

AIX-MARSEILLE UNIVERSITÉ  
ET  
ÉCOLE NATIONALE SUPÉRIEURE DES OFFICIERS DE SAPEURS-POMPIERS

**AIDE MÉDICALE URGENTE, SECOURS D'URGENCE A PERSONNE,  
TRANSPORT SANITAIRE URGENT : UN SYSTÈME DE  
PRISE EN CHARGE PRÉHOSPITALIÈRE EN TENSION**

**Diagnostic du cas Franc-Comtois**

INSTITUT DE MANAGEMENT PUBLIC ET GOUVERNANCE TERRITORIALE  
Master II Droit et management publics des collectivités territoriales

Capitaine Guillaume ROYER

*Version universitaire*

ANNÉE 2018

**Directrice universitaire du mémoire :**  
Madame Sophie LAMOUREUX

**Directeur professionnel du mémoire :**  
Monsieur le Contrôleur Général  
Stéphane BEAUDOUX,  
Directeur départemental des services  
d'incendie et de secours du Doubs



AIX-MARSEILLE UNIVERSITÉ  
ET  
ÉCOLE NATIONALE SUPÉRIEURE DES OFFICIERS DE SAPEURS-POMPIERS

**AIDE MÉDICALE URGENTE, SECOURS D'URGENCE A PERSONNE,  
TRANSPORT SANITAIRE URGENT : UN SYSTÈME  
DE PRISE EN CHARGE PRÉHOSPITALIÈRE EN TENSION**

**Diagnostic du cas Franc-Comtois**

INSTITUT DE MANAGEMENT PUBLIC ET GOUVERNANCE TERRITORIALE  
Master II Droit et management publics des collectivités territoriales

Capitaine Guillaume ROYER

*Version universitaire*

ANNÉE 2018

**Directrice universitaire du mémoire :**  
Madame Sophie LAMOUREUX

**Directeur professionnel du mémoire :**  
Monsieur le Contrôleur Général  
Stéphane BEAUDOUX,  
Directeur départemental des services  
d'incendie et de secours du Doubs

## **REMERCIEMENTS**

Le présent document a été réalisé dans le cadre d'une reprise d'étude universitaire, en partenariat avec l'école nationale supérieure des officiers de sapeurs-pompiers et Aix-Marseille université.

Je tiens tout d'abord à remercier le colonel René CELLIER, directeur départemental des services d'incendie et de secours du Doubs par intérim en 2016, pour m'avoir autorisé à suivre ce cursus.

Je souhaite ensuite remercier ma directrice universitaire, madame Sophie LAMOUREUX, pour l'accompagnement et la qualité de ses conseils.

Merci également à Monsieur le contrôleur général Stéphane BEAUDOUX, directeur départemental des services d'incendie et de secours du Doubs et directeur professionnel de ce mémoire, pour m'avoir encouragé et aiguillé. En plus de m'accorder de son temps que je sais précieux, il m'a également permis de rencontrer les partenaires du secteur de l'urgence préhospitalière et de participer aux travaux en cours en Franche-Comté, étapes indispensables à la réalisation de ce mémoire.

Merci à mon supérieur, le lieutenant-colonel Christophe FOURNEROT sans lequel cette étude n'aurait certainement pas pu aborder avec la profondeur nécessaire ce sujet interservices et régional. Sa confiance et son soutien ont été constants malgré la surcharge de travail occasionnée par les absences liées à mon cursus universitaire.

Merci à toutes les personnes qui ont accepté de partager leur expérience et de me renseigner dans le cadre de ce travail.

Mes remerciements vont enfin à tous les relecteurs et, bien-sûr, à mes proches pour la patience dont ils ont fait preuve durant ces deux années d'étude.

## **SOMMAIRE**

### **Introduction.**

#### **1. Le difficile partage des missions préhospitalières entre les acteurs publics et privés de Franche-Comté**

##### 1.1. Des acteurs Franc-Comtois aux enjeux propres

###### 1.1.1. Les trois acteurs opérationnels de l'urgence préhospitalière

###### 1.1.2. Les acteurs stratégiques et financiers

##### 1.2. Une répartition complexe et hétérogène des missions entre les acteurs opérationnels régionaux

###### 1.2.1. Une tentative de régulation au niveau central

###### 1.2.2. L'adaptation des missions par les acteurs Franc-Comtois de l'urgence préhospitalière

#### **2. Les limites du système Franc-Comtois de prise en charge préhospitalière**

##### 2.1. Des acteurs soumis à des contraintes toujours plus nombreuses

###### 2.1.1. Des contraintes sociétales, sociales et économiques

###### 2.1.2. La mise en péril des acteurs opérationnels par les contraintes environnementales d'abord, puis par d'autres plus sectorielles

