



MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Rapport de présentation du projet de décret en Conseil d'État portant réforme des transports sanitaires urgents primaires et de la garde ambulancière

I. Contexte et enjeux de la réforme

Le service d'aide médicale urgente (SAMU) sollicite les entreprises privées de transport sanitaire pour réaliser des transports sanitaires urgents. En application des articles R. 6312-18 et suivants du code de la santé publique, une garde ambulancière est organisée pour assurer une réponse aux demandes de transports sanitaires urgents du SAMU. Actuellement, le dispositif réglementaire prévoit une garde la nuit (20h-8h), le week-end et les jours fériés. Aucun dispositif de garde n'est organisé la journée en semaine. En dehors des périodes de garde, le recours aux transporteurs privés pour un transport urgent dépend de leurs disponibilités. Par ailleurs, jusqu'ici, la rémunération des entreprises de transport sanitaire privées dans le cadre de la garde reposait sur un forfait non revalorisé depuis 2003.

Le SAMU se trouve fréquemment en difficulté pour trouver un vecteur de transport adapté à la situation du patient, du fait d'un désengagement des transporteurs sanitaires au profit de l'activité programmée et de l'absence de structuration d'ambulances privées à la disposition du SAMU la journée en semaine. Cette difficulté conduit à une augmentation des carences ambulancières (+15 % en 2018) déclenchées en cas d'indisponibilité des transporteurs sanitaires : le SAMU mobilise en remplacement le service d'incendie et de secours (SIS), entraînant un report de charge important sur les sapeurs-pompiers, qui disposent de moins de disponibilité pour exercer leurs missions principales (définies à l'article L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales). La majorité des carences (54 %) a lieu hors des périodes de garde, la journée en semaine.

L'objectif principal de la réforme de la garde ambulancière et des transports sanitaires urgents est de garantir aux SAMU une réponse ambulancière suffisante pour assurer le mieux possible à tout moment l'activité de transport urgent, au bénéfice du patient. La réforme doit permettre de baisser le nombre de carences ambulancières et de décharger les SDIS pour qu'ils puissent se concentrer sur leurs missions principales. La réorganisation de l'activité intervient en parallèle de sa revalorisation négociée entre la CNAM et les fédérations de transporteurs sanitaires, qui fait partie de l'avenant n°10 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés signé le 22 décembre 2020.

Le projet de décret en Conseil d'État modifie le code de la santé publique pour fixer le nouveau cadre d'organisation de la réponse des entreprises de transport sanitaire privées aux demandes de transports sanitaires urgents du SAMU.

II. Principes de la réforme

La réforme repose sur :

- La définition d'un **nouveau modèle de rémunération** : les négociations conventionnelles entre la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et les transporteurs sanitaires privés se sont engagées en juin 2020 et se sont conclues par la signature d'un avenant le 22 décembre 2020, avec la mise en place d'une garantie de revenu horaire rehaussée pour les entreprises de garde et d'un nouveau mode de tarification des transports sanitaires urgents sur demande du SAMU, ainsi que d'un financement des « sorties blanches » ;

Conférence nationale des services d'incendie et de secours
Réunion plénière du 30/03/2022

- Le **renforcement de l'efficacité et de l'efficience du dispositif de garde ambulancière** : en complément d'un travail sur le découpage des secteurs de garde, les horaires de garde seront définis non plus au niveau national mais spécifiquement pour chaque secteur, en fonction du niveau d'activité constaté sur chaque territoire et à chaque créneau horaire. Ce travail sera mené par les ARS, en concertation avec l'ensemble des acteurs impliqués au niveau départemental et particulièrement les préfets. Il permettra de concentrer les moyens de garde là où l'activité le justifie, en créant notamment une garde de jour, mais il suppose une articulation avec les SIS notamment dans les territoires et aux horaires où il n'y aura plus de garde ;
- Le déploiement de **bonnes pratiques organisationnelles** complémentaires permettant de fluidifier le déroulé opérationnel de l'activité : structuration collective de la profession par le biais de l'association départementale des transports sanitaires d'urgence (ATSU), généralisation du coordonnateur ambulancier, géolocalisation des véhicules, pratiques de jonctions entre sapeurs-pompiers et ambulanciers, possibilité de transport vers la ville, etc.

