



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

GUIDE SUR LES CONDITIONS D'ACCUEIL DES SAPEURS- POMPIERS ET DES AMBULANCIERS PRIVÉS AUX URGENCES



Novembre 2025

Sommaire

Introduction.....	3
Liste des acronymes utilisés dans le guide.....	4
Guide de bonnes pratiques.....	5
1. Objectivation des difficultés.....	5
⇒ BP n°1 : établir conjointement les indicateurs propres à objectiver et suivre la situation.	5
⇒ BP n°2 : suivre régulièrement lors de réunions spécifiques entre les différents acteurs (représentants des services d'urgence, du service d'accès aux soins [SAS], de la structure mobile d'urgence et de réanimation [SMUR], du service d'incendie et de secours [SIS], des entreprises de transport sanitaire [TS]...), les indicateurs mis en place. En cas de difficultés, le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS) pourra être saisi.	6
2. Identification des causes de difficultés et propositions d'actions d'amélioration.....	6
⇒ BP n°3 : sur la base d'un diagnostic partagé entre chaque service concerné, établir un plan d'actions conjoint avec des objectifs de réduction des délais d'attente et un calendrier de mise en œuvre.....	6
⇒ BP n°4 : définir conjointement des actions concrètes, pour lesquelles un acteur est identifié comme responsable, assorties d'objectifs quantifiés et d'un calendrier.....	8
3. Suivi conjoint à mettre en place.....	8
⇒ BP n°5 : suivre conjointement la mise en œuvre de chacune des actions définies dans le plan, établir des bilans partagés tous les 6 mois, sur la base des résultats constatés grâce aux indicateurs.....	8

Introduction

La réduction des délais d'attente des sapeurs-pompiers (SP) et des ambulanciers privés¹ (AP) à leur arrivée dans les structures des urgences (SU) et les antennes de médecine d'urgence fait partie des mesures prioritaires identifiées par le ministre de l'Intérieur et le ministre de la Santé. L'objectif est en effet de limiter les temps d'immobilisation des véhicules de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) et des ambulances privées dans les établissements de santé (ES). Dans ce cadre, certains ES doivent faire l'objet d'une attention renforcée en raison de délais d'attente particulièrement longs.

Le présent guide a pour objet de donner quelques clés afin de fluidifier les organisations de ces structures, dans une logique d'amélioration globale des pratiques et de la prise en charge des patients/victimes. Il propose une démarche d'ensemble, visant à objectiver les problèmes locaux, à adapter la réponse à chaque situation territoriale et à permettre que les parties prenantes s'accordent localement sur un plan d'action cohérent.

Il convient de rappeler que cette problématique doit être appréhendée en considérant la globalité de la situation locale et les contraintes pesant sur chaque service. En particulier, ce guide ne règle pas la question de l'aval des urgences, point par ailleurs central dans la logique de fluidification du parcours de soins et de désengorgement des services, qui peut être à l'origine des tensions relevées.

Les mesures proposées visent à optimiser le temps opérationnel des SP et des AP. Elles peuvent, selon les moyens disponibles sur les territoires, bénéficier à d'autres acteurs (forces de l'ordre, administration pénitentiaire, etc.) connaissant parfois également des temps d'immobilisation dans les SU.

Toutefois, il ne s'agit pas de prioriser les patients/victimes qui seraient arrivés aux urgences *via* ce type de vecteur. L'état de gravité du patient/victime doit toujours être pris en compte en premier lieu et dans toutes les situations. En revanche, à état de gravité égal, une priorisation du VSAV et de l'ambulance privée pourra être faite afin de libérer la capacité opérationnelle des services plus rapidement.

En cas de fermeture d'un service d'urgence, les SIS et les entreprises de TS sont informés par l'ES concerné ou par l'agence régionale de santé (ARS) en fonction de l'organisation locale. Les dates et horaires de fermeture leur sont communiquées le plus précocement possible afin d'organiser au mieux le transport des victimes/patients en lien avec la régulation 15. Dans le cadre de son rôle en matière de gestion de crise, la préfecture est tenue informée par l'ARS des fermetures de services d'urgence.