##### 2.2. Une synergie régionale et interservices pour une sortie de crise

###### 2.2.1. Un besoin régional et interservices de comprendre les rouages du système

###### 2.2.2. Des expérimentations locales nécessitant une validation nationale

### **Conclusion**

## Introduction

En 2018, la situation des services d'incendie et de secours (S.I.S.) est complexe. Les sapeurs-pompier sont pris en étau entre l'augmentation incessante et rapide du nombre de victimes à prendre en charge et la diminution des ressources permettant d'y répondre. Alors que le nombre de victimes transportées progresse de 3,2 % entre 2015 et 2016, les budgets connaissent concomitamment une baisse de 1,4 % (hors inflation)<sup>1</sup>. Cette pression d'activité menace directement la capacité des S.I.S. à assurer la couverture des risques dont il a la mission. La crainte d'une rupture de service public est par ailleurs accentuée par l'évolution défavorable de ces ratios depuis une décennie.

Afin de garantir la continuité du service public, il convient de s'interroger sur la balance entre le nombre et la nature des missions à réaliser, et particulièrement celles relatives aux « *secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation*<sup>2</sup> », et les moyens des services départementaux d'incendie et de secours (S.D.I.S.) pour y répondre. Les S.I.S. ont assuré 4 542 400 interventions en 2016 au profit de la population, des biens et de l'environnement<sup>3</sup>. Ce service public de proximité est assuré par 246 800 sapeurs-pompier dont l'essentiel n'est ni fonctionnaire, ni militaire<sup>4</sup>. Un maillage territorial fin est notamment rendu possible par le statut des 193 800 sapeurs-pompier volontaires<sup>5</sup> qui permet de faire fonctionner un modèle de sécurité civile peu coûteux<sup>6</sup> et efficace. Les sapeurs-pompier volontaires sont – nonobstant des contraintes toujours plus fortes – toujours présents dans les territoires où nombre d'autres services publics ont cessé leur activité.

Un champ d'action extrêmement large permet aux sapeurs-pompier d'intervenir en généralistes du risque de sécurité civile. En application de l'article L.1424-2 du code général des collectivités territoriales, issu de la loi du 3 mai 1996<sup>7</sup>, les sapeurs-pompier sont fondés à intervenir dans la lutte contre les incendies, mais également dans le cadre d'actions de secours

---

<sup>1</sup> Ministère de l'Intérieur, Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion des Crises – « *Statistiques des services d'incendie et de secours* », 2017, pp. 5 et 51.

<sup>2</sup> Code général des collectivités territoriales, Art. L1424-2, 4°.

<sup>3</sup> Ministère de l'Intérieur, Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion des Crises – « *Statistiques des services d'incendie et de secours* », 2017, *Op. Cit.*, p.5.

<sup>4</sup> *Ibidem*, p.17

<sup>5</sup> *Ibid.*, p.17

<sup>6</sup> En 2016, les services d'incendie et de secours ont coûté en moyenne 79€ par habitant - Ministère de l'Intérieur, Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion des Crises – « *Statistique des services d'incendie et de secours – Edition 2017* », *Op. Cit.*, p.51.

<sup>7</sup> Loi n°96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours, art.55.

en cas d'accident routier, dans la protection de l'environnement en cas de pollution ou encore pour des missions de secours d'urgence aux personnes. Cette liste, non exhaustive, implique que les situations rencontrées par les sapeurs-pompiers sont aussi diverses que le champ de compétences fixé par la loi est large. Coexistent toutefois des missions propres et des missions partagées. Les premières sont celles pour lesquelles aucun autre service public - et privé - n'a de compétence à agir. C'est le cas de la prévention, de la protection et de la lutte contre les incendies. Si ces missions propres représentent moins de 10 % du volume d'activité des S.I.S., ils sont les seuls à pouvoir apporter une réponse et à supporter les conséquences d'une éventuelle carence.

