

ANNEXE 2



GUIDE DE BONNES PRATIQUES

Définition des conditions de « temporisation » des carences ambulancières

Les services d'incendie et de secours (SIS) et les services de médecine d'urgence font face à une augmentation de leur activité opérationnelle. En 2019, les SIS ont effectué près de 4,1 millions d'interventions au titre du secours d'urgence aux personnes (SUAP), qui représente désormais environ 85 % du total des interventions des sapeurs-pompiers. Le volume d'appels traités par les services d'aide médicale urgente (SAMU) augmente fortement (+ 4,5 % par an en moyenne entre 2013 et 2017), atteignant un niveau record de plus de 30 millions d'appels. En parallèle, l'activité de transport sanitaire urgent régulée par les SAMU croît également de façon très dynamique (+ 6,7 % par an depuis 2014) pour s'établir à un niveau de 1,9 millions d'interventions en 2018.

L'augmentation des interventions pour carences ambulancières est particulièrement préoccupante : elles représentent 10 % des missions réalisées par les SIS, alors même qu'elles ne font pas partie des interventions qui se rattachent directement à leurs missions de service public, définies à l'article L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales (CGCT).

La réforme des transports sanitaires urgents qui sera déployée dans les territoires en 2021 contribuera à diminuer le volume de carences ambulancières en améliorant l'efficacité de l'organisation de la garde ambulancière et en facilitant le recours aux ambulances hors garde. Compte-tenu de l'augmentation constante du volume d'indisponibilités des transporteurs sanitaires privés constatée ces dernières années, le ministre de l'intérieur et le ministre des solidarités et de la santé ont identifié conjointement une première mesure visant à généraliser des coordonnateurs ambulanciers au sein des SAMU. Cette fonction de coordination ambulancière permet d'optimiser les transports sanitaires urgents et donc de réduire le nombre des interventions demandées aux services d'incendie et de secours du fait des carences ambulancières. Fin 2019, 76 départements étaient dotés de la fonction de coordonnateur ambulancier (33 de plus qu'en milieu d'année 2019) et une dizaine envisageaient un déploiement en 2020.

La situation actuelle a aussi révélé la nécessité de formuler des recommandations organisationnelles pour la gestion des indisponibilités des transporteurs sanitaires privés (ITSP) afin de maintenir la disponibilité opérationnelle des SIS pour leurs missions de service public mais également pour garantir une bonne utilisation des ressources.

En effet, les SIS assurent la réponse opérationnelle au secours d'urgence aux personnes, en partenariat avec d'autres acteurs, et ils concourent à l'aide médicale urgente. Afin de préserver les ressources des SIS qui doivent rester mobilisables pour leurs missions exclusives, le centre de réception et de régulation des appels (CRRA 15) doit, pour chaque demande d'intervention pour indisponibilité ambulancière, indiquer au SIS un délai d'intervention adapté au degré d'urgence du patient. Les SIS sont en capacité d'indiquer au SAMU l'impossibilité d'effectuer la mission dans le délai indiqué, en fonction de la ressource opérationnelle disponible en temps réel. Pour atteindre cet objectif, la procédure ci-dessous décline les différentes étapes de gestion et de temporisation des carences ambulancières. Ces préconisations peuvent naturellement faire l'objet d'adaptation sur les territoires, tenant compte du contexte local.

I. Déclenchement de la carence :

Après analyse par le coordonnateur ambulancier (COAMB) de la disponibilité des transporteurs sanitaires privés et en cas d'indisponibilité avérée (recherche d'au moins 2 transporteurs sanitaires privés), le CRRA 15 sollicite le centre opérationnel départemental d'incendie et de secours) (CODIS) pour l'engagement des moyens du SIS pour carence ambulancière en précisant le délai maximal d'arrivée sur les lieux, ceci en fonction de la catégorisation médicale de la victime :

- ITSP urgence médicale relative → engagement des sapeurs-pompiers (SP) différé « Palier 1 » (délai maximal d'intervention à 30 minutes par exemple).
- ITSP sans urgence → engagement des SP différé « Palier 2 » (délai maximal d'intervention à 60 minutes et plus par exemple).

