

**MINISTERE DE L'INTERIEUR
ET DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE**

**INSPECTION GENERALE
DE L'ADMINISTRATION
06-079-01**

**MINISTERE DE L'EMPLOI, DU
TRAVAIL
ET DE LA COHESION SOCIALE**

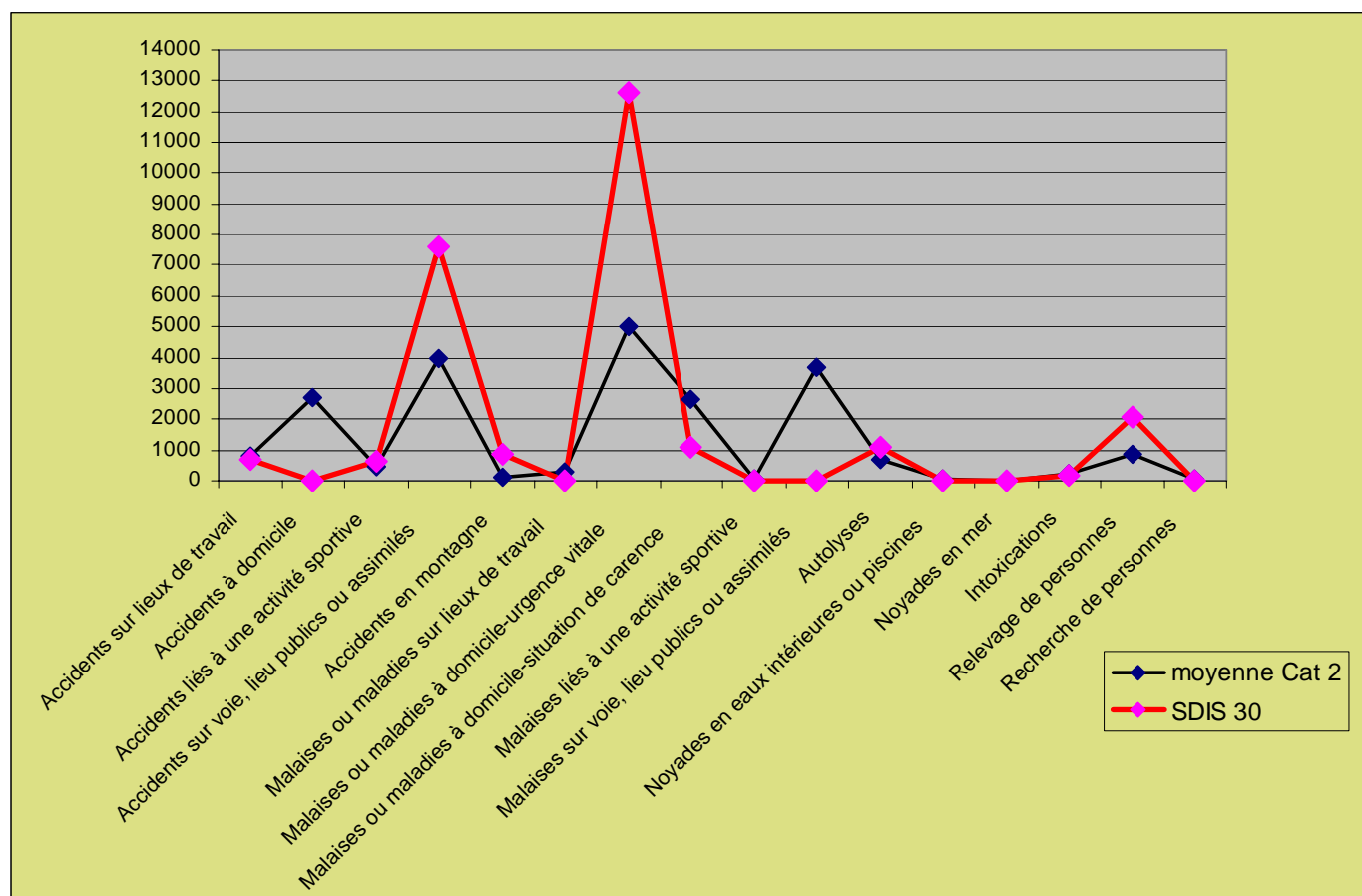
**INSPECTION GENERALE
DES AFFAIRES SOCIALES
RM 2006-179A**

**INSPECTION DE LA DEFENSE
ET DE LA SECURITE CIVILE**

**RAPPORT DE LA MISSION INTER-INSPECTIONS
D'EVALUATION DES DISPOSITIFS DE SECOURS A PERSONNE ET
D'AIDE MEDICALE URGENTE
DANS LE GARD**

- Novembre 2006 -

Comparatif des interventions du SDIS 30 dans le cadre du secours à personne.



A l'instar du tableau précédent, ce graphique présente les différences majeures entre le SDIS 30 et les SDIS de la 2^{ème} catégorie, pour ce qui concerne les interventions relatives au secours à personne.

**MINISTERE DE L'INTERIEUR
ET DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE**

**INSPECTION GENERALE
DE L'ADMINISTRATION
06-079-01**

**MINISTERE DE L'EMPLOI, DU
TRAVAIL
ET DE LA COHESION SOCIALE**

**INSPECTION GENERALE
DES AFFAIRES SOCIALES
RM 2006-179A**

**INSPECTION DE LA DEFENSE
ET DE LA SECURITE CIVILE**

**RAPPORT DE LA MISSION INTER-INSPECTIONS
D'EVALUATION DES DISPOSITIFS DE SECOURS A PERSONNE ET
D'AIDE MEDICALE URGENTE
DANS LE GARD**

Présenté par

**Clotilde VALTER,
Inspectrice Générale de l'Administration**

**François CHIEZE,
Inspecteur général des Affaires Sociales**

**Michel MORIN,
Membre de l'Inspection de la Défense et de la Sécurité Civile**

ANNEXE 7 :
COMPARATIF DES INTERVENTIONS DU SDIS 30
DANS LE CADRE DU SECOURS A PERSONNE

S O M M A I R E

1)	LA SITUATION QUI PREVAUT DANS LE GARD EST PREJUDICIABLE A L'INTERET GENERAL CAR LA QUALITE DU SERVICE RENDU A L'USAGER N'EST PAS BONNE.....	4
A)	DES MOYENS MIS EN OEUVRE PAR LA COLLECTIVITE SURDIMENSIONNES PAR RAPPORT AUX BESOINS.....	4
B)	MALGRE L'ABONDANCE DE MOYENS, LA QUALITE DU SERVICE A L'USAGER EST PERFECTIBLE.....	7
C)	LA SITUATION DONNE LE SENTIMENT QUE NOUS NE SOMMES PAS A L'ABRI D'UNE CRISE GRAVE OU D'UN PROBLEME MAJEUR	9
D)	LE SDIS PREND EN CHARGE UNE SERIE DE PRESTATIONS QUI N'ONT RIEN A VOIR AVEC SES MISSIONS ET QUI RELEVANT PLUTOT DU SERVICE A LA POPULATION	12
2)	APPLIQUER LES TEXTES ET METTRE EN OEUVRE LE PRINCIPE DE COHERENCE TERRITORIALE	13
A)	RESPECTER LES TEXTES.....	13
B)	METTRE EN PLACE UNE REGULATION UNIQUE	14
C)	OUVRIR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE	15
D)	AMELIORER LE FONCTIONNEMENT DU 15	16
E)	AMELIORER LA GESTION DES MOYENS PUBLICS	18
3)	MODUS OPERANDI ET DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT	19
A)	UNE LETTRE CONJOINTE PREFET/ PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL	19
B)	LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL DOIT PRENDRE LA RESPONSABILITE DU SDIS.....	19
C)	MISSION DE CONTROLE	20
	ANNEXES.....	23
	Annexe 1 : Lettre de mission	25
	Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées.....	28
	Annexe 3 : Circulaire du 29 mars 2004	30
	Annexe 4 : Convention tripartite signée dans le Gard le 17 décembre 2004	31
	Annexe 5 : Lettre adressée par la DDSC et la DHOS au Préfet du Gard le 11 juillet 2005.....	57
	Annexe 6 : Les interventions du SDIS 30 en 2005 comparées aux départements de la deuxième catégorie comparatif des interventions du SDIS 30 dans le cadre du secours à personne	60
	Annexe 7 : Comparatif des interventions du SDIS 30 dans le cadre du secours à personne	63

Fausses alertes	85	1704	470	5	-94%
Faits d'animaux	2430	48599	7057	889	-63%
Dégagements de voie publique	168	3352	818	259	54%
Nettoyages de voie publique	158	3151	1004	20	-87%
Déposes d'objets	95	1895	613	0	-100%
Eboulements	42	847	386	14	-67%
Pollutions - contaminations	49	986	126	42	-14%
Engins explosifs	5	99	33	0	-100%
Piquets de sécurité-surveillance	120	2397	495	208	73%
Autres opérations diverses	1576	31529	8273	53	-97%
Total opérations diverses (hors protection des biens)	4728	94559	10738	1490	-68%
Total Opération diverses	6857	137130	12553	3585	-48%
Interventions	36256	725123	56078	41201	14%

Les interventions effectuées par les SDIS sont classées en quatre grandes familles. Il s'agit de l'incendie, du secours à personne, des accidents de circulation et des opérations diverses. Chacune de ces familles étant subdivisées en types d'intervention ; ce qui apparaît sur le tableau ci-dessus.

Cette classification des interventions est commune à l'ensemble des SDIS qui saisissent ces informations sur la base de données commune « infosdis » ; base exploitée par la DDSC.

Par ailleurs, les SDIS sont classés selon leur importance en 5 catégories.(les plus importants sont en 1^{ère} catégorie et les plus petits en 5^{ème}). Ce classement s'effectue selon des critères définis par la DDSC.

Le GARD est classé en 2^{ème} catégorie.

Le tableau ci-dessus présente une étude comparative des interventions du GARD et de celles de la moyenne des 20 SDIS classés dans la même catégorie.

Il apparaît des différences significatives dans le domaine du secours à personne. En effet le SDIS du GARD dépasse la moyenne des SDIS de sa catégorie de **153%** dans la rubrique « malaise ou maladie à domicile – urgence vitale », de **145%** dans « le relevage de personne » et de **91%** pour « les accidents sur voie publique ou assimilés ».

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que le SDIS 30 considère ces deux types d'intervention comme du **prompt secours** et donc par l'envoi de ses moyens de secours, en omettant la régulation médicale pour ce qui n'est pas du « relevage de personnes ».

L'inspection générale de l'administration, l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection de la défense et de la sécurité civiles ont été saisies par lettre conjointe des ministres de l'intérieur et des affaires sociales du 7 juin 2006 (cf. annexe 1), suite à la demande exprimée par le Préfet du Gard, d'une « mission d'évaluation du fonctionnement des dispositifs de secours à personne et d'aide médicale urgente notamment au regard des dispositifs les organisant. »

En effet, la situation créée dans ce département au regard des secours d'urgence apparaît comme bloquée. Bloquée depuis longtemps par des problèmes de personnes à différents niveaux. Bloquée aussi par l'absence à un moment ou un autre, d'une autorité qui exige que l'on en sorte et que l'on applique la législation, la réglementation et les principes d'organisation en vigueur.

Dans le même temps, après plusieurs déplacements sur place, la mission ne peut que constater que la situation est telle que l'on peut vraiment se demander si les acteurs veulent vraiment en sortir : chacun s'arc-boute pour maintenir son pré carré et ses acquis, les premiers affirmant que l'on n'en sortira pas et les seconds qu'il n'est pas question d'être les supplétifs de qui que ce soit...

Ainsi, tout le monde s'accommode du maintien de la situation en l'état : le Conseil Général du Gard qui attribue les moyens tels que réclamés par le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) - et surtout par le Service de Santé et de Secours Médical (SSSM) - aussi bien que l'Etat qui, au niveau de l'administration centrale, laisse faire car trouve auprès du SDIS du Gard des moyens civils qui peuvent être projetés en cas de crise sur le terrain international.

La problématique rencontrée renvoie aussi à un dispositif, celui de la départementalisation des SDIS, qui allie une double autorité celle de l'Etat et celle du Conseil Général, qui n'est pas bonne et qui nuit à l'efficacité globale de l'ensemble. Comme on le constate dans le Gard, comme dans d'autres départements d'ailleurs en cas de difficulté, ni l'un ni l'autre ne sont en situation de trancher et de débloquent la situation.

Dans ce contexte, l'approche volontairement choisie par la mission est la suivante :

- volonté d'être efficace, c'est-à-dire de produire un rapport qui aboutisse et soit mis en oeuvre c'est-à-dire permettre de sortir de la situation actuelle qui n'a que trop duré ;
- volonté de se placer du point de vue de l'intérêt général et de la qualité du service rendu à l'usager pour dépasser les questions de personnes qui n'ont que trop pollué le débat local voire national.

Les interventions du SDIS 30 en 2005 comparées aux départements de la 2ème catégorie

Type d'interventions	Moyenne Cat 2	Total interventions Cat 2	Maximum Par départ	Le Gard	Taux Gard / moyenne
Feux d'habitations	1655	33091	14501	661	-60%
Feux d'ERP avec locaux à sommeil	17	334	103	12	-29%
Feux d'ERP sans locaux à sommeil	55	1090	168	73	33%
Feux de locaux industriels & entrepôts	64	1282	172	46	-28%
Feux de locaux artisanaux	13	263	79	0	-100%
Feux de locaux agricoles	50	1009	196	14	-72%
Feux sur voie publique	613	12268	1957	1003	64%
Feux de Véhicules	731	14624	1864	1161	59%
Feux de Végétations	730	14598	3035	3035	316%
Autres feux	576	11513	1600	695	21%
Total Incendies	4504	90072	16900	6700	49%
Accidents sur lieux de travail	831	16619	2224	709	-15%
Accidents à domicile	2688	53751	15162	12	-100%
Accidents liés à une activité sportive	456	9111	1217	623	37%
Accidents sur voie, lieu publics ou assimilés	3970	79399	9459	7582	91%
Accidents en montagne	115	2293	840	840	630%
Malaises ou maladies sur lieu de travail	263	5266	2050	0	-100%
Malaises ou maladies à domicile -urgence vitale	4986	99710	12614	12614	153%
Malaises ou maladies à dom -situation de carence	2639	52777	8683	1119	-58%
Malaises liés à une activité sportive	39	777	597	0	-100%
Malaises sur voie, lieu publics ou assimilés	3696	73913	10097	0	-100%
Autolyses	673	13467	2435	1086	61%
Noyades en eaux intérieures ou piscines	32	645	122	13	-59%
Noyades en mer	12	233	95	0	-100%
Intoxications	244	4881	983	165	-32%
Total Secours à victimes	20642	412842	34084	24763	20%
Relevage de personnes	838	16761	2056	2056	145%
Recherche de personnes	60	1205	789	17	-72%
Total Aides à personnes	898	17966	2073	2073	131%
Total Secours à victimes -aides à personnes	21540	430808	34201	26836	25%
Accidents routiers	3342	66836	4577	4070	22%
Accidents de navigation	7	134	53	4	-43%
Accidents ferroviaires	5	97	16	3	-40%
Accidents aériens	2	46	7	3	50%
Total accidents de circulation	3356	67113	4630	4080	22%
Fuites - odeurs de gaz	254	5081	514	145	-43%
Autres odeurs que le gaz	202	4037	484	276	37%
Faits dus à l'électricité	31	626	140	6	-81%
Fuites d'eau	534	10688	1493	101	-81%
Inondations	443	8861	1367	129	-71%
Ouvertures de portes	595	11907	1593	1324	123%
Recherches récupération d'objets	67	1342	527	114	70%
Bruits suspects	1	29	25	0	-100%
Total protection des biens	2129	42571	4084	2095	-2%

1) LA SITUATION QUI PREVAUT DANS LE GARD EST PREJUDICIABLE A L'INTERET GENERAL CAR LA QUALITE DU SERVICE RENDU A L'USAGER N'EST PAS BONNE

Si l'on se place du point de vue de l'intérêt général, le seul qui vaille dans la mesure où il s'agit d'une mission de service public qui incombe conjointement à diverses collectivités, il faut bien constater que la situation n'est pas satisfaisante dans le Gard. Surdimensionnés par rapport aux besoins, les moyens ne permettent pas de garantir aux citoyens la qualité de service qu'ils sont en droit d'attendre en matière d'urgence et de secours à la personne.

A) DES MOYENS MIS EN OEUVRE PAR LA COLLECTIVITE SURDIMENSIONNES PAR RAPPORT AUX BESOINS

- Le SDIS dispose dans le Gard de moyens supérieurs à ceux dont sont dotés les départements de taille comparable. En effet, il dispose d'un budget primitif 2006 de 92 millions d'euros, alors que la moyenne des départements de la même strate avoisine les 60 M€ Le service de santé doté de 8 médecins de sapeurs-pompiers professionnels (en équivalent temps plein), de 25 urgentistes, de 8 infirmiers et de deux pharmaciens n'a pas de concurrent dans les autres départements. De plus, les 30 véhicules radio-médicalisés (VRM) constituent également une flotte imposante, inégalée sur l'ensemble du territoire.

Certes, le niveau des moyens consentis s'explique par des raisons historiques. Pour autant il convient de les rapprocher de l'activité. Or, les données relatives à l'activité du SSSM varient selon les interlocuteurs, ainsi que l'a déjà souligné un récent rapport sur la situation des services d'incendie et de secours du Gard présenté par l'Inspection de la défense et de la sécurité civiles¹.

Ainsi, si le total des événements émanant du SDIS concernant au sens large le secours à victimes, les aides à personnes et les accidents de la circulation, est proche de 30 000 (29 728) pour l'année 2004, la somme des actions engagées réparties par type d'activité pour la même année et pour les mêmes actes aboutit à un total de 46 608 actes ! Les rapporteurs, faute de pouvoir expliquer la non concordance des tableaux fournis par le SDIS, soulignent la difficulté d'en exploiter, de manière utile, les données.

Dans ce contexte, il est donc difficile de rapprocher les coûts de l'activité du SSSM du Gard comme on peut le faire pour d'autres départements.