Ce sont les missions partagées, et en premier lieu les actions de secours à personnes (S.A.P.), qui génèrent la plus grande part d'activité de l'établissement public et qui connaît une évolution dynamique. A titre d'exemple, l'activité des S.D.I.S. de Franche-Comté, entre 2016 et 2017 a augmenté de 3,8 % (+ 4 231 interventions) ; cette augmentation étant essentiellement due au S.A.P. qui représente près de 70 % de l'activité des S.D.I.S. en 2017<sup>8</sup>. La littérature est dense sur ces missions partagées, preuve de la difficulté à déterminer une clef de répartition adaptée aux différents acteurs. Ainsi, il convient de s'assurer de l'objectivité du rédacteur dans la définition. Le choix se porte donc sur la neutralité du Conseil d'Etat dont le rapporteur, dans un arrêt du 8 février 2017<sup>9</sup>, tente d'éclairer les sages du palais Royal sur la « *complexité du dispositif d'ensemble* ».

Depuis les années 1960, la France a progressivement organisé les services de secours pour adapter sa réponse opérationnelle à la pathologie des blessés de la route. Le modèle s'est construit sur la base d'un système visant à « amener l'hôpital au blessé » plutôt que l'inverse, prôné par les anglo-saxons. Ainsi, la médecine d'urgence a déjà été affaire de médecins anesthésistes, première spécialité médicale susceptible de prendre en charge efficacement des traumatisés et permettre leur transport jusqu'au bloc opératoire. Depuis, sont apparus trois groupes d'acteurs : les équipes des structures hospitalières chargées de l'aide médicale urgente, les sapeurs-pompiers dont la force de maillage territorial permet d'apporter une réponse secouriste rapide et les Transporteurs Sanitaires Privés (T.S.P.) dont le cœur de métier est le transport de patients.

---

<sup>8</sup> Services d'incendie et de secours de Bourgogne-Franche-Comté, *Statistiques pluriannuelles partagées 2017* [Doc. Numérique].

<sup>9</sup> CE, 8 février 2017, Société Polyclinique Saint-Jean, req. n° 393311, AJDA 2017, p. 323; concl. Rémi Decout-Paolini, RDSS 2017, p. 469.

Trois acteurs pour trois missions complémentaires ; c'était l'esprit de la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires et de sa déclinaison réglementaire qui pose les bases d'organisation du secteur. Il convient de préciser que le présent travail se cantonne à la phase préhospitalière de l'action. Ainsi, les organisations destinées à traiter une urgence entre deux structures hospitalières (transports secondaires) ou à l'intérieur même d'un établissement de santé ne seront pas traitées sauf en ce qu'elles permettent d'illustrer des écarts entre l'urgence préhospitalière (U.P.H.) et l'activité programmée de certains acteurs. Trente ans après la loi partageant l'U.P.H., et malgré de nombreuses tentatives, les acteurs ne sont toujours pas en mesure de définir clairement le partage des missions et, *a fortiori*, leur financement. Et finalement, le pragmatisme de s'étonner : pourquoi la problématique est-elle plus critique qu'en 1986, ou qu'en 2004 ? En une génération, le système de santé français a dû s'adapter à l'évolution rapide de la démographie française (le « papy-boom ») et à la sociologie (les besoins et attentes des générations X, Y, Z). Ces évolutions impactent non seulement les personnes bénéficiaires du service mais aussi les professionnels chargés de sa mise en œuvre. Ainsi, ce qui était tolérable en 2004 devient une cause de rupture de service public en 2018.

A ce stade, il convient d'entrer dans le détail des chiffres pour identifier les volumes de patients/victimes et ainsi illustrer les enjeux de la prise en charge préhospitalière en Franche-Comté. En 2017, les sapeurs-pompiers ont réalisé 75 169 interventions pour des secours à personnes, pour un volume quasi-équivalent de victimes. Dans le même temps, les T.S.P. ont transporté 56 454 patients. Enfin, les structures hospitalières, pilotées par le Service d'Aide Médicale Urgente (S.A.M.U.), ont transporté 843 patients<sup>10</sup>. Il est à noter, s'agissant de ces dernières, qu'elles peuvent intervenir en collaboration avec un des deux autres acteurs, ou en autonomie. Seuls ces derniers cas sont évalués afin d'éviter les doubles comptes.