Il n'est pas envisagé de palier pour « départ immédiat », les urgences médicales absolues ne relevant pas des techniciens de secours d'urgence (TSU).

La réussite de cette procédure repose notamment sur la capacité du CODIS et du CRRA à éviter une situation de blocage.

Les délais indiqués par le CRRA 15 n'empêchent pas un départ immédiat à l'appréciation du SIS, compte tenu de la disponibilité de ses moyens.

II. Analyse de la situation opérationnelle :

Le chef de salle opérationnelle du CODIS analyse la situation opérationnelle du secteur concerné et adapte la réponse du SIS en fonction d'un certain nombre d'éléments, dont :

- Le délai demandé de prise en charge de la victime par le CRRA 15 ;
- L'étude de la disponibilité des VSAV sur le secteur ;
- L'activité opérationnelle en cours ;
- La disponibilité des moyens à venir.

À l'issue de son analyse, le CODIS apporte au CRRA15 l'une des réponses suivantes :

- 1) **Il accepte l'engagement** des secours pour carence ambulancière avec un délai correspondant au délai souhaité par le CRRA15 ;
- 2) **Il ne peut assurer l'intervention dans les délais indiqués par le CRRA 15 mais précise très rapidement le délai à partir duquel il pourrait réaliser la mission.** Le médecin régulateur évalue la compatibilité de l'état du patient avec le délai d'engagement potentiel des moyens du SIS. Le coordonnateur ambulancier recherche alors à nouveau une entreprise de transport sanitaire privé pouvant assurer la mission selon le nouveau délai fixé par le médecin régulateur et, le cas échéant, sollicite pour « carence ambulancière » les moyens du SIS.
- 3) **Il signale l'impossibilité d'engager des secours** pour carence ambulancière dans le délai demandé, la situation opérationnelle ne permettant pas une mobilisation des moyens SIS pour ce type d'intervention dans ce délai.

Toute évolution de la disponibilité des moyens des SIS empêchant une carence programmée est remontée sans délai au CRRA 15.

Si les logiciels du SAMU et du SIS le permettent, l'échange concernant le délai d'intervention est réalisé par voie dématérialisée pour libérer les assistants de régulation médicale et les opérateurs du centre de traitement de l'alerte (CTA). Dans le cas contraire, l'éventuelle décision de temporisation est prise par le SAMU immédiatement, le SIS devant faire part simultanément de son indisponibilité dans le délai indiqué et du délai possible pour un prochain départ.

III. Suivi de la temporisation des demandes :

Le suivi de la temporisation des demandes est réalisé par le coordonnateur ambulancier et les assistants de régulation médicale au sein du CRRA 15. Le CRRA 15 informe sans délai le CODIS si un transporteur sanitaire privé est de nouveau disponible et peut réaliser l'intervention qui avait été différée suite à l'indisponibilité du SIS dans le délai indiqué. La demande d'intervention pour indisponibilité des transporteurs sanitaires privés est alors annulée.

IV. Formalisation locale du processus de temporisation :

La convention bipartite entre le SIS et le centre hospitalier siège du SAMU peut utilement préciser le processus mis en place et les cas dans lesquels le SIS peut reporter ou temporiser son intervention.

V. Indicateurs de suivi :

Afin d'évaluer la mise en œuvre et la pertinence du dispositif de temporisation, des indicateurs de suivi doivent être mis en place. Ainsi, le coordonnateur ambulancier, le CRRA 15 et le CODIS devront comptabiliser mensuellement au moins les éléments suivants :

- Nombre total d'ITSP comprenant :
 - Nombre d'ITSP temporisées en pallier 1 ;
 - Nombre d'ITSP temporisées en pallier 2.

Outre les indicateurs permettant d'avoir une lisibilité nationale, d'autres pourront être déclinés au niveau local au sein de la convention.

En cas de difficulté, le CODAMUPS-TS sera chargé d'accompagner les professionnels vers une solution acceptée de tous.

Schéma relatif à la déclinaison opérationnelle de la temporisation des carences ambulancières

