de généralisation du dispositif. Sous réserve des impacts de la période de gestion de crise liée au Covid 19, l'objectif de déploiement sera ainsi certainement atteint avant la fin de l'année 2020.

En 2019, la fonction de coordonnateur ambulancier est effectuée pour 2/3 par un ambulancier mis en place par l'association des transporteurs sanitaires d'urgence (ATSU) et 1/3 par un assistant de régulation médicale (ARM).

Quelques départements ont fait le choix de ne pas déployer de coordonnateur ambulancier au sein des centres-15, mais plutôt des plateformes communes SAMU/service départemental d'incendie et de secours (SDIS)/transporteurs sanitaires privés, c'est par exemple le cas de l'Aube.

Des points de vigilance sont relevés par certains départements :

- Des enjeux sur l'interopérabilité des systèmes d'information sont pointés par des départements, notamment entre les systèmes d'information ambulanciers (SIA) et ceux des SAMU. La généralisation des coordonnateurs ambulanciers couplée à l'installation de la géolocalisation permettrait de pouvoir organiser rapidement les moyens de réponses aux besoins et participerait ainsi à la fluidification des prises en charge ;
- Le manque de sociétés d'ambulances privées sur certains territoires peut être source de difficultés.

Il est à noter également que quelques départements ont mis en place une procédure de temporisation des carences, action intéressante qui doit se développer dans le respect des indications de la régulation médicale du SAMU.

Dans le cadre des comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS), des réflexions sur l'organisation de l'offre sont en cours dans plusieurs régions pour lever un certain nombre de ces difficultés.

- La diminution des délais d'attente des sapeurs-pompiers aux urgences

De façon générale, les départements ayant répondu à l'enquête déclarent que **les temps d'immobilisation des véhicules de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) et de leurs équipages dans les établissements de santé ne sont pas une difficulté majeure**, ces derniers faisant état de temps d'attente moyens relativement maîtrisés, allant jusqu'à 20 minutes. Il s'agit donc plutôt d'un problème ponctuel concentré sur certains sites et lié à une situation locale. Toutefois, quelques établissements de santé font l'objet d'une attention particulière en raison de délais d'attente supérieurs à 30 minutes et constituent des irritants.

La problématique des délais d'attente des SDIS dans les services d'urgence est bien identifiée. Les ARS pointent en effet des périodes possibles de forte affluence au sein des services d'urgences. Certains établissements relèvent aussi des difficultés d'infrastructure et d'accessibilité susceptibles de freiner la fluidité du passage, c'est le cas en Vendée ou à La Réunion par exemple. Néanmoins, il n'y a pas à ce stade de définition des délais d'attente excessifs ni de méthodologie commune de mesure de ces délais. L'absence d'indicateurs précis ne permet pas de mesurer ce point de façon objective.

Plusieurs établissements de santé ont par ailleurs déjà mis en place des organisations visant à fluidifier les passages aux urgences en :

- Renforçant la fonction d'accueil et de tri ;
- Réalisant des points réguliers pour étudier les situations de blocage (refus de prise en charge lors d'une dépose dans un établissement ou réorientation des patients par le SIS vers un autre établissement que celui indiqué par la régulation médicale, par exemple) ;
- Proposant des télétransmissions du bilan secouriste vers l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) pour anticiper les arrivées ;
- Mettant en place des circuits dédiés, plus particulièrement pour les patients couchés (patients amenés par les sapeurs-pompiers et les transporteurs sanitaires privés).

Ces actions et bonnes pratiques organisationnelles continuent d'être travaillées et déployées au sein des établissements de santé en 2020. Un guide de bonnes pratiques est proposé en annexe de la présente instruction.

- **Les interventions à deux sapeurs-pompiers**

Sur l'ensemble des retours, **12 départements ont mis en place une expérimentation d'intervention à deux sapeurs-pompiers, essentiellement pour des relevages et des levées de doute, parfois aussi pour des carences**, en réponse à une particularité locale (milieu rural, disponibilité des personnels, etc.). Treize départements étudient l'opportunité d'expérimenter le dispositif ou y sont favorables et d'autres ont exprimé leur opposition. Ces expérimentations ont pour objectif de garantir une meilleure réponse opérationnelle sur les missions statutaires des SDIS en adaptant les moyens et effectifs aux interventions susceptibles de freiner l'efficacité des sapeurs-pompiers.

En Mayenne, quatre groupes de travail sur ces thématiques sont ainsi prévus en 2020 ; dans la Sarthe, des travaux impliquant le SDIS, l'ARS, les centres hospitaliers et le SAMU sont également prévus afin de maîtriser l'évolution de l'activité des secours à personne.

Dans les départements expérimentateurs (dont notamment le Jura, l'Ain, la Saône-et-Loire, le Loir-et-Cher, l'Aisne, l'Orne, le Lot-et-Garonne, la Vendée et les Hautes-Alpes), les retours sont positifs en termes d'allocation des ressources et d'efficacité de la réponse apportée. Il conviendra dès lors de capitaliser sur les travaux engagés afin de dégager des préconisations quant aux interventions en effectifs réduits.

- **Dynamisation des concertations SIS-ARS-SAMU**

Depuis la prise en compte de la problématique du SUAP au niveau national et grâce à la note d'information conjointe de la ministre des solidarités et de la santé et du ministre de l'intérieur en date du 25 juillet 2019, une plus grande mobilisation des acteurs du terrain est constatée.