Sur une échelle temporelle, cela correspond à l'activation de 132 244 réponses par an, soit 15 par heure. Ramené à la population Franc-Comtoise, cela correspond à la prise en charge, dans le cadre de l'U.P.H., de 112 personnes pour 1000 habitants. Ces indicateurs opérationnels – ou métiers – permettent d'objectiver l'importance du modèle dont il est question ici, tant dans sa dimension sociale ou sociétale, que dans sa dimension financière qui sera spécifiquement abordée.

La problématique de l'augmentation continue et rapide des prises en charge a déjà fait l'objet de travaux nationaux. Ainsi, pour tenter d'adapter l'offre de soin et la demande,

---

<sup>10</sup> Données A.R.S. Franche-Comté, 2014



toujours dans un objectif d'encadrement de la dépense publique, le ministère de la santé a multiplié les réformes avec, en point d'orgue, celle de 2009 dont le texte phare est la loi portant *réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*<sup>11</sup>. Elle institue notamment la territorialisation des politiques de santé conduite par les - nouvelles - Agences Régionales de Santé (A.R.S.) dont les missions et les outils réglementaires sont particulièrement affûtés<sup>12</sup>. Concomitamment, les modalités de financement des établissements de santé évoluent au profit de la tarification à l'activité (T.2.A.). Ainsi, les deux catalyseurs de la restructuration sont en place : le politique et le financier.

L'A.R.S. planifie donc l'adaptation de l'offre de soin à la demande à travers le Projet Régional de Santé (P.R.S.). Adopté le 28 février 2012, pour cinq ans, il définit les orientations et objectifs régionaux en matière de santé. S'agissant de l'U.P.H., il prévoit d'agir autour de trois axes :

- créer des filières de soins destinées à améliorer les flux amont et aval des services des urgences et ainsi les désengorger ;
- assurer la prise en charge des détresses vitales en moins de 30 minutes. Cet objectif assigné par le Président de la République est l'engagement gouvernemental n°20 annoncé en 2012. Il prévoit notamment la « *création de pôles de santé de proximité dans chaque territoire et accès aux soins d'urgence en moins de 30 minutes sur tout le territoire*<sup>13</sup> » ;
- améliorer la qualité et la sécurité de la réponse téléphonique du Centre de Réception et de Régulation des Appels (C.R.R.A.) – également appelé Centre 15 – en mettant en place une régulation régionale unique, en poursuivant les mutualisations entreprises avec la plateforme libérale (A.C.O.R.E.L.I.) et en créant une plateforme ambulancière visant à optimiser le délai d'intervention des T.S.P..

Il est à noter que le C.R.R.A. 15 de Besançon est la première structure de régulation régionale de ce type (et la seule à l'instant de la rédaction des présentes lignes). C'est pour prendre en compte cette particularité que le périmètre du présent mémoire s'établit au niveau de l'ex-région Franche-Comté.

Depuis 2012 :

- l'implantation des Services d'Accueil des Urgences (S.A.U.) a été modifiée par le regroupement de ceux de Belfort et de Montbéliard en 2017 (le projet était initié avant le P.R.S. de 2012) ;

---

<sup>11</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>12</sup> Ministère de la santé, *Vademecum loi HPST*, [Document en ligne].

<sup>13</sup> François Hollande – *60 engagements pour la France, 2 ans après* – p.23

- la restructuration des plateaux techniques entraîne leur concentration sur des pôles régionaux et leur fermeture au sein des établissements de santé ruraux. Pour exemple, les services de chirurgie et de maternité de l'hôpital de Champagnole (Jura) ont fermé suite à la mise en œuvre du P.R.S. ;
- l'offre médicale s'est réorganisée, notamment par l'implantation de médecins correspondants S.A.M.U. (M.C.S.) sur une zone la plus éloignée d'une S.M.U.R. – le plateau de Maïche ;
- un seul C.R.R.A. concentre toute la régulation médicale des quatre départements ;
- une plateforme de régulation des transports sanitaires a été mise en place au sein du Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U.) de Besançon.