Les présentes bonnes pratiques (BP) ont été identifiées et renforcées par les retours terrain exprimés par les ARS, les préfectures et les services d'incendie et de secours (SIS) en 2018 et en 2025. Elles visent à :

- Permettre la définition d'une méthodologie de travail commune et d'un calendrier pour accompagner la mise en œuvre des mesures et des indicateurs de suivi – objectivation des difficultés et diagnostics locaux ;
- Donner des exemples d'organisations ou d'outils opérationnels permettant la réduction effective des temps d'attente des SP et des AP aux urgences – propositions d'actions d'amélioration.

* * * * *

La Direction générale de la sécurité civile et de la gestion de crise (bureau de l'organisation et des missions des services d'incendie et de secours, dgscgc-bomsis@interieur.gouv.fr) et la Direction générale de l'offre de soins (bureau de la médecine d'urgence et des soins non programmés, DGOS-AS3@sante.gouv.fr) se tiennent à votre disposition pour toute information complémentaire, ainsi que pour recueillir vos retours terrain.

¹ Ce guide ne concerne que les ambulanciers privés effectuant un transport sanitaire urgent à la demande du SAMU.

Liste des acronymes utilisés dans le guide

AP	Ambulanciers privés
ARS	Agences régionales de santé
ATSU	Association la plus représentative des transports sanitaires urgents
BP	Bonnes pratiques
CODAMUPS-TS	Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires
CODIS	Centre opérationnel départemental d'incendie et de secours
ES	Établissement de santé
IOA	Infirmier organisateur de l'accueil
MMG	Maison médicale de garde
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAS	Service d'accès aux soins
SIS	Services d'incendie et de secours
SMUR	Structure mobile d'urgence et de réanimation
SP	Sapeurs-pompiers
SU	Structures des urgences
TS	Transport sanitaire
VSAV	Véhicules de secours et d'assistance aux victimes

Guide de bonnes pratiques

Ce guide vise à proposer des mesures pour réduire les délais d'attente des sapeurs-pompiers et des ambulanciers privés aux urgences afin de limiter les temps d'immobilisation des véhicules de secours et d'assistance aux victimes (VSAV), des ambulances privées et de leur équipage dans les établissements de santé, sans préjudice de la prise en compte première de l'état des patients/victimes.

1. Objectivation des difficultés

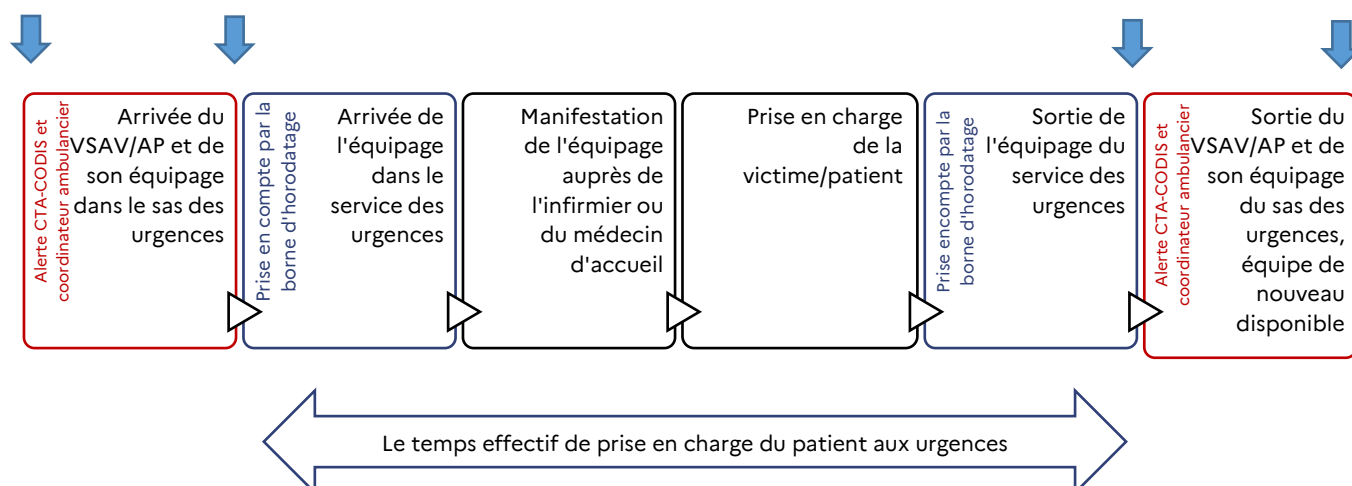
L'ensemble des acteurs du secours d'urgence aux personnes et de la médecine d'urgence doivent être associés pour l'établissement d'un diagnostic initial objectivant les difficultés rencontrées : ES sièges de SU, SIS, entreprises de TS et service d'aide médicale urgente- service d'accès aux soins (SAMU-SAS).