- Le SAMU et les SMUR ont fait depuis plusieurs années, avec le concours de l'Agence Régionale d'Hospitalisation, un effort considérable pour se mettre à niveau. Il convient de noter que le DDASS, dans une note établie pour la mission en août 2006, estime que « en 2002, les SMUR étaient sous-équipés et ne couvraient que difficilement des secteurs d'intervention restreints, toute une partie du territoire étant de fait laissée aux médecins des sapeurs pompiers ou aux généralistes ». On peut ainsi mesurer le chemin parcouru !

¹ Rapport IDSC, M. GREFF, M.MORIN février 2006

ANNEXE 6 :
LES INTERVENTIONS DU SDIS 30 EN 2005 COMPAREES
AUX DEPARTEMENTS DE LA DEUXIEME CATEGORIE

Le **CHU de Nîmes** ² dispose en effectifs personnel médical (PM) et personnel non médical (PNM), au moment où ce rapport est rédigé, pour l'activité d'aide médicale d'urgence de :

*** pour l'Unité fonctionnelle SAMU / régulation :**

- 4,5 équivalents temps plein (ETP) en temps de praticien hospitalier (PH) soit un effectif disponible de 5 PH ;
- 28 ETP de PNM dont 24 permanenciers et 3 administratifs, tous attribués, correspondant à un effectif de 28 personnes.

A titre d'exemple, les effectifs du SAMU de la Seine-Saint-Denis pour une population de près d'un million et demi d'habitants se situent à un niveau de 10,73 ETP en personnel médical (dont 2 PH plein temps, 6 PH à temps partiel et 5,73 de temps de praticiens contractuels et attachés). En personnel, les permanenciers représentent 26 ETP, associés à 8 permanenciers privés³. On peut constater que les effectifs sont loin d'être négligeables au SAMU de Nîmes. Le chapitre consacré à la régulation devrait permettre d'aller au-delà dans l'analyse du dispositif gardois de l'aide médicale d'urgence.

*** pour l'Unité fonctionnelle SMUR :**

- 13,7 ETP de temps de PH soit un effectif disponible de 14 PH ;
- 36,8 ETP de PNM dont 14,8 temps d'infirmier (plus un cadre de santé plein temps) et 18 ETP de conducteurs ambulancier correspondant, avec le personnel ASH et Aide Soignant, à un effectif de 37 personnes.

De 2002 à 2006, le nombre de praticiens hospitaliers temps plein a doublé, passant de 9 à 18 (au moins en ETP) sans compter les temps des vacations affectés à d'autres médecins. L'effectif infirmier est stable et celui des conducteurs ambulanciers augmente, passant de 16 à 18.

Toujours à titre de comparaison, le SMUR de l'Hôpital Avicenne en Seine-Saint-Denis a un effectif en PM de 22,80 ETP (dont 6,20 pour la pédiatrie) et de 40 ETP en PNM⁴. Il existe plusieurs SMUR en Seine-Saint-Denis, le plus important en volume d'activité étant celui d'Avicenne, la remarque précédente portant sur le dimensionnement du SAMU du Gard est tout aussi valable pour le SMUR de Nîmes.

La flotte du SMUR de Nîmes est composée de 4 ambulances médicalisées (Unités Mobiles Hospitalières - UMH), réparties comme suit :

- une ambulance destinée au transport primaire ;
- une ambulance destinée au transport secondaire ;
- une ambulance à vocation pédiatrique ;
- une ambulance destinée au transport septique,

² S'ajoutent à ce tableau des emplois 7,7 ETP en vacations médicales ainsi que la possibilité de solliciter en renfort du personnel PM et PNM présents dans la troisième unité fonctionnelle, celle des urgences.

³ Données tableau des emplois au 1^{er} janvier 2005, SAMU 93.

⁴ Données 2005

- La régulation de l'aide médicale urgente s'articule avec la nécessité pour les services d'incendie et de secours d'intervenir d'initiative dans tout lieu ouvert au public, à commencer par la voie publique, ou en situation de prompt secours. En effet, ces demandes d'intervention présentent par leur nature un risque d'aggravation ou de pauvreté des informations transmises, et justifient compte tenu de la rapidité requise dans ces circonstances, un envoi immédiat des moyens secouristes des SDIS.
- Lorsque le service départemental d'incendie et de secours intervient dans ce cadre, sans régulation préalable du SAMU, l'information doit être immédiatement transmise au centre 15 et, chaque fois que c'est possible, le CTA se met en relation directe avec le SAMU.
- Il convient de rappeler que dans le cadre de leur participation à l'aide médicale urgente, les ambulanciers privés sont chargés d'assurer la prise en charge et le transports des patients, à la demande du médecin régulateur. Il sont donc chargés d'apporter dans les meilleurs délais une réponse adaptée aux demandes de transports urgents (et non « d'aide médicale urgente de la population »).
- Les interventions médicalisées réalisées par le service de santé et de secours médical dans le cadre du soutien sanitaire aux sapeurs-pompiers en opération ne relèvent pas du centre 15, conformément à l'article R. 1424-24 du code général des collectivités territoriales et ainsi que le rappelle la convention tripartite.

Ces grandes orientations ne peuvent s'appliquer qu'au plus près des réalités du terrain et des situations locales très diverses. A ce titre, vous attacherez une attention particulière à l'évaluation de la convention, comme le prévoit son chapitre 3, afin d'en permettre si nécessaire une adaptation plus fine et de meilleure efficacité.

Pour le Ministre d'Etat et par délégation,
Le directeur de la défense et de la sécurité
civiles, haut-fonctionnaire de défense



Christian de LAVERNEE

Pour le Ministre et par délégation,
Le directeur de l'hospitalisation et de
l'organisation des soins



Le Chef de Service
Adjoint au Directeur de l'Hospitalisation
et de l'Organisation des Soins

Luc ALLAIRE

- deux véhicules légers.
- un hélicoptère sanitaire⁵ affecté au SMUR de Nîmes à l'année.

Le SMUR d'ALES en Cévennes a vu ses effectifs augmenter, notamment en nombre de praticiens hospitaliers (de 2 à 6), ainsi qu'en ETP/médecins et praticiens contractuels (plus 3,5 en ETP), et le SMUR de Bagnols-sur-Cèze, pour une population près de trois fois moins nombreuse qu'ALES, dispose de 2 ETP de praticien ou assistant hospitalier 24 et de 6,15 ETP infirmiers.

Ces moyens en personnels permettent le fonctionnement de 3 UMH armées permanentes dans le Gard en plus de celles existantes sur Nîmes.

L'activité du SAMU 30 et des SMUR du GARD pour 2005 est la suivante :

- nombre d'appels reçus	310 385
- nombre d'affaires traitées	143 909
- nombre de sorties SMUR/Nîmes	4 416
dont primaires	1 274
dont hélicportées	152
dont secondaires	3 142
dont hélicportées	275
- nombre de sorties SMUR/Alès	1 224
- nombre de sorties SMUR/Bagnols	643

Il s'agit d'une activité soutenue, et si l'on se réfère sur celle du SAMU de Seine-Saint-Denis comme précédemment pour les effectifs, on notera que si le nombre d'appels reçus représente le double, ce qui est logique du fait des différences de populations en nombre des deux départements, le poids des dossiers traités est du même ordre, avec 140 836 affaires traitées au SAMU 93 et 143 909 au SAMU 30. Le ratio sortie SMUR Nîmes / SMUR Avicenne est là aussi comparable, 4 416 versus 6083.

Enfin, l'organisation interdépartementale du schéma régional des SMUR inclut le renfort pour l'Ouest et le Sud-Ouest du Gard d'une antenne du SMUR de Lunel dans l'Hérault (Est) depuis juillet 2004 et prochainement de Ganges (Nord-Est de l'Hérault). Le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA) de Nîmes peut de surcroît faire appel aux SMUR limitrophes comme, à titre d'exemple, Avignon pour le secteur de Villeneuve-lès-Avignon ou Arles pour le secteur de Fourques.

L'ensemble de ces données doit être confronté à la réalité géographique et démographique du département (voir paragraphe suivant). Il n'en demeure pas moins qu'on assiste à une inflation de moyens humains engagés, ce qui ne pose pas de problème au regard de la réglementation en vigueur pour l'organisation du SAMU et des SMUR, mais qui mérite d'être analysé au-delà des aspects historiques pour celle du SSSM du SDIS du Gard.

⁵ Des moyens ont été affectés par l'ARH pour louer un hélicoptère ayant l'agrément sanitaire. Le SDIS loue pendant les quatre mois par an de juin à septembre un hélicoptère qui n'a pas d'agrément sanitaire.

Ministère de l'intérieur
et de l'aménagement du territoire
Direction de la défense et de la sécurité civiles.

REPUBLIQUE FRANCAISE

Paris, le

Ministère de la santé et des solidarités
Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Le ministre d'Etat,
ministre de l'intérieur
et de l'aménagement du territoire,

Le ministre de la santé et des solidarités

à

Monsieur le Préfet du Gard

Objet : Mise en œuvre de la circulaire NOR/INT/E/0400038/C du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente.

L'efficacité de l'organisation de la prise en charge des urgences relève, notamment, de l'application cohérente et concertée de la circulaire du 29 mars 2004 qui prévoit les modalités d'une collaboration effective et renforcée entre les services d'aide médicale urgente (SAMU), les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et les ambulanciers privés sur la base de conventions départementales tripartites.

Afin de remédier aux difficultés sur lesquelles vous avez attiré notre attention, je vous demande de veiller particulièrement à ce que la convention tripartite de votre département réponde aux principes définis dans la circulaire du 29 mars 2004, qui n'est pas remise en cause.

La mise en œuvre des orientations de cette circulaire demande qu'une attention particulière soit portée aux points suivants :

- Il convient de privilégier au travers des dispositions de la convention, l'objectif d'assurer à toute victime un secours rapide et adapté. Pour ce faire, la régulation de l'aide médicale d'urgence par le SAMU doit être systématique. Dans cet esprit, la circulaire du 29 mars 2004, rappelle que le médecin régulateur du SAMU, après évaluation de la situation, mobilise l'ensemble des ressources disponibles, les SMUR, les moyens des SDIS et les ambulanciers pour le transport sanitaire, afin d'apporter dans le cadre de l'aide médicale urgente la réponse la plus appropriée à l'état de la victime.

Cette situation d'abondance de moyens résulte pour une grande part du fonctionnement complètement autonome du SSSM au sein du SDIS en termes de fonctionnement et de financement mais aussi et surtout d'un choix politique du département qui consiste à se doter de moyens médicaux lourds.

Il conviendrait au minimum, avant même d'analyser l'opportunité du maintien du niveau des moyens engagés ou même d'un redéploiement, **de mettre à plat ces moyens afin d'envisager une mutualisation de certains d'entre eux au profit d'une organisation rationnelle de l'aide médicale d'urgence dans le Gard.** Cette demande a été présente chez tous nos interlocuteurs, quelle que soit leur origine.

B) MALGRE L'ABONDANCE DE MOYENS, LA QUALITE DU SERVICE A L'USAGER EST PERFECTIBLE

Certains secteurs ne sont pas couverts ou mal couverts (zones « fragiles » ou zones « grises »). En effet, l'hétérogénéité tant géographique que démographique du département et le maillage des infrastructures routières qui en découle expliquent l'existence de zones « fragiles » qui peuvent se définir par leur difficulté d'accès, notamment en zone de montagne, ou par leur relatif éloignement de l'installation d'un médecin et / ou d'un hôpital. On citera des zones de faible densité démographique correspondant globalement à l'ouest du département, limitrophe du nord de l'Hérault, du Tarn, de l'Aveyron, de la Lozère et de l'Ardèche. On y trouve les communes de Le Vigan, de Lanuéjols, Saint Jean du Gard ou St Hippolyte du Fort. Deux autres zones de faible densité de population concernent un croissant géographique incluant Saint Génès de Malgoire, Uzès et Barjac, ainsi que la pointe nord du Gard autour de Génolhac. Ces données géographiques et démographiques sont à pondérer par la densité médicale qui reste relativement plus homogène sur l'ensemble du département, réduisant théoriquement de fait l'amplitude des zones « fragiles », même si l'offre de soins liée au positionnement des établissements publics et privés ne suit pas le même mouvement.

La permanence des soins pose également problème s'agissant du découpage des secteurs et de la couverture effective du territoire, éléments susceptibles d'aggraver la question des urgences dans les zones déficitaires. Un effort de rationalisation a été effectué en concertation avec l'ensemble des acteurs de l'Aide Médicale d'Urgence (AMU) en vue de l'organisation de la permanence des soins dans le département. Le passage d'une sectorisation de la permanence des soins de 50 sites à 30 a permis une meilleure appréhension de la couverture des besoins de la population au regard de la densité médicale. Cette décision, prise par le Préfet après avis notamment du Comité départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS) du 15 novembre 2005 auquel ont participé les représentants du SDIS, n'a été que partiellement consensuelle.

Cette approche répond à la mise en place du volet urgence des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) de troisième génération concernant la période 2003-2008. L'Art L 6121-1 du code de la santé publique précise que *« le schéma d'organisation sanitaire est arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution compte tenu des données démographiques et épidémiologiques (...) et après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante »*. L'organisation du SAMU et des SMUR répond à ces critères. Il n'en est pas de même pour le SDIS, et à fortiori

ANNEXE 5 :
LETTRE ADRESSEE PAR LA DDSC ET LA DHOS
AU PREFET DU GARD LE 11 JUILLET 2005

le SSSM, dont l'implantation territoriale suit les dispositions du Schéma Départemental d'Analyse et de Couverture des Risques (SDACR).

Comme le mentionne un récent rapport IGA/IGAS, les approches SDIS et SMUR répondent à des outils de planification qui n'obéissent pas à la même logique, ce qui induit une répartition des personnels qui n'est pas forcément cohérente.

Plus préoccupante est l'absence de données disponibles du SDIS/ SSSM quant aux courbes isochrones (ou tout autre méthode plus sophistiquées comme les aires de Reilly ou les polygones de Thiessen) alors même que le médecin chef du SSSM insiste sur le fait que « tout déplacement se compte en temps et non pas en kilomètres ». L'argument est pertinent. Il a d'ailleurs été utilisé par l'ARH Languedoc-Roussillon en préambule au Schéma Régional d'Organisation des SMUR 2003-2006.

Cette approche a permis de définir les zones qui devaient relever d'un effort particulier. Trois situations ont permis de cerner les secteurs où les délais d'intervention étaient inférieurs à 20 minutes (situation idéale), à plus de 40 minutes (situation préoccupante appelant la mise en œuvre de solutions palliatives), et les zones intermédiaires entre 20 et 40 minutes (cf supra).

Pour les seuls résidents (hors période touristique) : 77% de la population se trouve à moins de 20 minutes d'une base SMUR, 3,6% se situe à plus de 40 minutes et 19,4 % entre 20 et 40 minutes.

Ce type d'analyse a été - entre autres - à l'origine de la validation de l'ouverture interdépartementale des SMUR de Lunel et de Ganges permettant de « soulager » respectivement les SMUR de Nîmes, d'Arles et de Montpellier d'une part et ceux d'Alès, de Millau, de Montpellier d'autre part, avec un gain d'un facteur 3 d'amélioration de l'aide médicale urgente pour les populations concernées.

L'absence de données d'analyse de ce type émanant du SSSM ne permet pas d'objectiver, du point de vue du SDIS, les besoins en couverture sanitaire des populations des différentes zones, et tout particulièrement celles résidant en « zones fragiles », et de les comparer avec les données de l'ARH, au regard des moyens humains et logistiques du SSSM.

L'ouverture du SMUR Ganges /Le Vigan⁶ est même considérée par le médecin chef du SSSM comme un « casus belli⁷ » impliquant, si cette décision était prise, qu'« *il serait difficile (...pour le SSSM...) de couvrir d'autres zones blanches* »⁸ du fait de l'implantation de médecins des sapeurs pompier dans cette zone.

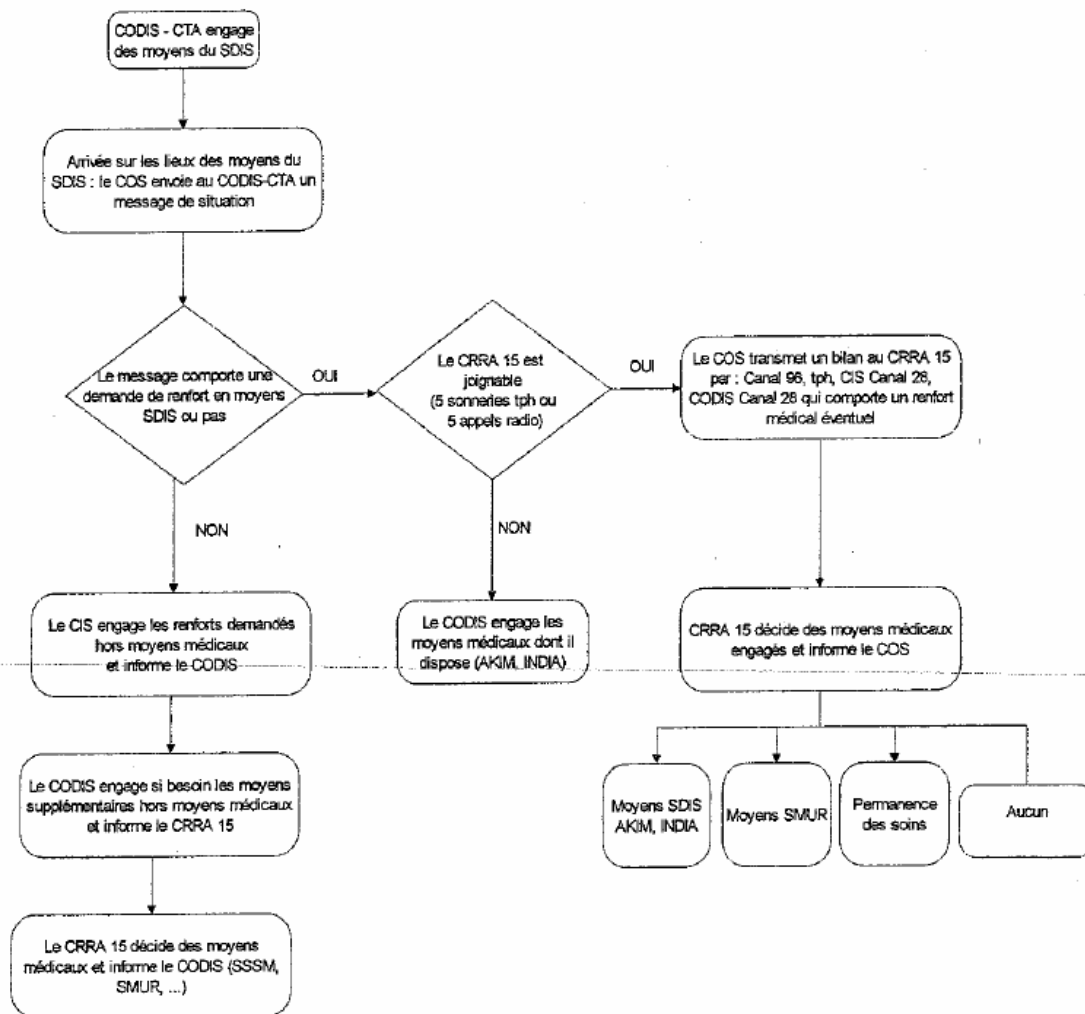
Ceci illustre bien, en dehors du caractère délibérément excessif probablement lié au contexte, que l'absence de données argumentées émanant du SSSM, comparables avec celles de l'ARH selon les mêmes critères, voire avec des durées de courbes isochrones légèrement

⁶ Malgré l'avis du positif du président du CA du SDIS

⁷ Citation

⁸ Citation (Le terme de zone blanche est utilisé quelque fois pour caractériser zones fragiles)

2/ AU COURS DE L'INTERVENTION



différentes,⁹ génère des situations de conflit ou de blocage qui gèlent le rapprochement naturel entre les différents acteurs de l'aide médicale urgente.