III. Modifications du code de la santé publique proposées par le projet de décret

Le décret en Conseil d'État doit modifier la partie réglementaire du code de la santé publique : Sixième partie, Livre III, Titre Ier, Chapitre I : Aide médicale urgente : article R. 6311-2 et Chapitre II : Transports sanitaires, sections 1 et 2 : articles R. 6312-18 à R. 6312-23 et articles R. 6312-37 à R. 6312-43.

a) Transport vers la ville

L'article R. 6311-2 est modifié afin d'inscrire dans les missions du SAMU la possibilité d'organisation de transports urgents vers un lieu de soins au sein du secteur ambulatoire.

b) Définition et clarification de l'activité de transports sanitaires urgents

- Le projet de décret crée **un nouvel article R. 6312-17-1** qui définit les missions des entreprises de transports sanitaires pour les demandes de transports sanitaires urgents du SAMU. Le déroulé opérationnel du transport sanitaire urgent est décrit afin de clarifier étape par étape le rôle des transporteurs sanitaires, du début de la mission à son terme : respect des délais d'intervention pour transports sanitaires urgents fixés par le SAMU, réalisation d'un bilan clinique du patient, premiers soins relevant de l'urgence adaptés à l'état du patient si le SAMU le demande, transport du patient vers un lieu de soins à la demande du SAMU, transmission d'informations sur l'évolution de l'état de santé du patient au SAMU et d'informations administratives et cliniques à l'arrivée sur le lieu de soins ainsi que la participation à la réalisation d'actes de télémedecine dans le cadre de leurs compétences sur demande du SAMU et sous surveillance du médecin régulateur.
- Sont aussi fixées les raisons pour lesquelles le SAMU peut décider qu'une sollicitation auprès d'une entreprise de transport sanitaire ne sera pas suivie de transport (« sorties blanches ») : absence du patient sur le lieu d'intervention, absence de nécessité de prise en charge par une structure de soins ou un professionnel de santé, soins apportés au patient sur le lieu de l'intervention et absence de besoin de prise en charge supplémentaire, transport devant être réalisé par un autre moyen adapté, refus de prise en charge par le patient, décès du patient.
- Le nouvel article inscrit la possibilité d'effectuer des jonctions entre sapeurs-pompiers et ambulanciers, dans un lieu prédéfini, pour assurer une continuité de la prise en charge du patient et décharger plus rapidement les sapeurs-pompiers laissant les ambulanciers assurer la suite du transport sanitaire urgent.
- Enfin, l'article prévoit que dans le cadre de leurs missions, les entreprises de transport sanitaire doivent répondre aux demandes de transports sanitaires urgents demandées par le SAMU en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

Conférence nationale des services d'incendie et de secours
Réunion plénière du 30/03/2022

c) Cadre général du rôle de l'association des transports sanitaires d'urgence (ATSU) la plus représentative au plan départemental

Le nouvel article R. 6312-17-2 fixe le rôle de l'ATSU la plus représentative au plan départemental. Elle propose et coordonne la réponse opérationnelle des entreprises de transport sanitaire aux demandes de transport sanitaire urgent du SAMU, dans le cadre des obligations fixées par la réglementation et par le cahier des charges départemental.