Loin d'être arrivée à son terme, la recherche d'optimisation dans l'organisation des soins se développe encore. Ainsi, le P.R.S. pour la période 2018-2023 prévoit la fermeture du service d'accueil des urgences de l'hôpital de Gray (Haute-Saône) et une réorganisation des horaires d'accueil des structures de consultations non programmées. Ces lieux viennent généralement remplacer un S.A.U. lorsque l'établissement ne possède plus le plateau technique adapté et/ou le service d'imagerie médicale réglementaire. Il est d'ailleurs prévu qu'après Champagnole, l'hôpital de Saint-Claude (Jura) cesse ses activités de chirurgie et de maternité. Le P.R.S. 2018-2023 a été arrêté par le directeur général de l'A.R.S. le 2 juillet 2018<sup>14</sup>. Comme introduit par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé<sup>15</sup>, modifiant le code de la santé publique, il est notamment présenté pour avis, à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie<sup>16</sup> (C.R.S.A.). Cette conférence, qui regroupe entre beaucoup d'autres, des représentants des T.S.P., des S.A.M.U. et des S.D.I.S. a émis un avis favorable au P.R.S.. Par voie de communiqué de presse, la C.R.S.A. précise toutefois : « *les services de santé participant à l'aménagement du territoire, la CRSA sera vigilante à ce que certaines actions de transformation ou d'évolution de ces services prévues dans le PRS n'aient pas de conséquences sur les autres services ou activités offerts à la population* ».

Or, les professionnels de l'U.P.H., estiment qu'un impact est inéluctable. Les huit S.D.I.S. de Bourgogne-Franche-Comté rédigent ainsi en mai 2018 une contribution conjointe au directeur général de l'A.R.S. intitulée : « *Projet régional de santé 2018-2022 - Réalité opérationnelle des S.D.I.S. - Observations, impacts du projet et propositions* ». Ils y pointent

---

<sup>14</sup> Arrêté ARSBFC/DG/2018-006 du 2 juillet 2018, portant adoption du schéma régional de santé 2018-2023 du projet régional de santé Bourgogne-Franche-Comté 2018-2028.

<sup>15</sup> Loi de modernisation de notre système de santé n°2016-41 du 26 janvier 2016, « *Chapitre Ier : Renforcer l'animation territoriale conduite par les agences régionales de santé* ».

<sup>16</sup> Décret n°2016-1023 du 26 juillet 2016, relatif au projet régional de santé.

notamment les réorganisations des services de santé. Ainsi, la réduction du temps d'hospitalisation, le développement des services ambulatoires et les ré-hospitalisations augmenteront encore, selon eux, les besoins en transports entre les domiciles des patients et les établissements de santé. L'organisation interne des hôpitaux publics est également susceptible d'accentuer la pression opérationnelle sur les effecteurs de transport que sont les T.S.P. et, dans certaines conditions, les S.D.I.S.<sup>17</sup>. Sont notamment en cause les modalités de prescription des transports en sortie d'hôpital (suite à une dialyse par exemple) induisant des pics de mobilisation simultanée des moyens privés.

A ces modifications structurelles s'ajoutent des évolutions sociétales. Le cadre d'orientation stratégique du P.R.S. 2018-2012, détermine en conséquence cinq défis régionaux qui devraient continuer à faire croître la sollicitation des acteurs de l'U.P.H. : le vieillissement de la population, les maladies chroniques et leur prise en charge, la psychiatrie et ses affections longues durées, la démographie déficitaire des personnels de santé et l'environnement de vie<sup>18</sup>. En 2008, madame Roselyne BACHELOT, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative écrivait déjà : « *La réduction des durées moyennes de séjours, le développement d'alternatives à l'hospitalisation complète et la concentration des plateaux techniques conduisent à l'augmentation de la demande de transport*<sup>19</sup> ».

L'urgence préhospitalière est en crise. Les trois grands acteurs opérationnels connaissent des difficultés majeures à maintenir le niveau de réponse qu'ils connaissaient naguère : les S.A.M.U. sont sujets à des restructurations profondes, induites par la recherche toujours plus poussée d'optimisation de la dépense publique de santé. Au plan opérationnel, les réponses médicales de terrain se raréfient et la régulation médicale, centre névralgique de l'urgence préhospitalière, arrive à la rupture. Les T.S.P. se désengagent d'un domaine pour lequel le modèle économique régulé par l'Etat n'est pas, ou plus, viable. Les S.D.I.S. souffrent d'un effet ciseau induit par l'augmentation incessante et rapide de la sollicitation opérationnelle (notamment celle relevant des missions partagées) et de la baisse des crédits annuels. La réponse à l'urgence préhospitalière est organisée en « écosystème » dont les liens entre les acteurs sont étroits et complexes. Ainsi, comme en milieu naturel, la défaillance d'un élément

---

<sup>17</sup> Services d'incendie et de secours de Bourgogne-Franche-Comté ; « *Projet régional de santé 2018-2022, contribution des services d'incendie et de secours de Bourgogne-Franche-Comté Côte-d'Or, Doubs, Jura, Nièvre, Haute-Saône, Saône-et-Loire, Yonne et Territoire de Belfort, réalité opérationnelle des S.D.I.S., Observations, impacts du projet et propositions* », mai 2018, p.17.