De fait, la qualité du service à l'utilisateur est déficiente soit en raison d'un constat non partagé sur la nécessité de couvrir telle ou telle zone fragile, soit en raison de la menace de ne pas faire, ce qui n'est absolument pas acceptable.

C) LA SITUATION DONNE LE SENTIMENT QUE NOUS NE SOMMES PAS A L'ABRI D'UNE CRISE GRAVE OU D'UN PROBLEME MAJEUR ;

*** Le non-respect de la réglementation**

Dans la situation actuelle non seulement les textes en vigueur ne sont pas respectés mais ils sont contestés quant à leur légalité par le chef du SSSM. La convention signée en décembre 2004 est toute autant critiquée car « signée par des gogols !! » mais pas appliquée. Une note interne au SDIS datée de juillet 2005 prend des dispositions unilatérales qui mettent fin au dispositif avant même son entrée en vigueur. Le CODIS garde ainsi la capacité d'engager ses propres moyens médicaux, sans régulation médicale.

Pour défendre sa position, le SSSM s'appuie sur tous les arguments qu'il lui est possible de trouver.

L'argument principal au-delà du « caractère illégal, illégitime et hors de l'objet d'une convention de ce type » résiderait dans les interprétations contradictoires et successives des textes données par les ministres de l'intérieur successifs, et les divergences d'appréciation entre la DHOS et la DDSC.

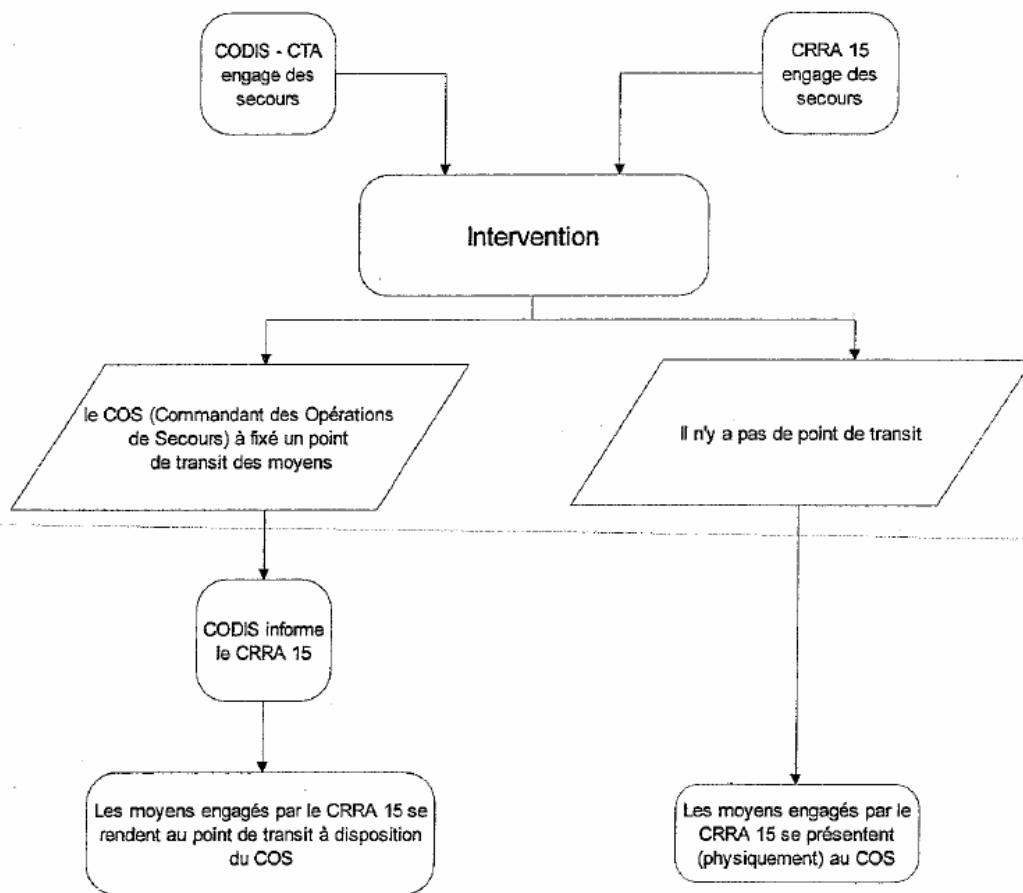
Ainsi la note de Dominique de Villepin datée du 6 avril 2005 a-t-elle été interprétée comme mettant l'accent sur l'autonomie de chaque service, privilégiant la disponibilité et la rapidité des secours. Est également évoquée « la vassalisation totale des moyens médicaux du SDIS au profit de la régulation médicale, au-delà de ce que la loi de 1986 prévoit ». Le SDIS serait « nié par le système de santé local ARH/ DRASS/DDASS/SAMU ». « Les sapeurs pompiers font ce que le SAMU ne peut pas ou ne veut pas faire. Or, ils ne veulent pas être les supplétifs d'une autre organisation ». On va même plus loin : « nous refusons de voir la régulation en tant que telle exercer un pouvoir unique hors du cadre de la loi » !

Sur ce dernier point, la mission a vérifié avec soin la position des administrations centrales mise en cause. Ses conclusions sont claires : il y a pu y avoir des nuances ici ou là mais il n'y a pas de divergences ni sur les principes, ni sur les modalités de fonctionnement à mettre en œuvre entre les deux ministères de l'intérieur et de la santé. En revanche, ce qui domine dans l'attitude du SDIS et surtout du SSSM du Gard, c'est avant tout la volonté d'exploiter toutes les failles du dispositif pour ne pas le mettre en œuvre.

⁹ A titre d'exemple, les courbes isochrone qui délimitent le périmètre de délais maximum d'attente entre le patient et la structure d'offre de soins est de 20 minutes (avec une tolérance de 30 minutes), alors que les mêmes périmètres isochrones d'accessibilité pour les SDIS varient de 10 à 20 minutes.

Annexe 4 : Procédures d'interventions

1/ ARRIVEE DES SECOURS



*** Des dysfonctionnements qui persistent malgré les mises au point successives**

Des situations récurrentes portant sur 2005 et 2006 ont été communiquées à la mission concernant le non fonctionnement de l'interconnexion entre le CODIS et le CRRA 15, le non respect des modalités de déclenchement des secours médicaux conformément à la convention tripartite et l'absence d'échanges pendant l'intervention du CODIS au Centre 15.

Il serait fastidieux d'en faire une liste qui ne serait, de toute façon, pas exhaustive. Il est néanmoins intéressant de signaler quelques exemples répétitifs comme :

- le déplacement simultané d'un véhicule ambulancier régulé par le CRRA 15, et d'un véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) avec refus d'annulation du déplacement de celui-ci par les pompiers,
- le refus d'engagement d'un VSAV à la demande du CRRA 15 sans justification
- le patient vu en prompt secours sans prévenir le CRRA 15 et orientation de celui-ci sans que les urgences du CHU soient prévenues d'une éventuelle urgence vitale,
- la contre régulation du CODIS sans « conférence à trois » préalable,
- l'intervention d'un médecin sapeur pompier sur un patient déjà vu par le médecin du SMUR,
- l'auto-détournement d'un médecin sapeur pompier d'une intervention demandée par le CRRA 15 sur une autre intervention non régulée aboutissant à un retard majeur de la prise en charge du patient initial...

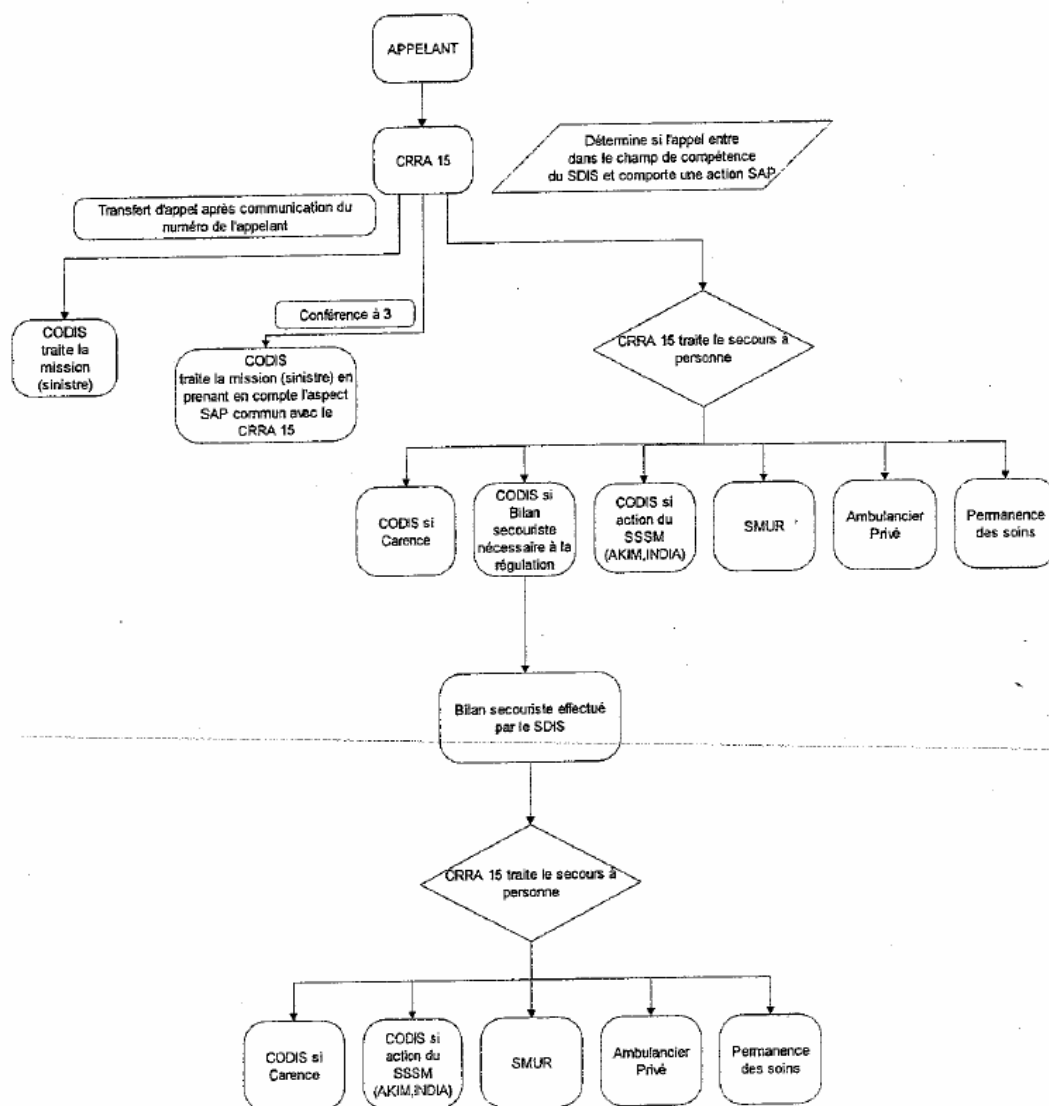
A la demande du préfet, un état des dysfonctionnements codifiables a été dressé au début de l'année 2006 ¹⁰. Les données disponibles ont permis de comparer sur les années 2004 et 2005 deux événements précis, respectivement les sorties de type « prompt secours » non régulées, et les bilans passés par les sapeurs pompiers sans départ préalable régulé par le centre 15 :

- « prompts secours » non régulés : année 2004 :13 469
 année 2005 :13 694
- bilans sapeurs pompiers sans départ régulé par le centre 15 :
 année 2004 : 3 032
 année 2005 : 2 951

On est loin, du fait des volumes en cause, de situations pouvant être qualifiées de ponctuelles. Dans le descriptif disponible des motifs d'intervention pour les pathologies médicales, on trouve en premier lieu des douleurs thoraciques, des dyspnées, puis dans une moindre mesure des convulsions et des douleurs abdominales.

¹⁰ Données ARH/CHU de Nîmes, direction des établissements, février 2006

3/ ABOUTISSANT AU CRRA 15



Il est vrai que ces situations ne concernent **pas systématiquement une urgence vitale, mais à chaque fois la responsabilité des acteurs est engagée et l'absence de recours à la régulation SAMU/ CRRA 15 augmente le risque d'une situation gravissime** pour le ou les personnes ayant fait appel à l'aide médicale d'urgence, avec des conséquences médico-légales pour celles et ceux qui ne se conformeraient pas à la réglementation.

Des incidents graves se sont déjà produits (Saint Jean du Gard, le Grau du Roy). Nos interlocuteurs font tous état à la fois du nombre et de la gravité de ces incidents. Pour autant la mission n'a pas pu aller au-delà dans la collecte des informations à ce sujet. Ni le Préfet, ni le médecin inspecteur de la DDASS n'ont pu nous en dire plus. Le Président du Conseil général, de son côté fait état d'un courrier important sur cette question mais sans pour autant apporter plus de précisions.

*** Une situation qui ne s'améliore toujours pas dans la période récente**

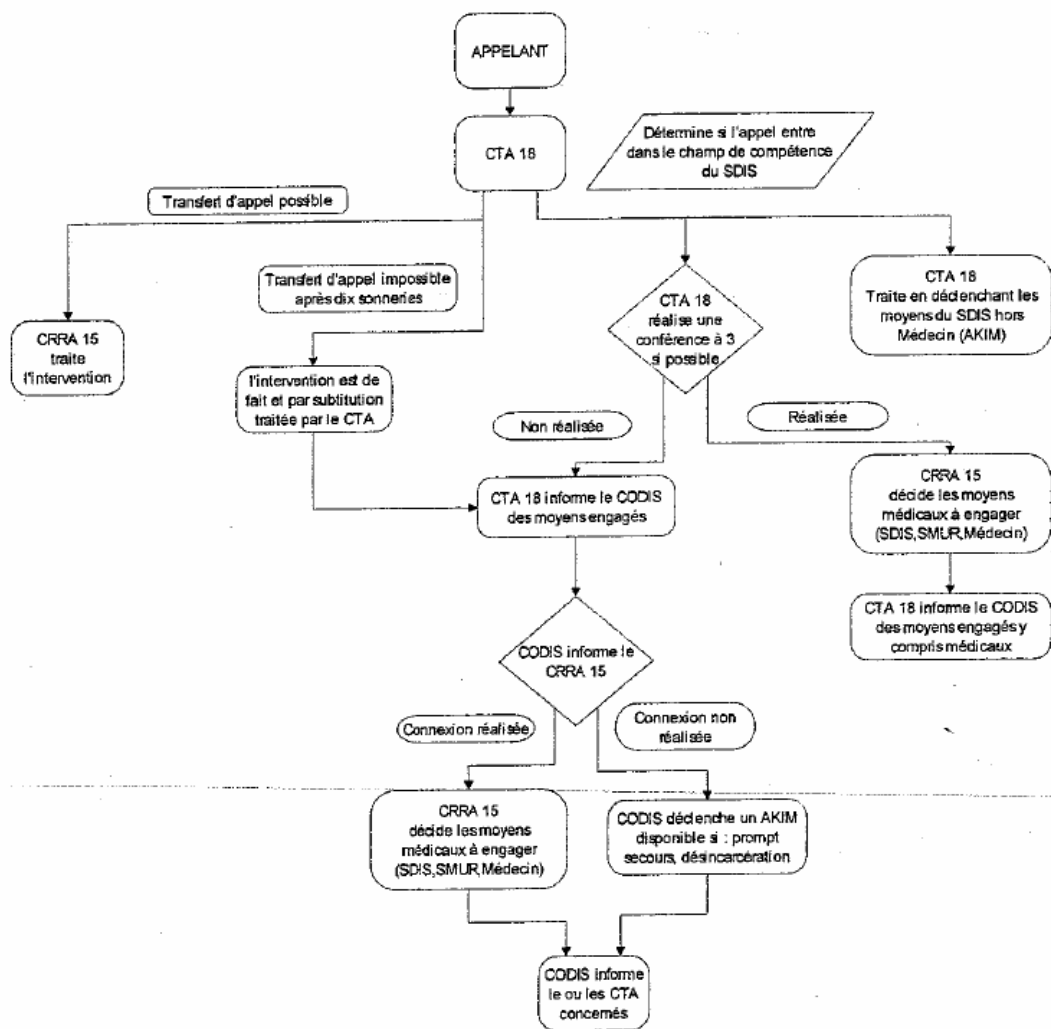
Le 17 septembre dernier, le SAMU / centre 15 a été informé du départ d'un VSAV sur la commune d'Aigues-Mortes pour un arrêt respiratoire chez un enfant de deux ans. Le permanencier du SAMU ayant fait aussitôt le numéro de contre-appel sans succès envoie d'emblée le SMUR de Lunel, à proximité de la ville d'Aigues-Mortes. Le CODIS est informé en temps réel de ce départ. Le CODIS n'informera pas le SAMU du départ de Nîmes du médecin sapeur pompier, envoyant ainsi sur une urgence éventuellement vitale des moyens médicalisés nettement plus lointains.