L'article renvoie à un arrêté fixant ses critères de représentativité, ses obligations et ses missions. Il est ainsi prévu de conforter cet acteur comme intermédiaire entre les pouvoirs publics et les entreprises pour fluidifier l'organisation, en lui donnant une assise confortée :

- Représentativité : désignation par l'ARS de l'ATSU la plus représentative au plan départemental en fonction de critères de représentativité, ce qui conforte la légitimité de l'association pour l'organisation de la garde ambulancière et de la réponse aux demandes du SAMU ;
- Obligations : neutralité dans l'exercice de ses missions, transparence et ouverture à toutes les entreprises qui souhaitent participer à l'aide médicale urgente et au dispositif de garde ambulancière ;
- Missions :
 - o Organisation opérationnelle de la garde ambulancière en établissant le tableau de garde proposé à l'ARS avec les entreprises participant à l'aide médicale urgente ;
 - o Organisation de la réponse des entreprises de transport sanitaire aux demandes de transports sanitaires urgents du SAMU en dehors des périodes de garde en formalisant un système de volontariat de ces entreprises pour faciliter leur mobilisation ;
 - o Suivi et évaluation de l'activité et des dysfonctionnements qui peuvent intervenir concernant l'organisation de l'activité, en lien avec l'ensemble des acteurs ;
 - o Participation à la mise en place d'une démarche qualité sur les transports sanitaires urgents ;
 - o Représentation des entreprises de transport sanitaire participant à l'aide médicale urgente au CODAMUPS-TS et auprès de l'ensemble des partenaires.

d) Extension du dispositif de garde

- **L'article R. 6312-18 est modifié** pour permettre l'organisation de la garde ambulancière à tout moment de la journée ou de la nuit dans les secteurs et pour les périodes où l'activité le justifie. Il prévoit que la garde est organisée après avis du sous-comité des transports sanitaires, par l'agence régionale de santé (ARS) selon les caractéristiques locales et les horaires de garde adaptés sur chaque secteur selon le niveau d'activité. L'organisation d'une garde élargie doit permettre de limiter les carences ambulancières en dédiant des véhicules à l'aide médicale urgente pendant toutes les périodes où l'activité est significative, libérant ainsi du temps opérationnel pour les sapeurs-pompiers, sachant que les carences ont majoritairement lieu en journée.
- Les horaires de garde ne seront plus fixés nationalement mais par secteur afin d'établir une organisation la plus proche possible des besoins de chaque territoire :
 - o **Sur les territoires et sur les créneaux horaires avec une activité modérée à forte** : mise en place de la garde ambulancière y compris la journée, jusqu'à une garde H24 ;
 - o **Pour les secteurs à très faible niveau d'activité en transports sanitaires urgents ou pour les créneaux horaires à faible activité** : absence de moyens de garde, toutefois recours accru aux ambulances hors garde qui sont toujours mobilisées en première intention grâce au coordonnateur et à la géolocalisation, conformément à leur agrément.

Conférence nationale des services d'incendie et de secours
Réunion plénière du 30/03/2022

- **Pour les secteurs non couverts par une garde ambulancière**, une indemnité horaire de substitution sera versée au service d'incendie et de secours (SIS). Le montant et les modalités de versement de cette indemnité seront fixés par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité civile, du ministre chargé de la santé et du ministre chargé du budget. Cette indemnité vise à garantir la pérennité de la réponse des SIS et assurer une couverture opérationnelle du territoire en l'absence de garde ambulancière.

e) Organisation en secteurs de garde

L'article R. 6312-20 est modifié pour permettre l'organisation d'un secteur de garde sur plusieurs départements au sein d'une même région.

f) Élaboration du tableau de garde

- **L'article R. 6312-21 est modifié** pour prévoir que l'association de transports sanitaires d'urgence (ATSU) la plus représentative au plan départemental propose le tableau de garde. L'article prévoit qu'une entreprise implantée dans un secteur non couvert par une garde peut participer à la garde d'un secteur voisin. Il rappelle également que le SAMU fait appel en priorité dans le cadre de l'aide médicale urgente à l'entreprise de garde, avant de faire appel à une entreprise non inscrite sur le tableau de garde.
- **Le nouvel article R. 6312-21-1** prévoit que l'ATSU sollicite l'ensemble des entreprises de transport sanitaire agréées du département et propose une répartition des gardes entre toutes les entreprises volontaires. L'ARS peut imposer la participation à la garde d'une entreprise agréée dans le secteur si le tableau de garde proposé est incomplet.