<sup>18</sup> Agence Régionale de Santé Bourgogne-Franche-Comté, *Cadre d'Orientation Stratégique du P.R.S. 2018-2012* [Doc. En ligne], p.8.

<sup>19</sup> Roselyne BACHELOT, *Lettre de mission aux conseillers généraux des établissements de santé Eyssartier et Mallet*, 2008.

impacte obligatoirement les autres. Dans un contexte de tension sur l'ensemble du domaine, c'est bien la défaillance de tous les acteurs qui est à craindre. Les bases d'une crise de l'urgence préhospitalière sont déjà réelles. Elles inspirent la problématique développée dans le présent travail :

**Face aux évolutions rapides de l'organisation des soins, dans quelle mesure les différents acteurs publics et privés de Franche-Comté adaptent-ils la prise en charge et l'acheminement des personnes vers les établissements hospitaliers ?**

La complexité des missions et des acteurs nécessite d'être envisagée avec une approche scientifique. Ainsi, pour appréhender les ressorts d'une résolution possible de la crise, il est indispensable d'analyser l'urgence préhospitalière dans son ensemble, sous une forme systémique.

La première partie de ce mémoire est consacrée au **partage des missions de l'U.P.H. entre les acteurs publics et privés de Franche-Comté.**

Les acteurs opérationnels et stratégiques sont passés en revue dans une première sous-partie. Cette étape est indispensable à **l'identification des acteurs et à la détermination de leurs enjeux propres.**

Une fois cette cartographie des partenaires réalisée, la **répartition des missions entre les acteurs régionaux** est détaillée dans une sous-partie 2. L'objet est d'identifier les champs réglementaires de compétences ainsi que les zones de compétence supplétive, ou « zones grises », pour lesquelles la défaillance d'un partenaire est (ou tente d'être) opérationnellement compensée par un autre.

La seconde partie traite des **limites du système Franc-Comtois de prise en charge préhospitalière**, en étudiant « l'écosystème » local et sa crise.

Dans un premier temps, les **contraintes toujours plus nombreuses subies par les partenaires** sont détaillées. Leur déclinaison sur la capacité des services et des entreprises de l'ancienne région à faire face à la demande est également développée.

Enfin, le mémoire présente la **synergie régionale qui tente d'identifier et de mettre en œuvre les leviers d'une sortie de crise.** L'ensemble des acteurs propose de nouvelles clefs de répartition des missions et des modalités de financement permettant d'éviter la rupture du service public de l'urgence préhospitalière.

## **1. Le difficile partage des missions préhospitalières entre les acteurs publics et privés de Franche-Comté.**

### **1.1. Des acteurs Franc-Comtois aux enjeux propres.**

L'urgence préhospitalière a trouvé son essor dans les années d'après-guerre avec notamment le développement des véhicules particuliers et l'augmentation exponentielle de la distance effectuée à leur bord par les français. Le modèle de l'U.P.H. s'est progressivement agencé autour des structures hospitalières, chargées d'accueillir les personnes victimes d'accident. A contre-pied du système anglo-saxon qui préfère amener l'hôpital à la victime en engageant de lourds moyens sur les lieux de l'accident, la France a développé le processus inverse, misant sur la proximité et, *in fine*, la rapidité de la réponse préhospitalière.

En Franche-Comté, cette proximité est rendu possible grâce aux trois acteurs opérationnels définis par la loi du 6 janvier 1986<sup>20</sup> : Les S.A.M.U., les T.S.P. et les S.I.S. et par deux acteurs stratégiques en financiers, l'A.R.S. et l'assurance maladie.

#### **1.1.1. Les trois acteurs opérationnels de l'urgence préhospitalière.**

##### *1.1.1.1. Le S.A.M.U., sa régulation Régionale et les établissements de santé.*

Comme son nom l'indique, le S.A.M.U. est particulièrement chargé « *de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence*<sup>21</sup> ». Son activité se situe à plusieurs niveaux de la chaîne de l'urgence préhospitalière dont il assure la coordination et la cohérence. Ainsi, l'article R.6311-2 du CSP prévoit les missions suivantes pour les S.A.M.U. :

- *« Assurent une écoute médicale permanente ;*
- *Déterminent et déclenchent, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;*
- *S'assurent de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix, et font préparer son accueil ;*

---

<sup>20</sup> Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986, relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.