On peut légitimement craindre, comme le souligne un des praticiens hospitaliers du département Anesthésie-Douleur du CHU de Nîmes, que **la répétition de ce type de « double régulation puisse déboucher tôt ou tard sur une catastrophe par perte de chance, faute d'avoir utilisé les moyens les plus adaptés et les plus rapidement mobilisables ».**

Nous n'avons donc à ce stade aucune garantie (bien au contraire) quant au non-renouvellement de tels incidents. L'intervention sur un même site de plusieurs véhicules et de plusieurs équipes, extrêmement fréquente, montre surtout que les moyens ne manquent pas. Dans le même temps, le régulateur du centre 15 a expliqué à la mission que de telles situations redondantes pouvaient parfois le laisser à découvert, sans moyens à disposition, lui donnant comme seule solution en cas d'appel urgent de se rendre lui-même sur une intervention, abandonnant tout simplement la régulation. Confirmant cette analyse, la mission a été destinataire d'un courrier du chef de service du SAMU transmis par la DDASS précisant que les 22 et 23 septembre 2006, aucun médecin des sapeurs-pompiers n'assurait la garde.

L'aide médicale d'urgence ne peut se concevoir que lorsque la régulation médicale peut faire appel à des effecteurs fiables. L'ensemble des situations décrites dans ce paragraphe place le régulateur du SAMU du Gard dans une position difficilement gérable.

2/ ABOUTISSANT AU(X) CTA 18



D) LE SDIS PREND EN CHARGE UNE SERIE DE PRESTATIONS QUI N'ONT RIEN A VOIR AVEC SES MISSIONS ET QUI RELEVANT PLUTOT DU SERVICE A LA POPULATION ;

Les statistiques fournies par le SDIS du Gard relèvent la répartition par types d'activités 2005 comparée, pour la même période, aux départements de la même catégorie :

	Département	incendies	Secours à victimes	Accidents circul	Opé diverses	Total
1	Ain	2 392	8 110	2 854	4 474	17 830
14	Calvados	2 988	24 031	3 301	7 438	37 758
29	Finistère	3 886	25 217	3 665	6 492	39 260
30	Gard	6 700	26 836	4 080	3 585	41 201
31	Haute-Garonne	6 211	22 709	5 356	9 786	44 062
35	Ille-et-Vilaine	4 962	28 234	4 630	4 574	42 400
42	Loire	3 849	22 626	2 939	12 040	41 454

Il est possible de noter que l'activité "incendies" correspond à environ 16% des motifs de sorties, alors que la moyenne nationale est de 10 %, le secours à victime représente un pourcentage de 65 % comparé aux 60 % nationaux et enfin les opérations diverses constituent 8,7 % à rapprocher des 21% au plan national.

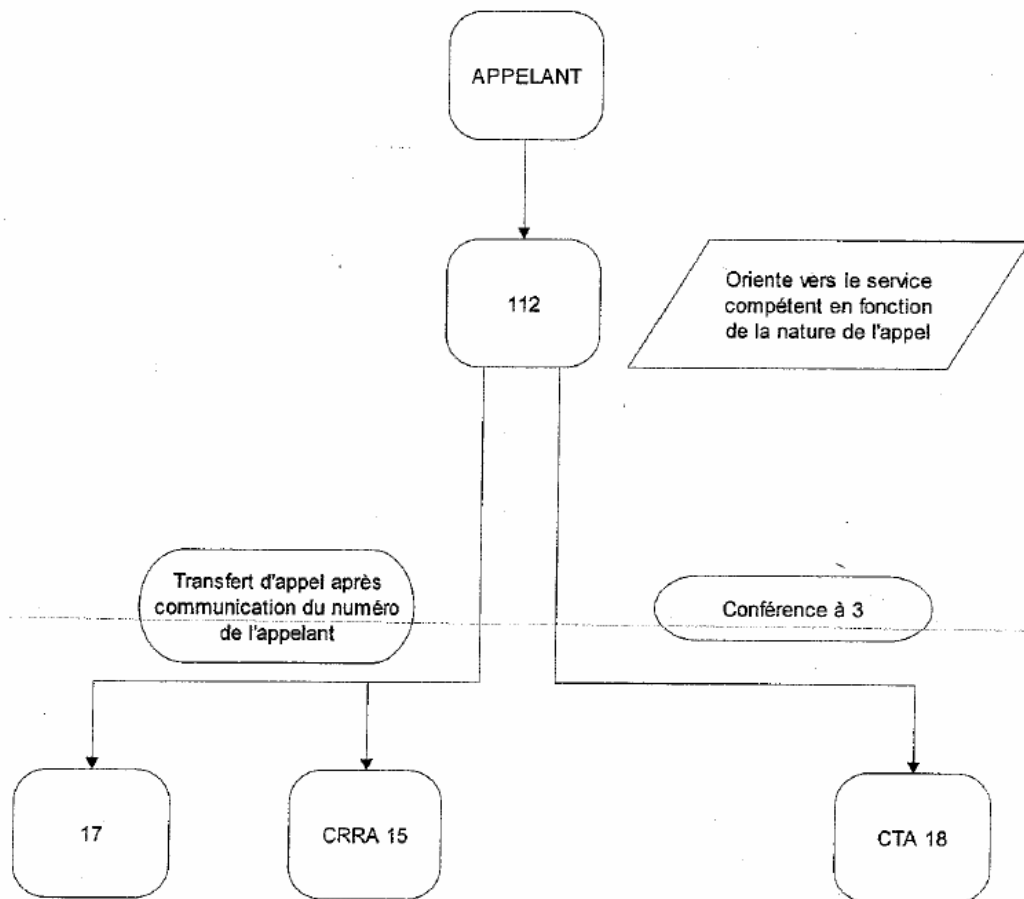
En décortiquant les interventions, force est de constater le fort pourcentage du Gard dans la rubrique "malaises ou maladies à domicile-urgence vitale" avec un taux de 153 % supérieur à la moyenne des SDIS de 2^{ème} catégorie.

Il en est de même pour les relevages de personnes, et notamment les personnes âgées. Sur ce sujet, il est clair que le Conseil général doit définir des règles en relation avec l'Agence régionale d'hospitalisation sur l'opportunité et les conditions de transport de ces personnes. En effet, 70 % des hospitalisations non programmées le week-end sont des personnes dépendantes dont plus des trois quarts pourraient bénéficier d'une réponse mieux adaptée et moins coûteuse.

En tout état de cause la réponse doit, en ce domaine, être organisée par territoire avec le réseau de prise en charge à domicile, la diversification des EPHAD et l'hébergement temporaire.

Annexe 3 : Procédures de traitement des appels

1/ ABOUTISSANT AU 112



2) APPLIQUER LES TEXTES ET METTRE EN OEUVRE LE PRINCIPE DE COHERENCE TERRITORIALE

A) RESPECTER LES TEXTES

* C'est la première priorité

La convention opérationnelle tripartite relative au rôle du SAMU, du SDIS et des Ambulanciers dans l'Aide Médicale Urgente a été signée à Nîmes le 17 décembre 2004 conformément à la circulaire conjointe DHOS/DDSC n°151-2004 du 29 mars 2004¹¹. Impliquant les trois acteurs précités, ce document a été ratifié par le préfet du Gard ainsi que par la directrice de l'ARH.

La mise en œuvre de cette convention a donné lieu dans le Gard notamment¹² à une série de courriers du ministère de l'Intérieur et du ministère de la Santé visant à en rappeler les axes prioritaires :

- le 27 octobre 2004, les deux ministères par la voie de la DDSC et de la DHOS rappelaient que « *l'envoi à priori d'un médecin sapeur-pompier par le SDIS hors de toute régulation médicale par le SAMU et la régulation à posteriori de cet envoi ne sont pas prévues, ni souhaitables dans le cadre de l'aide médicale urgente.* »

- le 6 avril 2005, une circulaire adressée à l'ensemble des préfets par le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales appelait ceux-ci « ...à prendre en compte les impératifs de couverture territoriale...pour garantir les délais d'intervention. » et, après avoir souligné le rôle des SSSM « au profit des urgences sanitaires », « de veiller à *renforcer, quand c'est nécessaire, l'échange d'information en temps réel entre la régulation médicale et le CODIS...* »

- un autre courrier émanant de la DDSC daté du 1^{er} juin 2005 et consacré à la convention tripartite ne lève pas toutes les ambiguïtés, mais stipule néanmoins clairement « ...*qu'une étude des courbes isochrones d'intervention des moyens notamment médicaux du SAMU et du SSSM doit être le préalable à des procédures qui privilégient les délais d'intervention.* ». On a vu précédemment qu'à ce jour il n'existe toujours pas de modèles de ce type disponible au SSSM du Gard.

- enfin un courrier du 11 juillet 2005 adressé conjointement par la DDSC et la DHOS au préfet du Gard rappelle que pour assurer à toute victime un secours rapide et adapté, «... *la régulation de l'aide médicale d'urgence par le SAMU doit être systématique* ». De même, lors de l'intervention du SDIS sur la voie publique, ou en situation de prompt secours, « l'information doit être immédiatement transmise au centre 15,...le CTA se met en relation

¹¹ Voir annexe

¹² des situations analogues ont été rapporté dans certains départements comme la Corrèze, la Moselle, le Nord, le Pas de Calais, le Lot et Garonne ou la Saône et Loire, alors que dans de nombreux autres départements elle n'a pas donné lieu à difficulté d'interprétation.

Eventuellement selon possibilités :

- ◆ TA :
- ◆ Température :
- ◆ Dextro :
- ◆ SA O2 :

BILAN LESIONNEL

localisation	crâne	face	rachis	thorax	abdomen	bassin	MSD	MSG	MID	MIG
contusion										
plaie										
déformation articulaire										
déformation membre										
hémorragie										
brûlure										

MISE EN CONDITION

- ◆ Oxygène : si oui débit :
- ◆ Contention :
 - ☐ collier cervical
 - ☐ attelle
 - ☐ matelas immobilisateur
- ◆ Position :
 - ☐ couché
 - ☐ PLS
 - ☐ demi-assis
- ◆ DSA : si oui nombre de chocs délivrés :

BILAN COMPLEMENTAIRE :

- ◆ Antécédents : médicaux, chirurgicaux, autres
- ◆ Traitements suivis
- ◆ Autres renseignements selon situation

directe avec le SAMU ». On ne peut être plus clair sur les conditions de l'application de la réglementation en vigueur.

B) METTRE EN PLACE UNE REGULATION UNIQUE

*** C'est le cœur du dispositif à mettre en œuvre le plus rapidement possible.**

Là encore, guerre de tranchées, sabotage divers et variés pour faire échouer le processus, tout a été bon sous des prétextes divers pour ne pas y arriver. Le dernier épisode en date, c'est-à-dire l'interruption du processus devant aboutir à la création de cette plate-forme au CHU, n'a toujours pas été bien compris de la mission. Toujours est-il que le 12 janvier 2006, le Préfet et le Président du Conseil d'Administration du SDIS ont, par lettre conjointe adressée au directeur de l'hôpital, demandé la mise à disposition d'une surface de 4 ha au lieu des 1,8 ha initialement prévus. Faisant suite au rapport demandé par le Président du Conseil général à Monsieur VALY, cette extension devait permettre le transfert sur le site de l'hôpital de l'ensemble du SDIS (actuellement en zone inondable). Intervenant début 2006, soit plus de six mois après que les travaux et le financement de l'alarme de protection et de secours (APS), résultat d'un travail engagé depuis 2004, ont été finalisés, cette décision incompatible avec le projet de service de l'hôpital et difficile à mettre en œuvre dans le contexte gardois de l'époque, revient purement et simplement à saborder le projet ! Difficile à réaliser peut-être mais il est indispensable d'y revenir le plus rapidement possible.

*** Deux étapes sont prévues**

La première, qui doit rester transitoire, est la création d'un centre de traitement d'air (CTA) unique pour les 20 centres de secours du SDIS qui reçoivent encore directement leurs appels, entretenant ainsi l'opacité la plus totale sur leur activité et contrariant la mise en œuvre d'une doctrine départementale. La seconde est la réalisation de l'interconnexion avec le centre 15.

La mise en œuvre, dans cet ordre, de ce schéma est susceptible d'aggraver encore les dysfonctionnements constatés aujourd'hui. En effet, une fois le CTA unique créé, le SDIS disposant de son propre centre de régulation fera tout pour consacrer son autonomie et ne jamais entrer dans la régulation générale. Il faut donc l'éviter à tout prix car un tel processus pourrait créer une situation pire que celle que l'on connaît aujourd'hui.

*** La solution consiste, reprenant en cela la proposition formulée par le médecin-colonel PRUNET à la mission le 9 octobre, à associer à la régulation telle qu'elle se pratique aujourd'hui, des membres du SSSM.**

La pratique d'une collaboration au quotidien ne pourra que générer un processus constructif pour l'avenir.

Il est clair que cette mesure peut prendre effet immédiatement au regard de la disponibilité des effectifs du SSSM car aucune création d'emploi n'est nécessaire pour aller dans ce sens. Pour autant, le double objectif du CTA unique pour les missions propres du SDIS et de la plate-forme unique (15/18/112) installée à l'hôpital ne doit pas être retardé. Bien au contraire,

ANNEXE 2 : Données du bilan à transmettre au CRRA 15

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EQUIPE SECOURISTE OU AMBULANCIERE
PRENANT LA VICTIME EN CHARGE**

- ◆ Identification de l'ambulance ou du VSAV sur les lieux
- ◆ Adresse de l'intervention
- ◆ Motif de l'appel

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME PRISE EN CHARGE

- ◆ Sexe
- ◆ Age

BILAN FONCTIONNEL :

Neurologique :

- ◆ Conscience :
 - ☞ conscient
 - ☞ somnolent
 - ☞ agité
 - ☞ Inconscient
- ◆ Perte de connaissance : oui ☐ non ☐ durée
- ◆ pupilles normale • mydriase ● myosis •
 - droite ☐ ☐ ☐
 - gauche ☐ ☐ ☐

Respiration :

- ◆ fréquence :
- ◆ normale
- ◆ arrêt
- ◆ gêne
- ◆ cyanose
- ◆ pâleur
- ◆ sueurs

Circulation :

- ◆ pouls : régulier ☐ irrégulier ☐ fréquence cardiaque
- ◆ douleur : oui ☐ non ☐
- ◆ ACR : oui ☐ non ☐

plus tôt elles se feront, plus vite les conditions d'un système plus efficace seront réunies. Les choses n'ont que trop traîné. Elles doivent désormais être réglées rapidement ;

C) OUVRIR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE

Il appartient aux acteurs de mettre en oeuvre une stratégie de collaboration, de partage des moyens mais certainement pas de concurrence telle qu'elle apparaît aujourd'hui. Les expressions utilisées au SSSM telles « nous ne serons pas les supplétifs » n'ont pas cours lorsqu'il s'agit, pour des entités différentes, d'accomplir une mission de service public pour les citoyens.

Cela implique bien définir le rôle de chacun : mettre en cohérence le dispositif avec un cahier des charges précis. **La convention tripartite signée en décembre 2004 constitue la base sur laquelle il convient de travailler aujourd'hui.**

Il convient de mieux répartir les moyens sur le territoire en fonction des besoins et de la couverture géographique. A cette fin, un état des lieux doit être dressé. Là encore, l'existence de données, de tableaux de bord d'activité aurait permis de disposer d'une base objective. Il faudra faire sans. S'engager dans cette démarche suppose aussi admettre le fait que sans les pompiers la couverture territoriale n'est pas satisfaisante et en tirer les conséquences opérationnelles. Il faut cependant signaler que les zones urbaines sont correctement couvertes par les SMUR, contrairement aux zones rurales.

S'agissant du respect du prompt secours : on déclenche les moyens qui seront disponibles au plus vite sur le terrain. Le prompt secours n'est pas limité aux seules défaillances des fonctions vitales, mais aux situations de détresse telles que suffocation par inhalation de corps étranger, les hémorragies extériorisées, les malaises graves, électrocution, pendaison, défenestration, plaie par arme à feu ou arme blanche, noyade, les victimes de brûlures graves qui nécessitent des gestes de secourisme décrits dans le guide national de référence de l'observatoire et les victimes qui relèvent par ailleurs d'une atteinte accidentelle ou exogène.

Ces demandes d'interventions présentent par leur nature un risque d'aggravation ou de pauvreté des informations transmises, et justifient compte tenu de la rapidité requise dans ces circonstances, un envoi immédiat des moyens secouristes des SDIS. Lorsque le service d'incendie intervient dans ce cadre, sans régulation médicale préalable, l'information doit être impérativement transmise au CRRA 15.

Il convient également de mettre les médecins libéraux devant leurs responsabilités ; dans le Gard, la permanence des soins n'a pas été facile à mettre en œuvre : découpage des secteurs, séquences horaires, la situation était à un tel point inextricable qu'il a fallu que le Préfet procède à des réquisitions pour que la permanence soit assurée.