g) Généralisation du coordonnateur ambulancier

- **L'article R. 6312-21-2 est créé** afin de généraliser la présence d'un coordonnateur ambulancier en lien avec chaque SAMU au moins en journée, sauf dans les départements ou aux horaires où l'activité est trop faible pour le justifier. Dans ce dernier cas, les missions de coordination ambulancière peuvent être effectuées par le coordonnateur ambulancier d'un autre département, sur le fondement d'une convention entre les ATSU, ou par le SAMU directement. Le coordonnateur ambulancier, en fonction de l'organisation départementale mise en place, est recruté soit par les transporteurs sanitaires via l'ATSU, soit par l'établissement siège du SAMU. Il sollicite les entreprises de transport sanitaire pour répondre aux demandes de transports sanitaires urgents du SAMU. Il assure le suivi et le recensement de l'activité des transports sanitaires, y compris les carences ambulancières et les indisponibilités.
- Le coordonnateur tient une place importante dans la réussite de la réforme puisque son action doit permettre de limiter les carences et les indisponibilités ambulancières en améliorant l'organisation de la réponse à l'aide médicale urgente, et d'optimiser le suivi et l'évaluation du dispositif en participant à la récolte des données relatives à l'activité.

h) La carence ambulancière

Le nouvel article R. 6312-21-3 prévoit que si une entreprise agréée de transports sanitaires est responsable d'une carence ambulancière, le montant dû par l'établissement siège du SAMU et déduit de la rémunération versée à l'entreprise au titre de sa participation à la garde est encadré par des dispositions conventionnelles.

L'entreprise responsable peut faire valoir ses observations écrites préalablement de l'imputation de sa carence au revenu de garde. Les entreprises de transport sanitaire sont ainsi davantage incitées à respecter la garde.

Conférence nationale des services d'incendie et de secours
Réunion plénière du 30/03/2022

La définition de la carence ambulancière est encadrée par l'article L.1424-42 du code général des collectivités territoriales (modifié par la loi n° 2021-1520 du 25 novembre 2021 visant à consolider notre modèle de sécurité civile et valoriser le volontariat des sapeurs-pompiers et les sapeurs-pompiers professionnels).

i) Précisions sur le contenu du cahier des charges

L'article R. 6312-22 est modifié pour intégrer au cahier des charges, qui organise déjà la garde ambulancière, les modalités d'organisation de la réponse des entreprises de transport sanitaire aux demandes du SAMU plus globalement. Il définit les éléments qui devront figurer dans le cahier des charges.

j) Mise en place d'une convention locale SAMU-ATSU-SDIS

- **Le nouvel article R. 6312-22-1** crée l'obligation de mettre en place une convention locale entre le SAMU, l'ATSU la plus représentative du département et le SDIS, soumise à approbation de l'ARS et du préfet. L'article définit les éléments qui devront figurer dans la convention locale :
 - les missions et engagements de chacun des acteurs ;
 - les modalités d'organisation mises en place afin d'assurer le respect d'un délai d'intervention conforme aux besoins du patient tel qu'évalué par le SAMU ;
 - la démarche qualité dans laquelle s'engagent les acteurs, comprenant notamment :
 - les protocoles de prise en charge du patient ;
 - le matériel devant être embarqué dans les véhicules ;
 - les modalités de signalement, d'analyse et de traitement conjoint des évènements indésirables liés à la prise en charge des patients ;
 - les actions de formation prévues pour assurer la formation continue et le maintien des compétences des personnels des entreprises de transport sanitaire, dans l'objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients et d'assurer une actualisation des techniques, ainsi que les modalités de suivi de ces formations ;
 - les modalités dans lesquelles des pratiques de relais entre service d'incendie et de secours et entreprises de transport sanitaire peuvent être réalisées ;
 - les modalités d'échanges d'informations et de données entre le SAMU et le coordonnateur ambulancier ;
 - les indicateurs de suivi et d'évaluation de l'organisation, de l'activité et de la qualité mis en place.