Cette **dynamique de concertation s'est bien développée sur la plupart des territoires**. Dans cette optique, plusieurs départements ont déjà réalisé un état des lieux de la situation opérationnelle et enclenché un plan d'actions local.

Cette concertation réalisée à différents niveaux (régional, départemental, instances locales) prend diverses formes plus opérationnelles (groupes de travail, comité technique SUAP, CODAMUPS-TS, comité de suivi, etc.) et doit être poursuivie. Il est notamment recensé des rencontres territoriales entre directeur général d'ARS et préfet en Nouvelle-Aquitaine ou Occitanie, des rencontres plus ponctuelles départementales ou infra-départementales entre ARS et SDIS en Bourgogne-Franche-Comté ou Bretagne, ou encore des groupes de travail techniques entre SDIS, SAMU et services d'urgence. Ces concertations ont en outre permis de réactiver les CODAMUPS-TS, afin de partager l'analyse de situations et de suivre les actions en cours de façon conjointe. De très rares départements signalent une faible concertation voire une absence de concertation.

III. Des bonnes pratiques développées conjointement par les SAMU et les SIS pour faciliter et améliorer les prises en charges en urgence

Des bonnes pratiques sont remontées par les préfetures de département et par les ARS. Elles doivent être mises en place conjointement par les acteurs du secours d'urgence à personne et de l'aide médicale urgente et être adaptées au contexte de chaque territoire. Elles peuvent être regroupées en 4 volets :

- Une organisation structurelle plus intégrée : mise en place d'une plateforme commune 15-18-112 ; intégration de la problématique SUAP dans le schéma départemental d'analyse et de couverture des risques (SDACR) ; mise en place d'un binôme d'accueil et d'orientation (infirmier et médecin) aux urgences ; création d'une filière dédiée et d'une salle d'attente aux urgences ; interconnexion des logiciels SAMU et SDIS ; regroupement sous un seul acronyme « secours et soins d'urgence aux personnes » (SSUAP) de l'AMU, des urgences pré-hospitalières et des secours d'urgence aux personnes ; définition du périmètre du SUAP en faisant apparaître en plus de la notion d'urgence vitale, la notion d'urgence fonctionnelle.
- Des réponses opérationnelles diversifiées : dépose de victimes en maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) ou maisons médicales de garde (MMG) ; mise en place d'une réponse graduée avec les véhicules légers infirmiers (VLI) ; dématérialisation des bilans ; utilisation de la télémédecine voire création d'un véhicule dédié (véhicule d'intervention de soins urgents VISU) ; mise en place d'expérimentations notamment sur les carences (article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale - LFSS) ; mise en place d'un officier de santé au centre de traitement de l'alerte- centre opérationnel départemental d'incendie et de secours [CTA-CODIS] pour fluidifier et organiser les interventions SUAP en lien avec le SAMU ; partage de la géolocalisation et des cartographies des moyens (VSAV, transporteur sanitaire privé [TSP], service mobile d'urgence et de réanimation [SMUR]) ; procédures de temporisation de certaines interventions (notamment des carences) ; utilisation d'arbres décisionnels communs et validation commune des protocoles infirmiers de soins urgents (PISU) ; procédures adaptées pour certaines interventions ; réalisation de jonction et de relais entre les moyens sapeurs-pompiers et les transporteurs sanitaires pour limiter la durée de transport des sapeurs-pompiers ; classification des interventions pour une meilleure répartition des missions ; engagement à 2 sapeurs-pompiers pour les missions de relevage ; utilisation d'applications communes de sollicitation du citoyen (Le bon samaritain).
- Un relationnel plus fructueux et moins conflictuel : réunions régulières ; visites interservices ; mise en place de conventions communes ; mutualisation de moyens ; recours aux médecins correspondants du SAMU ; implication et concertation des différents services (ARS, caisse primaire d'assurance maladie, préfecture, SAMU, SIS, établissements de santé, transporteurs sanitaires privés) ; installation de groupes de travail ; formations communes ou partage de formation entre les opérateurs de traitement des appels d'urgence (OTAU) et les ARM ; partage d'expérience et suivi des événements indésirables graves (EIG) au sein d'une démarche qualité ;

organisation de session d'immersion interservices, organisation d'assises du SUAP ; actions de communication visant à sensibiliser le public et à partager les bonnes pratiques entre services.

- Des procédures budgétaires et administratives : mise en place d'une procédure de demande de remboursement aux frais d'intervention lorsque l'utilisation d'un système de téléalarme est jugée abusive ; mise en place d'indicateurs de récurrence pour identifier les personnes nécessitant des secours réguliers ; meilleur financement des transports sanitaires via les expérimentations permises par l'article 66 de la LFSS 2012.

IV. Conclusion : une avancée évidente mais plusieurs attentes

En synthèse, une bonne concertation associant l'ensemble des acteurs est mise en évidence. Elle favorise le dialogue, permet l'analyse du retour d'expérience et le développement de bonnes pratiques et facilite l'émergence de solutions adaptées à la diversité des territoires.

L'ensemble des mesures prises a permis de juguler l'augmentation de l'activité SUAP en 2019. Cette activité demeure néanmoins conséquente, notamment en matière de carences ambulancières et d'interventions à caractère dit social.