Par-delà l'alerte concernant des sites pour lesquels le SIS et les entreprises de TS se trouvent en difficulté du fait de l'immobilisation de leurs ressources aux urgences, il est nécessaire de mesurer les délais d'attente en fonction du degré de gravité des patients/victimes, et la fréquence de ces difficultés, afin de pouvoir partager le constat entre acteurs et suivre l'évolution de la situation au fur et à mesure du déploiement des mesures correctives.

⇒ **Bonne pratique n°1 : établir conjointement les indicateurs propres à objectiver et suivre la situation pour chaque type de vecteur (VSAV ou ambulance privée).**

Pour mesurer le temps de prise en charge des patients/victimes aux urgences, des jalons peuvent être définis, comme dans l'exemple proposé ci-dessous, afin de mesurer le temps écoulé entre l'arrivée de l'équipage de sapeurs-pompiers ou d'ambulanciers aux urgences et la prise en charge effective du patient/victime. Quelques précisions sur la mesure du temps d'attente :

- Quand cela est possible, la mesure du temps d'attente sera réalisée pour tous les patients/victimes ;
- Les mesures peuvent être effectuées par radio, terminal de liaison ambulancière, borne d'horodatage installée par l'ES ou par tout autre moyen technique adapté ;
- Les flèches du graphique permettent d'identifier les moments clés pour mesurer l'attente, à savoir :
 - o Arrivée sur le lieu de prise en charge (service d'urgence, maison médicale de garde [MMG], maison de santé pluriprofessionnelle [MSP]...) ;
 - o Transfert de la prise en charge du patient/victime ;
 - o Matériel récupéré ;
 - o Départ du VSAV ou de l'ambulance privée du lieu de prise en charge.



⇒ **Bonne pratique n°2** : suivre régulièrement lors de réunions spécifiques entre les différents acteurs (représentants des services d'urgence, du service d'aide médicale urgente au sein du service d'accès aux soins [SAMU/SAS], de la structure mobile d'urgence et de réanimation [SMUR], du service d'incendie et de secours [SIS], entreprises de transport sanitaire [TS]...), les indicateurs mis en place. En cas de difficultés, le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS) pourra être saisi.

2. Identification des causes de difficultés et propositions d'actions d'amélioration

2.1. La situation constatée peut avoir plusieurs origines, parfois cumulatives, qu'il convient d'identifier afin de pouvoir définir les actions correctives appropriées

Des points de difficulté d'ordres différents ont été identifiés, pouvant être réglés à des niveaux et des temporalités propres à chacun des cas. La liste ci-après n'est ainsi pas exhaustive, mais fait état des principaux éléments repérés :

- Pics d'activité pour l'un des acteurs ou pour les deux :
 - o Pic d'activité pendant la journée (ex. : début de soirée) ;
 - o Pic d'activité saisonnier, lié à un afflux de population (ex. : zones touristiques) ou à une activité saisonnière (ex. : canicule, épidémie de grippe).
- Architecture inadaptée ou sous-dimensionnée du service d'urgence ;
- Engorgement, organisation interne du service d'urgence ou sous-dimensionnement de la fonction d'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) ;
- Digitalisation de l'admission des patients pas ou peu développée (bilan clinique par tablette)
- Saturation chronique du service liée aux difficultés d'aval des urgences.