L'établissement d'un cahier des charges et d'une convention dont le cadre est précisé nationalement mais dont le contenu peut varier d'un territoire à l'autre, doit permettre d'organiser une réponse à l'aide médicale urgente à la fois harmonisée avec un socle d'items communs, en particulier pour fixer les missions et engagements des acteurs, mais aussi adaptée aux spécificités locales.

Il est précisé que des conventions bipartites (SAMU-SDIS, SAMU-ATSU) sont possibles en préalable d'une convention tripartite. Ce point sera précisé dans l'instruction interministérielle, déclinant les modalités pratiques de la réforme de la garde ambulancière.

k) Suivi et évaluation

Le nouvel article R. 6312-23-1 organise le suivi semestriel et l'évaluation semestrielle de l'activité par le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS) et la transmission du bilan annuel par l'ARS aux ministères concernés, afin d'avoir une visibilité sur l'amélioration des transports sanitaires urgents, l'impact de la nouvelle organisation sur les acteurs et la qualité de la prise en charge des patients. L'évaluation de l'activité

Conférence nationale des services d'incendie et de secours
Réunion plénière du 30/03/2022

implique tous les acteurs locaux concernés (notamment les transporteurs sanitaires, les services d'incendie et de secours, le SAMU, l'ATSU) et permet de revoir le dispositif si l'organisation adoptée n'est pas satisfaisante pour les acteurs. Ainsi, dans les territoires à faible activité avec absence de moyens de garde, une attention particulière pourra être portée à la mobilisation des SIS afin de limiter leur pression opérationnelle et de revoir le cas échéant l'organisation de la garde ambulancière sur ces zones.

l) Autorisation de mise en service des véhicules de transport sanitaire exclusivement affectés à l'aide médicale urgente

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 est venue préciser la possibilité de mettre en service des véhicules exclusivement affectés à l'aide médicale urgente hors quota de véhicules sanitaires par département, sous réserve d'une autorisation du directeur général de l'ARS visant à contrôler le respect des normes applicables aux véhicules. Dès lors, le décret en Conseil d'État décline le régime d'autorisation de mise en service de ces véhicules qui ne peuvent faire que des transports sanitaires urgents à la demande du SAMU, afin de lever la contrainte qui pourrait exister dans certains territoires sur l'offre de transports sanitaires.

IV. Impacts pour les services d'incendie et de secours

- Une concertation renforcée avec les SIS sur l'organisation des transports sanitaires urgents dans chaque territoire

Groupes de travail pour la mise en œuvre de la réforme : la réorganisation de la garde se fera dans des groupes de travail départementaux, pilotés par les ARS et associant les préfets, les CPAM, les transporteurs sanitaires via leur ATSU et les représentants des fédérations représentatives du transport sanitaire siégeant au CODAMUPS-TS, le SAMU et le SDIS.

Avis du CODAMUPS-TS : l'élaboration du cahier des charges départemental, qui portera la réorganisation globale de l'organisation du transport urgent, nécessitera la consultation du CODAMUPS-TS. Son avis est aussi nécessaire dans le cadre de la mise en place du tableau de garde. Au-delà du groupe de travail, l'ensemble des acteurs concernés seront donc sollicités de manière formelle dans l'organisation de la réponse aux demandes de transports sanitaires urgents du SAMU.