- Accident parachutiste / delta-plane....
- Chute de cheval
- Noyade / sauvetage en piscine
- Noyade / sauvetage en rivière
- Noyade / sauvetage en mer
- Accident de chasse
- Accident d'escalade ou spéléologie
- Accident de randonnée
- Accident de plongée
- 1-7 Prompts secours
 - P.S inconscient
 - P.S cardiaque
 - P.S respiratoire
 - P.S hémorragie
- 1-8 Secours à personnes isolés
 - Chute - blessures VP, privé ou lieux public
 - Brûlure
 - Electrocution
 - Agression ou rixe
 - Intoxication gazeuse
 - Relevage de personne
- 1-9 Tentative de suicide
 - Tentative de suicide arme blanche
 - Tentative de suicide arme à feu
 - Tentative de suicide défenestration ou chute
 - Tentative de suicide par pendaison
 - Tentative de suicide par le gaz
 - Tentative de suicide par le feu
 - Tentative de suicide par médicament
- 1-10 Assistance à personne
 - Personne bloqué dans ascenseur
 - Ouverture porte avec victime
 - Ouverture de porte avec danger
 - Relevage de personne
- 1-11 Missions à la demande d'autres Services
 - Recherche de personne
 - Transport sanitaire par carence
 - Hospitalisation d'office
 - Hospitalisation à la demande d'un tiers
 - Transfert inter hospitalier (secondaire)
 - Intoxication alimentaire (régulé)
 - Malaise respiratoire (régulé)
 - Malaise cardiaque (régulé)
 - Malaise divers (régulé)
 - Accouchement (régulé)
 - Bilan secouriste à la demande du CRRA 15
 - Engagement VRM hors action SDIS (régulé)
- 1-12 Intervention par substitution au CRRA 15 (plus de 10 sonneries)

D) AMELIORER LE FONCTIONNEMENT DU 15

Le dispositif du centre de réception et de régulation des appels (CRRA 15) du SAMU du Gard qui se situe au CHU de Nîmes / Groupe Hospitalo-Universitaire Caremeau a subi des améliorations partielles et insuffisantes, et ce à titre provisoire, dans la mesure où celui-ci devait être reconstruit sous la forme d'une plate-forme commune 15/18/112.¹³

A ce jour le centre 15 regroupe **20 lignes téléphoniques** en entrée. Le système permet de trier les appels en réponses dégradées en fonction du type d'appel et du degré d'urgence.¹⁴

Il existe de surcroît :

- . une **ligne dédoublée dédiée au CODIS pour les départs** des sapeurs pompiers,

- . une autre ligne spécifique directe avec les sapeurs pompiers de la caserne de Nîmes de moins en moins sollicitée aux dires des régulateurs eux mêmes car elle ne répond plus qu'à des contacts épisodiques sans protocole précis,

- . ainsi qu'une ligne à 4 chiffres anciennement dédiée aux médecins qui ne semble plus réellement opérationnelle.

S'ajoute à ce dispositif fixe, un système radio en mégahertz, le SSU (Service Secours Urgence). Ce réseau qui a été mis en place par le SDIS reprend sur sa fréquence tous les échanges pompiers et SAMU /SMUR portant sur l'aide médicale d'urgence.

Afin de répondre aux doubles besoins de la régulation unique des interventions de secours à personnes et de la régulation de la permanence de soins de médecine générale, l'organisation des personnels¹⁵ a été modifiée avec le renforcement de quatre à cinq permanenciers lors des périodes de plus grande activité comme le dimanche de 7h00 à 17h00, et la présence de deux médecins régulateurs les samedis et dimanches. Un des médecins régulateurs hospitaliers, si la situation l'exige, peut être amené à sortir sur un départ SMUR de même que les médecins régulateurs libéraux dont la présence a été doublée le dimanche et étendue jusqu'à 8h00 du matin toutes les nuits.

Enfin convient-il de souligner la participation des ambulanciers du Gard à l'activité globale de la régulation, facilitant de fait la mobilisation et l'orientation de leurs interventions¹⁶.

Pourtant, le fonctionnement du centre 15 doit incontestablement, sur quelques points bien identifiés, être amélioré :

- la régulation se situe dans un espace de l'ordre de 30 mètres carrés et la présence de 11 personnes les samedis et dimanches dans un local exigu, sans insonorisation

¹³ Des dispositions avaient été prises entre le SDIS et le CHU et un Avant Projet Sommaire de plate-forme commune avait reçu l'assentiment de tous en décembre 2004, mais sa construction a été remise en cause par des élus du SDIS en 2005.

¹⁴ La maintenance des lignes est confiée à l'informatique et à la téléphonie du CHU ; l'ensemble des lignes sont dédoublées et le système fonctionne à partir de 2 autocomm.

¹⁵ Le dimensionnement en PM et PNM du centre 15 se trouve au chapitre 1 a) de ce rapport.

¹⁶ Il existe sur l'ensemble du département 10, avec un ambulancier par secteur.

- Accident impliquant 1 PL sans incarcéré avec TMD
- Accident impliquant 1 PL avec incarcéré avec TMD
- Accident impliquant 1 PL sur autoroute avec TMD
- 1-1-7 Accident 2 roues
 - Accident 2 roues hors route
 - Accident 2 roues sur route
 - Accident 2 roues sur autoroute
 - Accident 2 roues hors route suivi de feu
 - Accident 2 roues sur route suivi de feu
 - Accident 2 roues sur autoroute suivi de feu
- 1-1-8 Accident divers
 - Véhicule tombé à l'eau
 - Accident d'engin agricole, forestier, TP (accident de cheval)
- 1-1-9 Accident impliquant de nombreuses victimes
 - Carambolage
 - Carambolage sur autoroute
- 1-2 Accident Fluvial
 - Collision bateau - passager
 - Collision bateau de transport
 - Collision bateau - passager suivi de feu
 - Collision bateau de transport suivi de feu
 - Collision bateau - passager avec TMD
 - Collision bateau de transport avec TMD
- 1-3 Accident Ferroviaire
 - Déraillement train voyageur
 - Déraillement train marchandises
 - Accident de train - VL ou PL
 - Déraillement train voyageur suivi de feu
 - Déraillement train marchandises suivi de feu
 - Accident de train - VL ou PL suivi de feu
 - Déraillement train voyageur avec TMD
 - Déraillement train marchandises avec TMD
 - Accident de train - VL ou PL avec TMD
 - Déraillement train voyageur sous tunnel
 - Déraillement train marchandises sous tunnel
- 1-4 Accident Aérien
 - Protection atterrissage d'urgence
 - Accident d'avion fret
 - Accident d'avion militaire
 - Accident loisir (VLM,...)
 - Accident d'avion passager
 - Accident hélicoptère
- 1-5 Accident de travail
 - Chute échelle - échafaudage
 - Chute d'un bâtiment
 - Chute dans une excavation
 - Personne coincé par machine / outil/ arbre
 - Personne ensevelie
 - Accident sapeurs-pompiers en service
- 1-6 Accident de loisirs ou sport

appropriée, est un obstacle majeur au bon fonctionnement du centre. L'urgence de la création d'une plate-forme commune devrait n'échapper à personne au regard de cette situation et les tergiversations sur sa localisation, son rattachement au CHU ou au SDIS, ou sur la surface de l'ensemble, font peser un risque sanitaire certain à la population Gardoise et engagent la responsabilité morale de ceux qui s'y opposent.

- malgré le renforcement des effectifs, les délais de réponse au téléphone sont semble-t-il, aujourd'hui trop longs pour les usagers, plus particulièrement en fin de journée ou le samedi. Reprenant l'argument précédent, l'hypothèse évoquée d'un renforcement supplémentaire d'un 6ème permanencier lors des périodes de plus grande activité est immédiatement réfutée du fait même de l'absence de place disponible pour l'installer !
- il manque manifestement d'une part, un schéma opérationnel d'utilisation de lignes spécialisées réservées à certains interlocuteurs, et d'autre part, d'une meilleure définition de ces mêmes lignes dédiées pour les uns, inexistantes pour les autres. La ligne directe dédiée au CODIS semble concerner essentiellement les départs. Un permanencier est affecté spécifiquement à cette activité. La réception et le passage des bilans sont apparus à la mission moins bien codifiés que ce soit du côté du SSSM que de celui du SAMU. Il ne s'agit pas, à ce stade, du rapport, de s'interroger sur la volonté ou non de passer ces bilans au centre 15, mais de la possibilité de le faire. Ce type de problèmes opérationnels en situation d'urgence n'est pas sans risque pour les victimes.
- en écho au paragraphe précédent, l'arrivée récente du réseau hertzien SSU pour les communications à caractère médical entre les chefs d'agrès, le CRRA et le CODIS s'interprète différemment selon les interlocuteurs. S'il semble partagé que les opérateurs doivent être à l'écoute du réseau, il n'en demeure pas moins que le système n'est pas encore totalement lissé avec la régulation téléphonique. Des informations sont passées à la fois en radio, puis dans un délai plus ou moins long, les mêmes informations peuvent être téléphonées au centre 15. Ce qui pourrait apparaître comme une sécurité supplémentaire, est perçu comme une multiplication de messages auxquels viennent se superposer d'autres informations d'importance différente (avis d'arrivée d'un VSAB dans une caserne ou passage d'un bilan, par exemple). Cela peut conduire l'ensemble des personnes à l'écoute de la radio à recevoir des messages incomplets du fait de la densité du trafic sur la ligne, auquel viennent s'ajouter des messages non entendus du fait d'une zone géographique muette. Permanenciers du centre 15 et stationnaires du CODIS s'entendent sur un diagnostic qui souligne l'apport du réseau SSU, tout en rappelant la nécessité d'une grande vigilance dans l'écoute des messages passés afin de ne pas perdre d'informations majeures en ligne.

Une réponse simple à une grande partie de ces problèmes émane spontanément d'un permanencier qui appelle au plus vite une régulation commune avec les pompiers. Cette prise de position qui ne peut pas ne pas être partagée par le plus grand nombre des acteurs de l'aide médicale d'urgence dans le Gard, à l'instar de ce qui est fait dans de nombreux départements, justifie une réponse rapide de la hiérarchie directe de chacun .

V. ANNEXES

ANNEXE 1 : Nomenclature des natures d'intervention du SDIS dans le cadre du Secours à personnes

- 1-1 Accident de la circulation routière
 - 1-1-1 Accident de VL
 - Accident de VL sans incarcéré
 - Accident de VL avec incarcéré
 - Accident de VL sur autoroute
 - Accident de VL sur voie ferrée
 - Accident de VL suivi de feu
 - Accident de VL sans incarcéré suivi de feu
 - Accident de VL avec incarcéré suivi de feu
 - Accident de VL sur autoroute suivi de feu
 - Accident de VL sur voie ferrée suivi de feu
 - 1-1-2 Accident VL - VL
 - Accident VL - VL sans incarcéré
 - Accident VL - VL avec incarcéré
 - Accident VL - VL sur autoroute
 - Accident VL - VL sans incarcéré suivi de feu
 - Accident VL - VL avec incarcéré suivi de feu
 - Accident VL - VL sur autoroute suivi de feu
 - 1-1-3 Accident VL - 2 roues
 - Accident VL - 2 roues sans incarcéré
 - Accident VL - 2 roues avec incarcéré
 - Accident VL - 2 roues sur autoroute
 - Accident VL - 2 roues sans incarcéré suivi de feu
 - Accident VL - 2 roues avec incarcéré suivi de feu
 - Accident VL - 2 roues sur autoroute suivi de feu
 - 1-1-4 Accident VL - Piéton
 - Accident VL - Piéton
 - Accident VL - Piéton sur autoroute
 - Accident VL - Piéton suivi de feu
 - Accident VL - Piéton sur autoroute suivi de feu
 - 1-1-5 Accident impliquant 1 bus
 - Accident impliquant 1 bus sans incarcéré
 - Accident impliquant 1 bus avec incarcéré
 - Accident impliquant 1 bus sur autoroute
 - Accident impliquant 1 bus avec incarcéré suivi de feu
 - Accident impliquant 1 bus sans incarcéré suivi de feu
 - Accident impliquant 1 bus sur autoroute suivi de feu
 - 1-1-6 Accident impliquant 1 PL
 - Accident impliquant 1 PL sans incarcéré
 - Accident impliquant 1 PL avec incarcéré
 - Accident impliquant 1 PL sur autoroute
 - Accident impliquant 1 PL sans incarcéré suivi de feu
 - Accident impliquant 1 PL avec incarcéré suivi de feu
 - Accident impliquant 1 PL sur autoroute suivi de feu

E) AMELIORER LA GESTION DES MOYENS PUBLICS

Des moyens considérables sont affectés dans le Gard aux secours à personne ; une plus grande vigilance sur les dépenses engagées en ce domaine s'impose. De même, ces moyens doivent être utilisés au mieux, et notamment répartis sur le territoire en fonction des besoins.

L'extension du dispositif de médecins correspondants SAMU ouvert naturellement à l'ensemble des praticiens du Gard (médecins sapeurs pompiers comme c'est déjà le cas dans certaines zones) qui souhaitent s'impliquer dans l'AMU pourrait permettre de mieux couvrir les « zones fragiles » du département. Le départ simultané d'un SMUR ou de tout autre véhicule médicalisé le plus proche lancé par le centre 15 permet une intervention sécurisée avec un appui lourd présent au plus tard dans les 20 minutes pour un retour sur un plateau technique adapté si nécessaire et un service des urgences en alerte. Les interventions les plus performantes de l'urgence médicale peuvent être initiées dans des délais compatibles avec l'efficacité des techniques utilisées (exemple de la thrombolyse).

Parmi les moyens dont il convient de veiller à l'adéquation aux besoins figurent, incontestablement, les hélicoptères. Comme il a été relevé plus haut, un hélicoptère est affecté à l'année au SAMU du Gard. Le SDIS, doté jusqu'à une période récente d'un hélicoptère dont il était de notoriété publique qu'il n'était pas exclusivement réservé aux besoins de ce service, fait pression pour récupérer un appareil. Satisfaction lui a été donnée pour les 4 mois de la période estivale. Mais le SSSM demande de revenir à la situation antérieure. Est-ce justifié ? Ce n'est pas à la mission de le dire. Pour répondre à cette question, il faudrait disposer de données chiffrées objectives qui permettraient de régler ce qui apparaît comme une polémique de plus.

Il s'agit également de s'interroger sur la ressource que représentent les infirmiers de sapeurs-pompiers, et ce dans le cadre de l'AMU. Sur cet aspect, les responsables nationaux du SAMU pourraient faire évoluer favorablement cette approche pour autoriser des protocoles répondant à un cahier des charges national. La notion d'infirmiers « protocolisés » pourrait répondre à des situations codifiées de ressources rares vis-à-vis de situations d'urgence immédiate.

Il est également indispensable de se donner les outils adéquats pour suivre : tableaux de bord pour pallier le manque de données sur le dispositif. Les acteurs des secours médicaux et d'urgence du Gard devraient en effet réaliser un état des lieux précis partagé des moyens médicaux et para médicaux SAMU et SDIS existant et procéder à l'analyse des interventions par zone, en y incluant les délais d'intervention. Comme cela a été précisé dans le premier paragraphe, cette approche a été effectuée par l'ARH et la DDRASS afin de définir les principales orientations du SROS SMUR et le nouveau dimensionnement des secteurs du Gard. C'est à partir d'une confrontation des données autour de tels indicateurs que la distribution des moyens peut s'effectuer dans de bonnes conditions.

Au vu des résultats de ces évaluations, des avenants à la convention pourront être établis si besoin. La pertinence des indicateurs utilisés sera également analysée dans le cadre du processus d'évaluation. Ces indicateurs pourront ainsi faire l'objet de modifications.

IV. PROCEDURE DE MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION

A compter de la date de signature de la présente convention, le Centre Hospitalier Universitaire de NIMES siège du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), le Service Départemental d'Incendie et Secours, le SAGU sont chargés de former l'ensemble de leur personnel de façon à appliquer la convention de la manière la plus efficiente. Ils disposent pour cela d'un délai de trois mois. Au cours de ce délai, la date d'application de la présente sera définitivement fixée et fera l'objet d'une information du public par voie de presse sous la responsabilité du Préfet et du Directeur de l'Agence régionale de l'Hospitalisation.

Les conventions opérationnelles antérieures à la présente convention sont abrogées.

Nîmes, le 17 décembre 2004

**Le Directeur du Service
départemental d'incendie et
de secours**

**Le Directeur général du CHU
de Nîmes**

**Le Président du Service des
Ambulanciers Gardois pour
l'Urgence**

Colonel SIMONET

G. MAZEREAU

G. LEPINEUX

VU ET APPROUVE :

Monsieur le Préfet du Gard

Madame la Directrice de l'ARH

J-P. HUGUES

C. DARDE

3) MODUS OPERANDI ET DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT

Le constat étant assez clair pour tous les acteurs, les actions à mettre en œuvre également, l'efficacité de la mission va reposer, à titre principal, sur les conditions dans lesquelles ces mesures seront appliquées.

Il importe en premier lieu de demander aux autorités en charge du SDIS, de porter le dispositif opérationnel pour le faire appliquer.

Il importe également pour éviter le phénomène de recours systématique à l'autorité supérieure que le Président du Conseil général exerce lui-même la responsabilité du SDIS.

Enfin, une mission de contrôle devra se rendre régulièrement sur place pour vérifier la stricte mise en œuvre du dispositif au fur et à mesure de sa mise en application.

A) UNE LETTRE CONJOINTE PREFET/ PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL

C'est par une lettre conjointe cosignée que le Préfet et le Président du Conseil général doivent donner leurs instructions à l'ensemble des acteurs impliqués dans le secours à personnes. Il s'agit pour ces deux autorités de clarifier une fois pour toutes à la fois les principes d'organisation et de fonctionnement du dispositif ainsi que le rôle de chacun. Jamais une telle clarification n'a eu lieu jusqu'à présent. Il est plus que temps de le faire. Et de le faire clairement.

Ce document doit porter à la fois sur :

- l'application des textes et des principes d'organisation en vigueur ;
- la définition d'une feuille de route avec la liste exhaustive des actions à mener;
- le calendrier qui doit être particulièrement strict et précis ;

B) LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL DOIT PRENDRE LA RESPONSABILITE DU SDIS :

- dans nombre de départements (28 à ce jour dont les Cotes d'Armor, la Haute-Vienne, le Nord....), le Président du Conseil général exerce lui-même et directement la présidence du SDIS. Ce n'est pas une question de défiance par rapport à un homme ou à un autre mais une question d'exercice de l'autorité qui ne sera pas perçue de la même façon selon qu'il s'agisse ou pas du Président du Conseil Général ; la direction de la sécurité civile préconise la généralisation de ce mode d'organisation.
- la situation du Président du Conseil d'Administration du SDIS est particulièrement délicate dans le Gard dans la mesure où Monsieur Flaissier a des liens personnels forts avec le SSSM et parce que en tant que médecin urgentiste, il est personnellement très impliqué dans le dispositif ; or si la situation actuelle offre l'avantage d'un Président de Conseil d'Administration de SDIS connaissant parfaitement le système, il

Le bilan secouriste comprend de façon obligatoire la notion de gravité, le bilan lésionnel, tel qu'il peut être établi, les conditions hémodynamiques respiratoires et neurologiques. Ce bilan est transmis de façon suffisamment précoce pour éviter les délais d'attente ou des transports inutiles ou préjudiciables. Un modèle de bilan secouriste est joint en annexe.