D'autres facteurs peuvent accroître la pression opérationnelle sur ces services (la démographie médicale et paramédicale, la disponibilité des sapeurs-pompiers volontaires, un pic d'activité au sein de la régulation médicale du SAMU/SAS, la disponibilité des vecteurs VSAV et de garde ambulancière, etc.).

⇒ **Bonne pratique n°3** : sur la base d'un diagnostic partagé, établir un plan d'actions avec des objectifs de réduction des délais d'attente et un calendrier de mise en œuvre partagé avec tous les acteurs concernés.

2.2. Propositions d'actions d'amélioration

Les actions correctrices peuvent être définies en fonction des axes à améliorer identifiés grâce à l'état des lieux conjoint et en tenant compte du volume d'activité de la SU ou de l'antenne de médecine d'urgence. Plusieurs catégories d'actions d'amélioration peuvent être distinguées :

- Actions structurelles : il s'agit de traiter les causes profondes des difficultés. Par exemple : modifications architecturales pour permettre une adaptation des locaux au volume d'activité, renfort en équipements, notamment roulants, etc. ;

- Actions organisationnelles : de nombreuses solutions ont été mises en place sur le terrain et ont démontré leur efficacité pour réduire le temps d'attente des VSAV et des ambulances privées, en voici une liste non exhaustive :
 - Respect du cadre conventionnel local SAMU-SIS sur les engagements opérationnels ;
 - Rappel du principe de régulation médicale du SAMU-SAS systématique pour toute orientation, avant de quitter les lieux d'intervention ;
 - Mise en place d'un accès dédié (guichet d'accueil et IOA) pour les patients couchés dans les urgences à forte activité, éventuellement renforcé par un médecin d'accueil et d'orientation (MAO) en cas de saturation ;
 - Mise en place de procédures d'admissions directes de patients, sans passer par les urgences ;
 - Etude des flux d'activité de la SU ou de l'antenne de médecine d'urgence afin de pouvoir mobiliser des ressources RH adaptées aux pics d'activités préalablement identifiés (ex. : ajout d'un IOA supplémentaire détaché temporairement d'une zone de soins) ;
 - Mise en place de caméras pour surveiller le flux de patients couchés amenés par les VSAV et les ambulances et possibilité de renforcement ponctuel de l'accueil du service d'urgence : IOA, agent administratif, brancardier, etc. ;
 - Identification, quand cela est possible, de lieux de dépose de proximité autres que les urgences (MMG, MSP) y compris pour les pratiques de jonction entre SIS et entreprises de TS ;
 - Mise en place de procédures raccourcies d'enregistrement administratif patients/victimes, avec éventuellement des guichets « *fast-track* » dédiés ;
 - Amélioration de la fluidité des transmissions : transmission du bilan secouriste ou ambulancier par le SAMU/SAS en amont de l'arrivée aux urgences et, sur place, télétransmission par l'équipage SP ou ambulancier à l'IOA par exemple grâce à l'usage de tablettes numériques ;
 - Présence d'un représentant des sapeurs-pompiers et d'un représentant des ambulanciers privés aux réunions tensions organisées par la direction départementale de l'ARS avec les ES du territoire et le SAMU/SAS afin de partager l'état des lieux et les solutions ;
 - Information sans délai du SIS et de l'association la plus représentative des transports sanitaires urgents (ATSU) lors de la fermeture d'une structure des urgences.

En cas de crise, plusieurs dispositifs temporaires et exceptionnels peuvent être prévus :

- Désignation d'un équipage pour « surveiller » les patients/victimes des autres véhicules en attente de renfort du personnel hospitalier ;
- Affectation d'un médecin sur protocole pour réaliser un triage des patients couchés en amont de l'IOA.