Évaluation régulière partagée : Le suivi et l'évaluation réguliers du dispositif d'organisation de la garde ambulancière et de participation des transporteurs sanitaires à l'aide médicale urgente sont prévus et structurés, dans le cadre du CODAMUPS-TS. Il est notamment prévu une évaluation semestrielle, à l'issue de laquelle le dispositif peut être revu si besoin.

Convention tripartite : Le SAMU, l'ATSU et le SDIS doivent conclure une convention locale tripartite, approuvée par le directeur général de l'ARS et le préfet pour organiser leurs interactions dans le cadre de la réponse à l'AMU. Les acteurs pourront ainsi définir ensemble leurs obligations respectives, fixer des références et des pratiques communes. Afin de fluidifier l'organisation de ce partenariat, des conventions bipartites (SAMU-SDIS, SAMU-ATSU) pourront être conclues au préalable de la convention tripartite cible. Cette précision sera intégrée dans l'instruction interministérielle fixant les modalités pratiques de la réforme de la garde ambulancière.

- Une nouvelle articulation dans les territoires avec la réorganisation de la garde ambulancière

La **réorganisation de la garde ambulancière**, recentrée sur les territoires et créneaux horaires où l'activité le justifie, doit permettre de faire baisser le nombre de carences ambulancières. D'après les simulations de la réforme pour 2022, une baisse de 96 000 carences au niveau national est attendue, ce montant est indicatif car dépend des organisations finalement retenues sur le territoire. En

Conférence nationale des services d'incendie et de secours
Réunion plénière du 30/03/2022

revanche, cette réorganisation suppose en parallèle une articulation avec les services d'incendie et de secours, notamment dans les territoires et aux horaires où il n'y aura plus de garde ambulancière, qui sont ceux où l'activité est très faible (aujourd'hui, dans près d'un secteur de garde actuel sur trois, les entreprises de garde effectuent en moyenne moins d'un transport sanitaire urgent par période de 12h).

L'évolution du nombre de carences sera différenciée selon les territoires, en fonction des réorganisations locales.

- La généralisation de nombreuses bonnes pratiques organisationnelles permettant de fluidifier l'activité opérationnelle et d'alléger la pression sur les SIS

Coordonnateur ambulancier : Le ministère des Solidarités et de la Santé a engagé dès 2019 la généralisation du coordonnateur ambulancier. À la fin de l'année 2019, 76 départements étaient dotés de coordonnateurs ambulanciers, soit 33 de plus qu'en milieu d'année 2019. L'objectif est de parvenir à généraliser ce dispositif en 2022, sauf pour les quelques départements à activité très faible (organisant moins d'un transport par heure). Dans ce cadre, 17 M€ de dotations régionales annuelles sont déléguées de manière pérenne. Personnel dédié à la recherche d'entreprises de transport sanitaire disponibles et responsable de la qualification des indisponibilités ambulancières, le coordonnateur doit faire baisser significativement les carences.

Jonctions sapeurs-pompiers – ambulanciers : Les pratiques de jonctions entre sapeurs-pompiers et ambulanciers permettent à une équipe ambulancière de prendre le relai des sapeurs-pompiers dans un lieu prédéfini afin de réaliser sur demande du SAMU un transport vers un lieu de soins. Ces pratiques doivent limiter le temps de mobilisation des services d'incendie et de secours, qui peuvent alors se recentrer sur leurs missions principales, notamment dans le cas d'un transport long vers un établissement de santé distant ou lorsqu'une intervention ne relève pas des missions du SIS.

Dépose dans une structure de soins en ville : Les sapeurs-pompiers pourront déposer un patient dans une structure de ville, sur orientation du SAMU. Cette pratique permet de proposer un transport vers une structure adaptée à l'état du patient et de désengorger les services d'urgence. Elle est aussi un moyen de limiter le temps d'indisponibilité de l'équipage en mobilisant une offre de soins en proximité.

- Un renchérissement du financement des carences ambulancières

A minima une revalorisation du tarif national de la carence (à hauteur de 200€) est prévue.