III. EVALUATION ET SUIVI DE L'ACTIVITE

Une évaluation régulière du dispositif conventionnel ainsi qu'un état des lieux devront être réalisés par les partenaires signataires de la convention. A cet effet, un Bulletin de Renseignement Mensuel (BRM), comprenant notamment le bilan des carences ambulancières, est établi chaque mois et transmis au Préfet et au représentant du Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation dans le département.

Les signataires de la présente convention s'engagent à l'organisation de réunions trimestrielles, au cours desquelles ils devront faire le bilan de la mise en œuvre de la présente convention, au travers de l'étude des statistiques résultant des interventions du trimestre écoulé, relativement aux indicateurs suivants :

- analyse des dysfonctionnements éventuels,
- répartition statistique des interventions, par nature et par type d'intervenant, des moyens mis en œuvre, de l'adéquation de la réponse donnée à la demande d'intervention
- délai d'intervention des intervenants concernés, par commune et par intervention
- quantification du nombre de constats de carence des transports sanitaires et les modalités de prise en charge de l'intervention
- destination des appels d'urgence (centre 15 dont médecine libérale, centre 18, 112)
- répartition statistique de la nature des appels (notamment afin de distinguer le nombre d'appels ayant donné lieu à intervention et le nombre d'appels n'ayant pas donné lieu à intervention)

Le bilan annuel de la présente convention est présenté devant le Comité Départemental d'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins.

ne peut apparaître à la fois comme juge et partie ; dans le même temps si le diagnostic qu'il formule est exact et si les mesures qu'il suggère vont dans le bon sens elles sont trop peu souvent suivies par le Conseil général, ce qui nuit à son autorité sur le SDIS.

- avec un SDIS effectivement présidé par le Président du Conseil général et un Conseil d'administration constitué d'élus dont certains connaîtraient particulièrement la question, le Gard se donnerait les moyens d'une plus grande efficacité dans ce domaine.

C) MISSION DE CONTROLE

La situation du département du Gard en matière de secours d'urgence, considérée par certains comme inextricable nécessite à la fois que l'autorité soit effectivement exercée sur le SDIS, et en particulier le SSSM et un contrôle très régulier de la mise en oeuvre de la feuille de route notamment aux moments clefs dont le premier est identifié ci-dessous.

L'envoi a priori d'un médecin sapeur pompier par le SDIS hors de toute régulation médicale par le SAMU, et la régulation *a posteriori* de cet envoi, ne sont pas prévus ni souhaitables dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Toutefois, dans l'intérêt du patient, en cas d'impossibilité dûment constatée de régulation médicale effective d'un appel 18, le SDIS prend toute disposition utile afin que cet appel ne reste pas sans réponse pertinente, y compris en engageant les moyens médicaux du SSSM. Il en informe le Samu dès que l'interconnexion est rétablie. Ces défaillances sont comptabilisées dans l'évaluation mensuelle (jour, heure, durée).

L'impossibilité d'une régulation médicale effective s'entend de :

- l'impossibilité d'obtenir une réponse du centre 15 au bout de dix sonneries téléphoniques.
- l'impossibilité pour le permanencier d'obtenir la décision du médecin régulateur.

2-2 MOYENS NON MEDICAUX

Dans le cadre de ses missions, la conférence à trois n'est pas un préalable à l'engagement par le SDIS de moyens non médicaux.

Les principes de l'interconnexion demeurent applicables.

3/ INFORMATIONS ET ECHANGES PENDANT L'INTERVENTION

(cf annexe 4)

La régulation médicale suppose le suivi des différentes phases de la prise en charge de la personne concernée, en particulier lorsque l'état de la victime évolue après sa prise en charge.

Dès l'arrivée d'une équipe sur le lieu d'intervention, celle-ci transmet un bilan de l'état du patient au médecin régulateur du centre 15. Ce dernier peut alors interrompre l'intervention ou requalifier la nature des moyens mis en œuvre lorsque cette intervention n'est pas adaptée à la situation.

Pour toute intervention impliquant un malade ou un blessé, le médecin régulateur est informé de l'évolution de l'état du patient afin de décider ou non d'une médicalisation, d'orienter le patient vers le plateau technique requis et d'assurer un accueil hospitalier adapté.

A ce stade de son travail, la mission suggère la feuille de route suivante

1- Lettre conjointe Préfet /Président du Conseil général (avant fin 2006)

- application de la législation, des règles d'organisation et de fonctionnement ;
- mise en œuvre immédiate de la convention du 17 novembre 2004 (si des modifications devaient intervenir, elles seront apportées ultérieurement) ;
- intégration immédiate d'agents du SDIS à la régulation ;

2- Reprise du travail en vue de la réalisation d'une plate-forme unique (décembre 2006)

Consciente des risques que représente l'actuel sous-dimensionnement du centre 15 et l'absence d'ergonomie adaptée à ce type d'activité, notamment quant à l'insonorisation, la mission considère qu'il est urgent de relancer la construction d'un centre 15 sur la base du travail déjà engagé qui avaient reçu l'aval du SDIS et du CHU initialement¹⁷. La localisation serait celle initialement dévolue à la plate-forme 15/18/112 et le lancement des procédures d'appel d'offre et d'un nouvel APS laisse prévoir une ouverture d'un nouveau centre 15 à l'horizon 2008.

Les travaux engagés du côté du SDIS pour regrouper les 20 centres de réception d'appel au 18 en un CTA unique sont en cours manifestement indépendamment des projets de l'hôpital.

Il est donc urgent qu'au-delà d'une simple reprise d'un groupe de travail sur la réalisation à venir, sans calendrier précis, d'une plate-forme unique, de tenir une **rencontre présidée conjointement par le Préfet et le Président du Conseil Général, en présence du nouveau directeur de l'ARH et des autorités concernées pour s'assurer du lancement effectif des projets en cours évoqués ci-dessus**, de leur mise en cohérence et de marquer la volonté et la détermination des autorités de les mener rapidement à terme et d'aboutir dans les délais les plus brefs à la réalisation de cette plate-forme commune conformément aux directives.

3- Réunion du CODAMUPS (Janvier 2006)

La réunion du CODAMUPS est structurellement ouverte à l'ensemble des acteurs de l'AMU et pourrait être le lieu dans *un deuxième temps* du recueil des souhaits de chacun dans le ou les dispositifs proposés. La mission a pu constater la volonté d'un grand nombre d'intervenants dans l'AMU du Gard d'un rapprochement effectif et rapide des permanenciers et des stationnaires, et de leur hiérarchie.

¹⁷ il convient de rappeler que les appels du 18 ne représentent que 20% de ceux du SAMU, et l'urgence d'organiser une réponse optimale pour 80% des appels de l'AMU de la population du Gard est d'autant plus grande.

1-2 LA CONFERENCE A TROIS

Dans ce cadre, la régulation médicale nécessite des informations précises, rapides et actualisées. Ainsi, le dialogue direct doit être privilégié entre le médecin régulateur et la personne concernée afin de permettre au médecin régulateur de mettre en œuvre la réponse la plus adaptée aux besoins.

Dans ce cadre, la conférence à trois permet de relier l'appelant, les CTA et le CRRA 15.

La conférence à trois est organisée chaque fois que sa réalisation est possible et pertinente :

- Lorsque l'appel arrive au 112, il est réorienté vers le service compétent (cf. annexe 3 - 1)
- Lorsque l'appel arrive au 18 et qu'il contient des éléments concernant la ou les victimes utiles à la régulation, le CTA 18 réalise une conférence à trois, y compris en cas de prompt secours. Cette connexion de l'appel directement au Centre 15 facilite la régulation médicale. (cf. annexe 3 - 2)
- Lorsque l'appel arrive au 18 et qu'il ne relève pas du domaine de compétence du SDIS, l'appel est transféré au Centre 15. (cf. annexe 3 - 2)
- Lorsque l'appel arrive au 15 et nécessite l'envoi de moyens du SDIS, une conférence téléphonique à trois est organisée afin de faciliter et d'accélérer l'envoi de ces moyens. (cf. annexe 3 - 3)
- En cas de sinistre, lorsque l'appel arrive au SAMU-Centre 15, ce dernier transfère l'appel directement au SDIS (cf. annexe 3 - 3).

2/ MODALITES DE DECLENCHEMENT DES SECOURS

2-1 MOYENS MEDICAUX

Dans tous les cas, la décision d'une médicalisation relève du médecin régulateur du Samu - Centre 15. Le choix de la médicalisation entre les moyens du SMUR et les moyens médicaux permanents du SSSM est décidée par le médecin régulateur du Samu - Centre 15 en se basant sur 3 critères : proximité, disponibilité, compétence.

4- Mise en place d'un plan directeur conjoint de traitement des appels centre 15/CTA/112 (février-mars 2007)

Les enjeux ayant été clairement posés préalablement, et ce dans le cadre du respect de la réglementation, un programme conjoint mieux défini devrait pouvoir aboutir à un calendrier resserré en vue d'un dispositif liant l'ensemble des acteurs de l'AMU autour d'une même régulation selon un schéma approuvé par tous. C'est à ce stade qu'il conviendra de se positionner sur la fusion d'emblée du CTA et de la régulation du SAMU et selon quelle modalité et quelle géographie. Les données portant sur les délais d'intervention devront être disponibles côté SDIS afin de les superposer avec celle de l'ARH.

Un contrôle de cette feuille de route devrait intervenir dès le début de cette quatrième phase.

Clotilde VALTER

François CHIEZE

Michel MORIN

ambulanciers privés doit nécessairement être constatée au préalable par le médecin régulateur du centre 15.¹⁵ Si le médecin régulateur considère après bilan secouriste du SDIS que l'intervention régulée relève de la compétence des ambulances privées dans le cadre d'un transport sanitaire, le régulateur fait appel aux ambulanciers. En cas d'indisponibilité des ambulanciers privés, le médecin régulateur constate la carence et le SDIS effectue le transport sanitaire.

II. MOYENS DE COMMUNICATION et PROCEDURES D'INTERVENTION

1/ INFORMATIONS ET ECHANGES ENTRE LE SAMU ET LE SDIS AVANT L'INTERVENTION

1-1 L'INTERCONNEXION

L'interconnexion entre le CODIS et le CRRA 15 est réalisée *a minima* par une ligne téléphonique directe, identifiée par les deux services. Durant les six premiers mois de la mise en œuvre de la convention, des expérimentations devront viser l'amélioration du mode d'interconnexion.

L'interconnexion a pour objet l'échange des informations suivantes :

- Tous les départs SDIS comprenant le secours à personnes, constaté au moment de l'appel ou à l'arrivée sur les lieux
- Toutes les interventions mobilisant le soutien sanitaire du SSSM
- Tous les départs SMUR pour interventions primaires et tous les départs des ambulanciers privés diligentés par le Centre 15 pour interventions primaires
- Toute proposition, éventuellement formulée par le CODIS, d'engagement des moyens médicaux du SSSM

¹⁵ Circulaire du 29 mars 2004 n°2004-151

ANNEXES

Conformément à la loi n° 96-369 du 3 mai 1996, les victimes d'accident ou de sinistre et leur évacuation relèvent du service d'incendie et de secours lorsque leur état nécessite un secours d'urgence ou lorsque l'intervention nécessite un secours en équipe (sauvetage, soustraction à un danger ou à un risque). Les missions confiées au service d'incendie et de secours consistent donc à délivrer des secours d'urgence lorsque l'atteinte à l'individu est caractérisée par un dommage corporel provenant d'une action imprévue et soudaine, d'une cause ou d'un agent agressif extérieurs.

Dans ce cadre, après intervention, l'évacuation d'une victime est effectuée par le SDIS après orientation du médecin régulateur. Celle-ci consiste en un transport sous surveillance par une équipe formée, vers la structure médicale adaptée la plus proche.

Le lieu d'intervention s'il ne constitue pas un élément prépondérant dans l'attribution des missions, reste déterminant pour ce qui concerne les demandes d'intervention sur la voie publique et dans des lieux publics qui présentent par leur nature un risque d'aggravation ou de pauvreté des informations transmises lors de l'alerte. La rapidité requise dans certaines circonstances peut justifier un envoi immédiat des moyens secouristes du service d'incendie et de secours, conformément aux procédures d'engagement relatives au prompt secours ou au secours à personne inclus dans le cadre d'une autre mission du SDIS. S'entend du prompt secours, une action de secouristes, agissant en équipe, donnée à une personne dont l'une des trois fonctions vitales est atteinte, à savoir la respiration (ou ventilation), la circulation du sang ou la conscience (ou fonction nerveuse).¹⁴

Dans le cadre de la régulation, le médecin régulateur peut demander l'envoi d'une équipe de secouristes du SDIS pour compléter son information par un bilan secouriste et décider de la réponse la plus adaptée.

Les sapeurs pompiers n'ont pas pour mission de réaliser des transports sanitaires. Ces derniers n'interviennent pour réaliser des transports sanitaires non médicalisés qu'exceptionnellement, en cas de carence des ambulanciers privés et à la demande du SAMU.

La carence est avérée quand les ambulanciers sont dans l'impossibilité de répondre à la demande de transport sanitaire faite par le centre 15, faute de moyens matériels ou humains mobilisables dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient. L'indisponibilité des

¹⁴ Circulaire du 29 mars 2004 n°2004-151

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 :** **Lettre de mission**
- Annexe 2 :** **Liste des personnes rencontrées**
- Annexe 3 :** **Circulaire du 29 mars 2004**
- Annexe 4 :** **Convention tripartite signée dans le Gard le 17 décembre 2004**
- Annexe 5 :** **Lettre adressée par la DDSC et la DHOS au Préfet du Gard le 11 juillet 2005**
- Annexe 6 :** **Les interventions du SDIS 30 en 2005 comparées aux départements de la deuxième catégorie comparatif des interventions du SDIS 30 dans le cadre du secours à personne**
- Annexe 7 :** **Comparatif des interventions du SDIS 30 dans le cadre du secours à personne**

médicale urgente de la population¹². Il agit dans le cadre et selon les horaires prévus par la dite convention.

4/ LES MISSIONS DU SERVICE DEPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS (SDIS)

Le SDIS est chargé de la prévention, de la protection, et de la lutte contre les incendies. Il concourt, avec les autres services et professionnels concernés, à la protection et à la lutte contre les autres accidents, sinistres et catastrophes, à l'évaluation et à la prévention des risques technologiques ou naturels ainsi qu'aux secours d'urgence.¹³

Dans le cadre de ses compétences, il exerce les missions suivantes :

- la prévention et l'évaluation des risques de sécurité civile ;
- la préparation des mesures de sauvegarde et l'organisation des moyens de secours ;
- la protection des personnes, des biens et de l'environnement ;
- les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation.

Le service départemental d'incendie et de secours dispose :

- d'un centre opérationnel départemental d'incendie et de secours (CODIS) chargé de la coordination de l'activité opérationnelle des services d'incendie et de secours au niveau du département, interlocuteur opérationnel unique entre le SAMU et les centres d'incendie et de secours (CIS), sauf dans le cadre des conférences à trois et de la procédure des bilans ;
- de plusieurs centres de traitement de l'alerte, chargés de la réception, du traitement et de la réorientation éventuelle des demandes de secours ;
- de Centres d'Incendie et de Secours
- d'un service de santé et de secours médical qui participe, notamment, aux missions de secours d'urgence.

¹² Circulaire 23 avril 2003 relative à la l'organisation de la garde ambulancière et Décret n°2003.674 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire

¹³ Article 1424-4 du Code Général des Collectivités Territoriales

ils doivent impérativement indiquer au régulateur dans quel délai ils peuvent répondre à la demande.

Les ambulanciers transmettent, à la demande du SAMU, un bilan secouriste.

Pendant le transport, l'ambulancier titulaire du Certificat de Capacité d'Ambulancier veille à la surveillance du patient et à l'exécution des gestes appropriés à l'état du patient. Des formations de mise à jour des compétences des ambulanciers dans le domaine de la réponse à l'urgence sont organisées par le SAMU.

Afin de réduire au maximum les constats d'indisponibilité, les ambulanciers privés s'organisent pour garantir en permanence une réponse rapide et de qualité aux demandes du SAMU.¹⁰

Après avis de l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative mentionnée à l'article 1^{er} du décret n°87-964 du 30 novembre 1987 et du sous-comité des transports sanitaires, prévu à l'article 3 du décret, le préfet arrête le tableau de garde établissant la liste des entreprises de garde de manière à assurer, dans chaque secteur de garde, la mise à disposition d'au moins un véhicule de catégorie A ou C disposant d'un équipage répondant aux exigences du présent décret.

Ce tableau est communiqué au SAMU, à la caisse primaire d'assurance maladie chargée du versement de la rémunération aux entreprises de transport sanitaire, ainsi qu'aux entreprises de transport sanitaire du département.¹¹

Pendant la garde, toutes les demandes de transports sanitaires urgents sont adressées au SAMU.

Conformément à la convention signée par le SAGU 30 (Service des Ambulanciers Gardois pour l'Urgence) et le CHU de Nîmes, un coordonnateur ambulancier est présent au sein du centre 15. Il est chargé de veiller à l'utilisation optimale des moyens privés de transports sanitaires privés en vue d'apporter dans les meilleurs délais une réponse adaptée aux demandes d'aide

¹⁰ Circulaire du 29 mars 2004 n°2004-151

¹¹ Décret du 30 novembre 1987 n° 87-965 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres

Ainsi, le SMUR assure l'intervention d'une équipe hospitalière médicalisée, en vue, d'une part, de la prise en charge de tous les patients, sans distinction d'âge ni de pathologie, dont l'état requiert de façon urgente des soins médicaux et de réanimation, notamment du fait d'une détresse vitale patente ou potentielle, et, d'autre part, le cas échéant, de leur transport vers un établissement de santé apte à assurer la suite des soins.