L'orientation du patient/victime et l'organisation de son accueil relève de la régulation médicale exercée au sein des SAMU/SAS. Une fois la décision médicale d'orientation prise, l'adressage du bilan dématérialisé à l'accueil des urgences doit être réalisé. Le retour d'expérience du développement des bilans numériques par plusieurs SIS et entreprises de TS met en avant les améliorations suivantes :

- Le service d'urgence peut anticiper l'arrivée des VSAV et des ambulances privées en visualisant en amont l'état de gravité de la victime (disponibilité des brancards, gestion des priorités) ;
- Après régulation médicale, le SAMU/SAS supervise en direct le nombre de VSAV et d'ambulances privées dans un même service d'urgence ;
- Une convention entre le SIS, l'ATSU et l'ES permet de pérenniser les mesures.

Par ailleurs, des mécanismes d'alerte impliquant le SAS et/ou l'équipe d'encadrement de la SU ou de l'antenne de médecine d'urgence peuvent être instaurés.

Exemple d'actions graduées pouvant être mises en place

Niveau de saturation	Critère de saturation	Actions
Vert	Accueil fluide des différents vecteurs (VSAV et AP)	Information en amont des SU par le CRRRA en cas d'orientation de 3 vecteurs ou plus en moins de 30 minutes dans le même service d'urgence
Jaune	Dès lors que 2 vecteurs sont en attente depuis 30 minutes ²	- Remontée d'information vers l'IOA et le MAO par le chef d'agrès ou par l'ambulancier - Remontée d'information vers le centre opérationnel départemental d'incendie et de secours (CODIS), la coordination ambulancière et le SAMU/SAS pour rechercher une solution commune - Anticipation de la dégradation à venir de la situation si l'activité de régulation est forte
Orange	5 vecteurs sont en attente depuis 30 minutes ³ ou 2 vecteurs depuis 60 minutes sans amélioration	- Remontée d'information vers le CODIS, la coordination ambulancière et le SAMU/SAS - Alerte de l'encadrement du service d'urgence et/ou de l'administrateur de garde - Temporisation des adressages par le SAMU/SAS de VSAV et d'ambulances privées jusqu'à amélioration
Rouge	8 vecteurs sont en attente depuis 30 minutes ⁴ ou 3 vecteurs depuis 60 minutes sans amélioration	- Remontée d'information vers le CODIS, la coordination ambulancière et le SAMU/SAS - Désignation d'un VSAV pour « surveiller » les victimes des autres VSAV en attente de renfort du personnel hospitalier - Engagement d'un échelon de commandement pour coordonner les VSAV en attente

Points d'attention : il convient de définir le déclencheur qui permet d'activer l'organisation renforcée. Ces critères sont donnés à titre indicatif et peuvent être adaptés localement. Le temps maximum d'attente cible doit être défini entre les acteurs locaux, sans qu'il puisse être supérieur à 30 minutes

⇒ **Bonne pratique n°4 : définir conjointement des actions concrètes, pour lesquelles un acteur est identifié comme responsable, assorties d'objectifs quantifiés et d'un calendrier.**

3. Suivi conjoint à mettre en place

Un suivi est mis en œuvre par le groupe restreint composé de professionnels du SAMU-SAS, des urgences, des SIS, des entreprises de TS, des ES concernés. En cas de désaccord ou d'absence de résultat, le CODAMUPS-TS sera chargé d'accompagner les professionnels vers une solution acceptée de tous.

⇒ **Bonne pratique n°5 : suivre conjointement la mise en œuvre de chacune des actions définies dans le plan, établir des bilans partagés tous les 6 mois, sur la base des résultats constatés grâce aux indicateurs.**

² Le temps maximum d'attente cible doit être défini entre les acteurs au niveau local, sans qu'il soit supérieur à 30 minutes.

³ *Idem*

⁴ *Idem*



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

contacts : DGOS-AS3@sante.gouv.fr
dgscgc-bomsis@interieur.gouv.fr