L'équipe hospitalière médicalisée doit également assurer le transfert entre deux établissements de santé des patients nécessitant une surveillance médicale pendant le trajet.⁷

Le SMUR peut être constitué soit des moyens propres de l'hôpital soit, par conventions prévues à l'article D 712-73 du Code de la Santé Publique, des moyens mis à disposition par des organismes publics ou privés.

Lorsque les services d'incendie et de secours ou les entreprises de transport sanitaire privées ont passé convention avec un centre hospitalier afin que ce dernier dispose des véhicules et personnels nécessaires, les personnels et véhicules mis à disposition n'interviennent pas au nom du service d'incendie et de secours, ou de l'entreprise, mais en tant que prestataires du service hospitalier. Ils sont, dans ce cadre et pour la réalisation de cette mission, placés sous l'autorité fonctionnelle du chef de service du SMUR.⁸

3/ LES MISSIONS DES AMBULANCIERS PRIVES

Les entreprises de transport sanitaire agréées par le préfet du Gard ont l'obligation d'assurer un tour de garde par secteur, notamment pour répondre aux demandes de transport sanitaire urgent relayées par les centres 15 à la demande d'un médecin.⁹

Dans le cadre de leur participation à l'aide médicale urgente, les ambulanciers 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 les transports des patients vers les établissements de santé conformément à la décision du médecin régulateur et au libre choix du patient. Ainsi,

⁷ Article 712-71-1 du Code de la Santé Publique

⁸ Circulaire du 29 mars 2004 n°2004-151

⁹ Article L6312-5 du Code de la Santé Publique

Il vérifie que les moyens arrivent effectivement dans les délais nécessités par l'état de la personne concernée et assure le suivi des interventions. La détermination par le médecin régulateur de la réponse la mieux adaptée se fonde sur trois critères :

- l'estimation du degré de gravité avérée ou potentielle de l'atteinte à la personne concernée,
- l'appréciation du contexte,
- l'état et les délais d'intervention des ressources disponibles.

La régulation médicale doit être systématique, quels que soient le lieu où se trouve la personne et le cheminement initial de l'appel. Elle suppose le suivi des différentes phases de la prise en charge de la personne concernée.

Toutefois les interventions médicalisées réalisées par les médecins sapeurs pompiers dans le cadre du soutien sanitaire aux sapeurs pompiers en opération ne relèvent pas de la régulation du centre 15. Néanmoins, leurs interventions sont signalées au SAMU dès lors que la situation est susceptible de comporter une action de secours à personne.

En cas de pathologie grave nécessitant une médicalisation rapide, le médecin régulateur fait immédiatement intervenir le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation. Le recours à un SMUR hélicoptéré est décidé par le médecin régulateur. Il peut faire intervenir en complément du SMUR, ou à défaut seul, tout autre moyen adapté. Il peut notamment faire intervenir les moyens médicaux du service de santé et de secours médical (SSSM) du SDIS⁵. La non disponibilité des moyens dans un délai satisfaisant pour le régulateur est le seul facteur de non réponse du SDIS à une demande du Centre 15 relative à une situation d'urgence.

2/ LE SERVICE MOBILE D'URGENCE ET DE REANIMATION (SMUR)

Le SMUR a pour mission d'apporter 24 heures sur 24, sur décision du médecin régulateur, en tous lieux et sur l'ensemble du territoire, la médicalisation des interventions auprès des patients dont l'état nécessite une surveillance ou des soins médicaux d'urgence et de réanimation.

Les interventions du service mobile d'urgence et de réanimation sont déclenchées et coordonnées par le centre 15 de réception et de régulation des appels (CRRRA).⁶

⁵ Circulaire du 29 mars 2004 n°2004-151

⁶ Circulaire du 29 mars 2004 n°2004-151

Le SAMU a pour mission de répondre, par des moyens exclusivement médicaux, aux situations d'urgence. Il est chargé :

- d'assurer une écoute médicale permanente ;
- de déterminer et de déclencher, dans le délai le plus rapide, 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, compte tenu du respect du libre choix, et de faire préparer son accueil ;
- d'organiser, le cas échéant, le transport 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.²

Le SAMU participe à la mise en œuvre des plans ORSEC et des plans d'urgence et peut participer à la couverture médicale des grands rassemblements.

Outre les missions directement liées à l'exercice de l'aide médicale urgente, il assure des tâches de formation, d'enseignement, de recherche, de prévention et d'éducation sanitaire.³

En cas de pathologie grave nécessitant une médicalisation rapide, le SAMU fait immédiatement intervenir le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.⁴

1-2 LE MEDECIN REGULATEUR

Le médecin régulateur est chargé d'évaluer la gravité de la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles (médecins généralistes, SMUR, ambulances) et, si besoin, de solliciter auprès du SDIS ses moyens, en vue d'apporter la réponse la plus appropriée à l'état du patient, de veiller à ce que les soins nécessaires lui soient effectivement délivrés et à l'optimisation de la prise en charge.

A cet effet, le médecin régulateur coordonne l'ensemble des moyens mis en œuvre dans le cadre de l'aide médicale urgente. La régulation permet d'orienter le patient directement vers le plateau technique requis et d'assurer un accueil hospitalier adapté.

² Article 3 du Décret du 16 décembre 1987 n°87-1005, repris dans la circulaire du 29 mars 2004

³ Articles 4, 5, 6 du Décret du 16 décembre 1987 n°87-1005

⁴ Circulaire du 29 mars 2004 n°2004-151 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente

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

Vu la circulaire DHOS/O1/2003/204 du 23 avril 2003 relative à l'organisation de la garde ambulancière

Vu la circulaire DHOS/O1/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

Vu la circulaire DHOS/DDSC n° 151-2004 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente.

Vu l' arrêté du directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du Languedoc Roussillon n°DIR/406/12/2003 du 24 décembre 2003 portant approbation du schéma d'organisation sanitaire, volet relatif aux SMURS, modifié par arrêté n°DIR/328/9/2004 du 30 septembre 2004.

Vu l'arrêté préfectoral 2004 - 136 - 5 du 4 juin 2004 déterminant l'organisation de la permanence ambulancière (notamment le cahier des charges annexé)

Il est convenu et arrêté entre les parties contractantes les dispositions opérationnelles suivantes :

I. FORMALISATION DES COMPETENCES

1/ LE SERVICE D'AIDE MEDICALE URGENTE (SAMU)

1-1 LE SAMU

Le SAMU comporte un centre de réception et de régulation des appels. Pour répondre dans les délais les plus brefs aux demandes d'aide médicale urgente, les centres de réception et de régulation des appels sont dotés d'un numéro d'appel téléphonique unique, le 15. Les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés dans le respect du secret médical avec les dispositifs de réception des appels destinés aux services de police et aux services d'incendie et de secours¹.

¹ Article L6112-5 du Code de la Santé Publique

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L.6311-1 à L.6314-1 et R 712-71 à R 712-83 ;

Vu le Code général des Collectivités territoriales, notamment ses articles L1424-1 à L1424-50 et articles R1424-1 à R1424-55 ;

VU le décret n° 87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires modifié par le décret 2003-880 du 15 septembre 2003.

Vu le décret n° 87-965 du 30 novembre 1987 modifié relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres

Vu le décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au 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 2000-1162 du 28 novembre 2000 relatif aux missions et à l'organisation de la brigade des sapeurs-pompiers

Vu le décret n° 2003-674 du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire

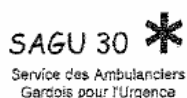
Vu l'arrêté du 23 juillet 2003 fixant les périodes de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire

Vu la circulaire du 18 septembre 1992 relative aux relations entre le SDIS et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours (point IB et IIC)

Vu la circulaire n° 98-483 du 29 juillet 1998 relative à la participation des transporteurs sanitaires privés à l'aide médicale urgente

SOMMAIRE

I. FORMALISATION DES COMPETENCES	4
1/ LE SERVICE D'AIDE MEDICALE URGENTE (SAMU)	4
1-1 LE SAMU	4
1-2 Le médecin régulateur.....	5
2/ LE SERVICE MOBILE D'URGENCE ET DE REANIMATION (SMUR)	6
3/ LES MISSIONS DES AMBULANCIERS PRIVES.....	7
4/ LES MISSIONS DU SERVICE DEPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS (SDIS).....	9
II. MOYENS DE COMMUNICATION ET PROCEDURES D'INTERVENTION.....	11
1/ INFORMATIONS ET ECHANGES ENTRE LE SAMU ET LE SDIS AVANT L'INTERVENTION	11
1-1 L'interconnexion	11
1-2 La conférence à trois.....	12
2/ MODALITES DE DECLENCHEMENT DES SECOURS.....	12
2-1 moyens médicaux	12
2-2 moyens non médicaux.....	13
3/ INFORMATIONS ET ECHANGES PENDANT L'INTERVENTION.....	13
III. EVALUATION ET SUIVI DE L'ACTIVITE	14
IV. PROCEDURE DE MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION.....	15
V. ANNEXES.....	16
ANNEXE 1 : NOMENCLATURE DES NATURES D'INTERVENTION DU SDIS DANS LE CADRE DU SECOURS A PERSONNES.....	16
ANNEXE 2 : DONNEES DU BILAN A TRANSMETTRE AU CRRA 15	19
ANNEXE 3 : PROCEDURES DE TRAITEMENT DES APPELS	21
1/ aboutissant au 112.....	21
2/ aboutissant au(x) CTA 18.....	22
3/ aboutissant au CRRA 15.....	23
ANNEXE 4 :PROCEDURES D'INTERVENTIONS	24
1/ Arrivée des secours.....	24
2/ au cours de l'intervention.....	25



CONVENTION OPERATIONNELLE

RELATIVE AU ROLE DU SAMU, DU SDIS ET DES AMBULANCIERS DANS L'AIDE MEDICALE URGENTE

Conclue entre :

**LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NIMES, SIEGE DU SERVICE D'AIDE
MEDICALE URGENTE (SAMU),**

Représenté par son Directeur général, Monsieur Guy MAZEREAU

**LA DIRECTION DEPARTEMENTALE DES SERVICES D'INCENDIE ET DE SECOURS DU
DEPARTEMENT DU GARD**

Représenté par son Directeur, le Colonel Christian SIMONET

LE SERVICE DES AMBULANCIERS GARDOIS POUR L'URGENCE

Représenté par son Président, Monsieur Gérard LEPINEUX

Nîmes, le 17 décembre 2004

ANNEXE 4 :
CONVENTION TRIPARTITE SIGNEE
DANS LE GARD LE 17 DECEMBRE 2004

2- Suivi et évaluation des ces conventions

2-1 - Au plan local

Le bon déroulement de la mise en œuvre de ces conventions dépend de la qualité de la collaboration des signataires de cette convention et de la régularité de leur échanges.

A cette fin, il est important que la convention prévoie une procédure de suivi régulier de l'application de ces procédures opératoires. Des rencontres périodiques entre les trois acteurs doivent être organisées au moins tous les trimestres afin qu'un dialogue constructif se noue entre eux. Lors de ces réunions seront examinées des statistiques s'appuyant sur une analyse commune de la mise en place effective de la convention. A cette fin, seront annexés à la convention les indicateurs de suivi qui seront retenus, dont l'annexe à la présente circulaire détaille une liste non limitative.

Les situations où la mise en œuvre des critères d'interventions conventionnels n'a pas été possible devront être également évoquées, ainsi que la mise en place de tout moyen permettant d'améliorer la qualité de la réponse.

Les acteurs réaliseront ensemble une évaluation annuelle de la mise en œuvre de la convention et la présenteront au CODAMUPS. Au vu des résultats de cette dernière, des avenants à la convention pourront être établis si besoin.

2-2 - Au plan national

Un groupe d'appui national désigné conjointement par le ministère de la santé et le ministère de l'intérieur, pourra soutenir la mise en œuvre de ces conventions en cas de difficultés constatées localement. Ce groupe interviendra suite à une demande formulée par le préfet de département. Il sera également chargé d'organiser les remontées d'informations sur ces conventions et notamment les initiatives locales innovantes.

Enfin, il vous est demandé de transmettre simultanément au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, à l'attention de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (sous direction de l'organisation du système de soins) et au ministère de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, à l'attention de la direction de la défense et de la sécurité civiles- sous direction des sapeurs-pompiers un bilan de la mise en œuvre de ces conventions un an après la publication de la présente circulaire. Cette remontée d'information permettra d'effectuer une évaluation nationale

III- FORMALISATION CONVENTIONNELLE ENTRE LES TROIS ACTEURS

Afin de garantir une bonne coordination des trois acteurs des urgences pré hospitalières, des conventions tripartites SAMU / SDIS / ambulanciers privés devront être élaborées. Dans les départements où des conventions ont été passées suite aux circulaires de 1992 et de 1996, celles ci devront être actualisées pour tenir compte de la présente circulaire et de l'implication des ambulanciers privés dans ce dispositif. Ces derniers devront donc être signataires de la convention.

Les partenaires n'ayant pas encore contractualisés à ce sujet sont invités à engager cette démarche dans les plus brefs délais

1- Contenu des conventions tripartites

Une convention sera signée par le SDIS, le centre hospitalier siège de SAMU et le ou les associations de transports sanitaires d'urgence. Elle formalisera les principes de répartition des compétences ci-dessus énoncées. Elles seront adaptées aux circonstances locales du département et donc évolutives afin que soit retenu le meilleur mode de prise en charge des patients.

En effet, dans un souci de qualité et de sécurité de la prise en charge des malades et des blessés, certains aménagements exceptionnels, dérogoires aux principes de répartition des compétences pourront être justifiés compte tenu des particularités de l'offre de transports sanitaires sur certaines zones.

La détermination de ces zones particulières ne doit pas rester figée pendant la totalité de la durée de la convention. Elle doit être adaptée aux réalités locales, démographiques, socio-économiques qui évoluent.

Cette convention établira précisément les procédures de traitement de l'alerte et procédures d'intervention, protocolisera les délais d'intervention.

Cette convention est de caractère organisationnel. Elle ne se substitue pas aux conventions financières qui seront passées entre le SAMU et le SDIS pour la prise en charge des transports sanitaires effectués par les SDIS en cas d'indisponibilité des ambulanciers privés.

Enfin, cette convention précisera les modalités de suivi de la mise en œuvre ainsi que les modes d'évaluation par les trois acteurs, SAMU, SDIS et ambulanciers. Il incombe au préfet de s'assurer que ces derniers se réunissent régulièrement.

Une évaluation régulière trimestrielle du dispositif ainsi qu'un état des lieux devront être réalisés par les trois partenaires. Ils présentent annuellement le bilan de la mise en œuvre de ces travaux devant le Comité Départemental d'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins. Cette présentation sera notamment l'occasion de vérifier au regard de la situation départementale la légitimité du maintien de telles dérogations ou l'opportunité de créer de nouvelles zones.

prend seul en charge une intervention dont l'alerte lui a été retransmise par l'autre, il est indispensable que celui-ci communique au centre ayant transmis l'appel, le type de moyen qu'il a déclenché ainsi que les délais d'intervention de ce moyen. La présentation des moyens sur les lieux de l'intervention fera l'objet d'une information mutuelle entre les services.

Lorsque l'appel est arrivé au stationnaire du 18, l'interconnexion des centres 15 et 18 doit intervenir systématiquement et comporter, chaque fois que c'est possible, le transfert de l'appel ou une conférence téléphonique à trois afin de faciliter la régulation médicale.

De même, lorsque l'appel est arrivé au permanencier du centre 15 et nécessite l'envoi de moyens du SDIS, l'interconnexion des centres 15 et 18 doit intervenir systématiquement et comporter, chaque fois que possible, le transfert d'appel ou une conférence téléphonique à trois afin de faciliter et accélérer l'envoi de ces moyens.

Lorsque le SSSM intervient pour un secours d'urgence ou dans le cadre de l'aide médicale urgente, les messages médicaux qu'il envoie parviennent de façon aussi simultanée que possible au CODIS et au CRRA 15 du SAMU. Un dialogue peut ainsi s'établir directement entre le médecin du SSSM et le médecin régulateur du SAMU.

B- Prompt secours

Une interconnexion opérationnelle, complétée par une action harmonieuse des différents participants de la chaîne des urgences pré hospitalières, selon les règles ci-dessus précisées, devrait permettre une prise en charge efficace de l'ensemble des demandes d'aide médicale urgente.

Toutefois, exceptionnellement, le centre de traitement de l'alerte peut être saisi d'un cas nécessitant un départ immédiat des sapeurs-pompiers.

Ainsi que le précisait la circulaire du 18 septembre 1992, le prompt secours se caractérise par une action de secouristes agissant en équipe et visant à prendre en charge sans délai des détresses vitales ou à pratiquer sans délai des gestes secourisme. Il est assuré par des personnels formés et équipés. Son intérêt réside dans son caractère réflexe, il ne doit en aucun cas conduire à des actions relevant de la compétence des SMUR, des médecins généralistes, et/ ou des ambulanciers privés voire du simple conseil.

Lorsque le CTA 18 reçoit un appel comportant, un risque vital imminent (détresse vitale avérée ou potentielle) le stationnaire du service d'incendie et de secours peut déclencher d'emblée les moyens secouristes des services d'incendie et de secours. Il transmet immédiatement l'information au centre 15 du SAMU et, chaque fois que c'est possible, lui transfère l'appel ou met en œuvre une conférence téléphonique entre l'appelant, le Samu et le CTA, en vue d'une régulation médicale.

Dès l'arrivée de l'équipe sur le lieu d'intervention, les sapeurs-pompiers transmettent un bilan de l'état du patient au médecin régulateur du centre 15. Ce dernier peut après cet échange d'information et régulation, interrompre l'intervention des moyens du SDIS lorsque cette intervention n'est pas adaptée à la situation. Le médecin régulateur peut également décider l'envoi d'un ambulancier privé pour assurer le transport du patient et il informe alors personnellement l'entourage de la victime. Les moyens du SDIS sont désengagés après avis du médecin régulateur.

hospitalier doit passer alors convention avec le SDIS en application du dispositif prévu au I-2-2 susvisé.

En dehors des évacuations, et des transports effectués en tant que prestataires des services mobiles d'urgence et de réanimation, les sapeurs pompiers n'ont pas pour mission de réaliser des transports sanitaires. Ces derniers n'interviennent pour réaliser des transports sanitaires non médicalisés, qu'exceptionnellement, en cas d'indisponibilité des ambulanciers privés et à la demande du SAMU.

La carence est avérée quand les ambulanciers sont dans l'impossibilité de répondre à la demande de transport sanitaire faite par le centre 15, faute de moyens matériels ou humains mobilisables dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient.

L'indisponibilité des ambulanciers privés doit nécessairement être constatée au préalable par le médecin régulateur du centre 15. La régulation médicale du centre de réception et de régulation des appels est en effet un préalable indispensable à tout envoi de moyens de transports sanitaires d'urgence.

Le SDIS dispose d'un Service de Santé et de Secours Médical qui, conformément à l'article R1424-24 du code général des collectivités territoriales, participe aux missions de secours d'urgence et à l'aide médicale urgente.

Dans le cadre de l'aide médicale urgente, le médecin régulateur du SAMU peut s'adresser au SDIS afin de solliciter les moyens du SSSM.

Lorsqu'ils agissent dans un autre cadre, conformément aux missions qui leur sont dévolues par la loi du 3 mai 1996, leurs interventions sont signalées au SAMU dès lors que la situation est susceptible de comporter une action de secours à personne.

Des procédures spécifiques doivent être définies localement sur ces points.

Pour faciliter cette participation à l'aide médicale urgente, le SDIS et le SAMU se communiquent réciproquement tous les semestres l'état et l'organisation de leurs moyens opérationnels.

II- PROCEDURES OPERATOIRES

A- Interconnexion et information mutuelle

La mise en œuvre d'une réponse adaptée aux besoins du patient, nécessite des relations étroites entre les centres de réception et de régulation des appels (CRRA) du SAMU et les centres de traitement de l'alerte (CTA).

Ces relations sont assurées grâce à l'interconnexion des deux dispositifs de traitement des appels.

Tout déclenchement d'une opération de secours à victimes impliquant les deux services doit être accompagné d'une information opérationnelle réciproque. Cette information mutuelle entre le 15 et le 18 concerne non seulement la retransmission initiale des données de l'alerte, mais également le déclenchement des opérations et leur suivi. Lorsqu'un service

départementale assurant la permanence du transport sanitaire. Elle doit aussi faire l'objet d'organisation spécifique dans la journée. A cette fin, des travaux vont être menés par le ministère de la santé avec les professionnels afin de mieux organiser la réponse de ces derniers dans la journée.

4 - Les missions des Services Départementaux d'Incendie et de Secours

Le service départemental d'incendie et de secours dispose :

- d'un centre opérationnel départemental d'incendie et de secours chargé de la coordination de l'activité opérationnelle des services d'incendie et de secours au niveau du département,
- d'un, ou, si nécessaire, plusieurs centres de traitement de l'alerte, chargés de la réception, du traitement et de la réorientation éventuelle des demandes de secours,
- d'un service de santé et de secours médical qui participe, notamment, aux missions de secours d'urgence.

Conformément à la loi n° 96-369 du 3 mai 1996, les victimes d'accident ou de sinistre et leur évacuation relèvent des services d'incendie et de secours lorsque leur état nécessite un secours d'urgence ou lorsque l'intervention nécessite un secours en équipe (sauvetage, soustraction à un danger ou à un risque).

Les missions confiées aux services d'incendie et de secours consistent donc à délivrer des secours d'urgence lorsque l'atteinte à l'individu est caractérisé par un dommage corporel provenant d'une action imprévue et soudaine, d'une cause ou d'un agent agressif extérieurs.

Le lieu d'intervention s'il ne constitue pas un élément prépondérant dans l'attribution des missions, reste déterminant pour ce qui concerne les demandes d'intervention sur la voie publique et dans des lieux publics qui présentent par leur nature un risque d'aggravation ou de pauvreté des informations transmises lors de l'alerte. La rapidité requise dans ces circonstances pourra justifier un envoi immédiat des moyens secouristes des services d'incendie et de secours.

Après l'arrivée sur les lieux d'un VSAV, un bilan doit être systématiquement transmis au centre 15.

L'évacuation d'une victime consiste en un transport sous surveillance par équipier formé, suite à une intervention, après orientation par le médecin régulateur vers la structure médicale adaptée la plus proche.

Le médecin régulateur peut juger utile un renfort médical alors que le patient est installé dans le véhicule des sapeurs pompiers en vue de son évacuation. Dans ce cas particulier, l'évacuation sera médicalisée. L'équipe mobile hospitalière, lorsqu'elle assure elle-même la surveillance d'un patient dont les soins sont effectués à l'intérieur d'un VSAV, bénéficie du concours du personnel du SDIS. Ces situations doivent rester ponctuelles et liées à une dégradation de l'état du patient au cours de la mission. Si ces évacuations médicalisées s'avèrent un moyen de compléter de manière régulière les moyens du SMUR, le centre

La régulation médicale doit être systématique quels que soient le lieu où se trouve la personne et le cheminement initial de l'appel.

En cas de pathologie grave nécessitant une médicalisation rapide, le SAMU fait immédiatement intervenir les Services Mobiles d'Urgences et de Réanimation, le médecin régulateur peut faire intervenir en complément du SMUR, ou à défaut seul, tout autre moyen adapté, notamment les moyens médicaux du service de santé et de secours médical (SSSM) des SDIS.

2-2- Le SMUR

Les SMUR ont pour mission d'apporter 24 heures sur 24, sur décision du médecin régulateur, en tous lieux et sur l'ensemble du territoire, la médicalisation des interventions auprès des patients dont l'état nécessite une surveillance ou des soins médicaux d'urgence et de réanimation.

Le SMUR en application de l'article D. 712-73 du code de la santé publique peut être constitué soit par les moyens propres de l'hôpital soit, dans le cadre de convention, par des organismes publics ou des organismes privés.

Lorsque les services d'incendie et de secours ou les entreprises de transport sanitaire privées ont passé convention avec un centre hospitalier afin que ce dernier dispose des véhicules et personnels nécessaires, les personnels et véhicules mis à disposition n'interviennent pas au nom du service d'incendie et de secours, ou de l'entreprise, mais en tant que prestataires du service hospitalier. Ils sont, dans ce cadre et pour la réalisation de cette mission, placés sous l'autorité fonctionnelle du chef de service du SMUR.

3 - Les missions des ambulanciers privés

Dans le cadre de leur participation à l'aide médicale urgente, les ambulanciers 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 les transports des patients vers les établissements de santé conformément à la décision du médecin régulateur et au libre choix du patient.

Les ambulanciers peuvent être amenés, à la demande du SAMU, à réaliser un bilan secouriste.

Pendant le transport, l'ambulancier titulaire du Certificat de Capacité d'Ambulancier veille à la surveillance du patient et l'exécution des gestes appropriés à l'état du patient.

Des formations de mise à jour des compétences des ambulanciers dans le domaine de la réponse à l'urgence pourront être organisées par les SAMU.

Afin de réduire au maximum les constats d'indisponibilité, les ambulanciers privés s'organisent pour garantir en permanence une réponse rapide et de qualité aux demandes du SAMU. Cette réponse doit être organisée pendant les heures de garde préfectorale, conformément au décret n° 2003-674 du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde

Cette répartition doit aujourd'hui tenir compte de l'apport de la loi n° 96-369 du 3 mai 1996, dont l'article 2 dispose que les services d'incendie et de secours dans le cadre de leur compétence concourent aux secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres et de catastrophes ainsi qu' à leur évacuation.

Dans ce texte, le lieu géographique qu'il soit public ou privé ne constitue donc plus un facteur déterminant d'attribution de compétences.

2 - Missions des services de santé hospitaliers : SAMU, SMUR

2-1- Le SAMU

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

- d'assurer une écoute médicale permanente,
- de déterminer et 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 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.

Le médecin régulateur est chargé d'évaluer la gravité de la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles (médecins généralistes, SMUR, ambulances) et, si besoin, de solliciter auprès du SDIS ses moyens, en vue d'apporter la réponse la plus appropriée à l'état du patient et de veiller à ce que les soins nécessaires lui soient effectivement délivrés.

A cet effet, le médecin régulateur coordonne l'ensemble des moyens mis en œuvre dans le cadre de l'aide médicale urgente. Il vérifie que les moyens arrivent effectivement dans les délais nécessités par l'état de la personne concernée et assure le suivi des interventions.

La détermination par le médecin régulateur de la réponse la mieux adaptée se fonde sur trois critères : l'estimation du degré de gravité avérée ou potentielle de l'atteinte à la personne concernée ; l'appréciation du contexte ; l'état et les délais d'intervention des ressources disponibles.

La régulation médicale nécessite des informations précises, rapides et actualisées. Dans le meilleur des cas, elle repose sur le dialogue entre le médecin régulateur et la personne concernée. Du fait des circonstances, ce dialogue ne peut pas toujours être direct. Mais il importe que tout soit fait pour qu'il soit le plus direct possible, notamment par l'interconnexion des centres d'appel permettant le transfert de l'appel ou la conférence téléphonique.

La régulation médicale suppose le suivi des différentes phases de la prise en charge de la personne concernée.

Textes abrogés

I A- IIA, B et D de la circulaire du 18 septembre 1992 relative aux relations entre le SDIS et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours

« 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)

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 Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR), les Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS) et les ambulanciers privés agissent de manière concertée et en synergie. Il est donc nécessaire d'établir une répartition claire des compétences de chacun, des procédures établies, bien comprises par tous et pouvant faire l'objet d'évaluations régulières.

Une première clarification des missions respectives des SAMU et des sapeurs-pompiers a été réalisée par les circulaires du 18 décembre 1992 et du 2 février 1996. Ces deux circulaires incitaient les centres hospitaliers sièges de SAMU et les services d'incendie et de secours à passer des conventions opérationnelles de coopération.

La loi n° 96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours et les décrets n°97-616 et 97-620 du 30 mai 1997 relatifs aux SMUR, rendent nécessaires leur actualisation. Cette révision permettra de clarifier le rôle des ambulanciers privés dans la chaîne des urgences pré hospitalières et de préciser les modalités de partenariat avec le SAMU et le SDIS.

C'est dans ce but que le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées a mené, en collaboration avec le ministère de l'intérieur, des réflexions sur cette révision. Les professionnels du SAMU, des ambulanciers et des sapeurs-pompiers y ont également été associés.

Cette circulaire est le résultat de cette étroite concertation et précise les modalités de coopération de ces trois partenaires dans le domaine de l'aide médicale urgente, chacun d'entre eux ayant la responsabilité d'organiser ses propres interventions et d'assurer la maîtrise de ses moyens.

I- MISSIONS RESPECTIVES ET COORDINATION DES DIFFERENTS ACTEURS

A - Une nécessaire clarification des missions

1 - L'actualisation des critères

Les circulaires de 1992 et 1996 optaient pour une répartition territoriale des compétences.

L'application concrète de ces circulaires a posé quelques problèmes d'interprétation et de mise en œuvre sur le terrain.

Résumé:

L'efficacité de l'organisation des urgences pré hospitalières nécessite une collaboration effective et renforcée entre les services d'aide médicale urgente (SAMU), les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et les ambulanciers privés. A cette fin, les trois partenaires devront passer des conventions tripartites formalisant leurs relations et adaptant les principes nationaux de compétence, ci-dessous précisés, aux particularités locales.

Textes de référence :

- Code de la santé publique- Articles L.6311-1 à L.6314-1 et R 712-71 à R 712-83
- Code général des collectivités territoriales, articles L1424-1 à L1424-50 et articles R1424-1 à R1424-55
- Décret n° 87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires modifié par le décret 2003-880 du 15 septembre 2003.
- Décret n° 87-965 du 30 novembre 1987 modifié relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres
- Décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au SAMU
- 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
- Décret 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
- Décret 2000-1162 du 28 novembre 2000 relatif aux missions et à l'organisation de la brigade des sapeurs-pompiers
- 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
- Arrêté du 23 juillet 2003 fixant les périodes de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire
- Circulaire du 18 septembre 1992 relative aux relations entre le SDIS et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours (point IB et IIC)
- Circulaire n° 98-483 du 29 juillet 1998 relative à la participation des transporteurs sanitaires privés à l'aide médicale urgente
- Circulaire n° 99-471 du 12 août 1999 relative aux modalités de facturation des transports sanitaires dans le cadre de leur participation à l'aide médicale urgente organisée par la convention - type annexée à la circulaire du 29 juillet 1998
- Circulaire DHOS/O1/2003/204 du 23 avril 2003 relative à l'organisation de la garde ambulancière
- Circulaire DHOS/O1/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences



LE MINISTRE DE LA SANTE
DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES
HANDICAPEES

LE MINISTRE DE L'INTERIEUR
DE LA SECURITE INTERIEURE
ET DES LIBERTES LOCALES

A

MESDAMES ET MESSIEURS
LES PREFETS DE DEPARTEMENTS

Direction Départementale
des Affaires Sanitaires et Sociales
(pour application)

Services départementaux d'incendie et de
secours
(pour application)

MESDAMES ET MESSIEURS
LES DIRECTEURS D'AGENCE
REGIONALE DE L'HOSPITALISATION
(pour application)

MESDAMES ET MESSIEURS
LES PREFETS DE REGION

NOR INT E 04 00038 C

Direction Régionale
des Affaires Sanitaires et Sociales
(pour information)

**CIRCULAIRE N° 151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des
ambulanciers dans l'aide médicale urgente.**

Date d'application : immédiate

Mots clés : aide médicale urgente, SAMU, SDIS, ambulanciers privés, conventions tripartites

ANNEXE 3 :
CIRCULAIRE DU 29 MARS 2004

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Dominique BELLION Damien ALARY Christian FLAISSIER	Préfet du Gard Président du Conseil général du Gard Président du conseil d'administration du SDIS du Gard
Catherine DARDE Serge DELHEURE Béatrice BLOCHE	Directrice de l'Agence Régionale d'hospitalisation Directeur départemental de l'action sanitaire et sociale du Gard Médecin inspecteur de santé publique
Colonel SIMONET Colonel Thierry PRUNET Colonel ORCEL	Directeur du SDIS du Gard Médecin chef du SSSM du Gard Médecin chef-adjoint du SSSM du GARD
Professeur Jean-Emmanuel de la COUSSAYE Docteur Olive ONDE	Chef de service du SAMU/SMUR du CHU de Nîmes Régulation centre 15-SAMU 30
Pierre GAUER Simone CLEMENT	Directeur Général par intérim du CHU de Nîmes Directrice adjointe, chargée de l'administration générale et des affaires médicales
Bernard AIGON Christophe BACOU	Directeur adjoint, chargé des établissements Directeur, chargé des ressources matérielles
Monsieur LEPINEU Yves GUINCOLAS	Président du SAIGU du Gard, Vice-Président du SAIGU
Docteur Luce ARENE-GAUTREAU	Présidente du conseil départemental de l'Ordre des médecins du Gard
Docteur Florian KOMAC Docteur Patrick DUTILLEUL	Président de l'UGDUM Vice-Président
Colonel Bruno FLEURY Docteur Henri JULIEN Philippe DESCHAMPS	Chef du service de l'inspection de la sécurité civile Chef de bureau à la DDSC
Myriam REVEL Véronique BILLAUD Laurence LAMY	Sous directrice de l'organisation du système de soins, DHOS Chef de bureau à la DHOS Bureau O1, DHOS
Marc GIROUD Monsieur BRUCHETTI	Président de SAMU de France Président de la commission santé de la fédération nationale des sapeurs pompiers

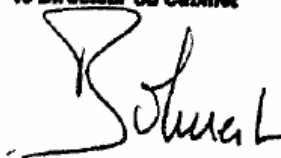
ANNEXE 2 :
Liste des personnes rencontrées

représentants élus concernés, président de Conseil Général et président du Conseil d'Administration du SDIS.

Vous veillerez à composer cette mission à parité de membres de l'Inspection générale des affaires sociales et de membres de l'Inspection générale de l'Administration et de l'Inspection de la défense et de la sécurité civiles.

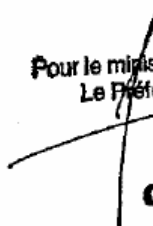
Vous voudrez bien nous remettre début septembre les conclusions de la mission.

*Pour le ministre et par délégation,
le Directeur du Cabinet*



Benoît BOHNERT

*Pour le ministre d'Etat et par délégation,
Le Préfet, directeur du cabinet*



Claude GUEANT



Ministère de l'intérieur
et de l'aménagement du territoire

Ministère de la santé et des solidarités

DDSC/SDSPAS/BSIS N° 2006-158

Paris le 7 juin 2006

Le ministre d'Etat, ministre de l'intérieur
et de l'aménagement du territoire

Le ministre de la santé et des solidarités

à

Monsieur le chef de l'Inspection générale de l'administration
Madame la chef de l'Inspection générale des affaires sociales
Monsieur le chef de l'Inspection de la défense et de la sécurité
civiles

Objet : Mission inter-inspections d'évaluation des dispositifs de secours à personne et d'aide médicale urgente dans le Gard.

Le département du Gard connaît, depuis plusieurs années, des relations extrêmement tendues entre les différents services compétents en matière de prise en charge des demandes concernant le secours à personne, l'aide médicale urgente et la permanence des soins en médecine ambulatoire.

Cette situation, qui pourrait être une source de dysfonctionnements, inquiète les élus gardois et le préfet du département.

Dans ce contexte, il nous semble souhaitable de vous saisir pour mener une mission d'évaluation du fonctionnement des dispositifs de secours à personne et d'aide médicale urgente, notamment au regard des dispositions spécifiques les organisant. Sur la base de cette évaluation, qui devra déboucher sur un diagnostic partagé de l'ensemble des acteurs concernés, la mission devra proposer une organisation à mettre en place dans le département, respectant les compétences et les obligations de chacun. Cette mission devra veiller particulièrement à associer étroitement les autorités respectivement compétentes sur les différents champs évalués, tels que le préfet de département, le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et les

...

Inspection Générale de l'Administration
10 JUL. 2006
06597 ARRIVÉE

**ANNEXE 1 :
LETTRE DE MISSION**