<sup>21</sup> Code de la santé publique, Art. R.6311-1.

- *Organisent, 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 ;*
- *Veillent à l'admission du patient ».*

Matériellement, l'activité de soins de médecine d'urgence est réalisée par les établissements de santé participant au service public hospitalier<sup>22</sup>. Elle revêt trois modalités<sup>23</sup> : la régulation médicale (C.R.R.A.), la prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation (S.M.U.R.) et la prise en charge des patients accueillis en S.A.U.. L'A.R.S. est chargée d'autoriser les activités et de mettre en œuvre les limites prévues aux articles R.6123-2 et suivants du code de la santé publique. En Franche-Comté, un C.R.R.A. situé dans les locaux du C.H.R.U. de Besançon couvre l'ensemble des quatre départements du Doubs, du Jura, de la Haute-Saône et de Territoire de Belfort. Il s'agit du seul modèle « régional » Français, le standard étant basé sur des structures départementales.

Le C.R.R.A. 15 fonctionne sur la base d'un central d'appels téléphoniques décrochant les demandes d'assistance des personnes ayant composé le 15. En 2017, 610 000 appels<sup>24</sup> ont été traités par des assistants de régulation médicale (A.R.M.) – catégorie B de la fonction publique hospitalière – chargés d'orienter les appels en fonction des demandes sur le médecin régulateur ou sur les autres services tels que, entre-autres, la permanence des soins ambulatoires et les services partenaires comme le Centre de Traitement des Appels - Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours (C.T.A. - C.O.D.I.S) des sapeurs-pompier. A noter que le C.R.R.A. 15 est obligatoirement interconnecté avec les services de police et d'incendie et de secours<sup>25</sup>. S'agissant de la réponse à l'U.P.H., le Centre 15 constitue, selon les termes de la circulaire du 16 avril 2003<sup>26</sup>, le « *pivot de l'organisation et du fonctionnement de l'aide médicale urgente* », de l'engagement du moyen le plus adaptés à la situation médicale du patient, jusqu'à son arrivée dans le service d'accueil le plus approprié.

L'acteur médical de terrain du S.A.M.U. est la S.M.U.R.. Créée en 1965<sup>27</sup>, celle-ci, notamment armée par un médecin<sup>28</sup>, a pour mission ; « *d'assurer, en permanence, en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, la prise en charge*

<sup>22</sup> Code de la santé publique, Art. L.6112-1

<sup>23</sup> Code de la santé publique, Art. R6123-1

<sup>24</sup> LABOUREY Jean-Marc, 26 juil. 2018, *Entretien*.

<sup>25</sup> *Idem*.

<sup>26</sup> Ministère chargé de la santé, circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

<sup>27</sup> Décret n°65-1045 du 2 déc.1965 complétant le Décret n°59957 du 3 août 1959 par un art. 6-1 (institution de l'obligation pour certains établissements hospitaliers de se doter de moyens mobiles de secours et soins d'urgence).

<sup>28</sup> Code de la santé publique, Art. R.6123-15

*d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation, et, le cas échéant, et après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé*<sup>29</sup> ». La S.M.U.R. peut également être sollicitée pour effectuer des transports médicalisés inter-hospitaliers. Même si cette mission n'a pas vocation à être traitée dans le présent mémoire, il est intéressant d'observer qu'une S.M.U.R. n'a pas pour seule mission l'aide médicale urgente réalisée dans le cadre de l'urgence préhospitalière<sup>30</sup>. L'Ex-région Franche-Comté compte huit S.M.U.R. associées aux structures d'urgence et quatre antennes S.M.U.R. qui viennent compléter ce dispositif.

L'A.R.S., dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation des Soins, décide de l'implantation d'une S.M.U.R. dans les établissements de santé judicieusement répartis. L'objectif étant de permettre une couverture médicale urgente à trente minutes en tout point du territoire<sup>31</sup>. Si cette politique de répartition est gérée par l'A.R.S., ce sont les établissements de santé qui en assurent le support matériel. Ainsi, un hôpital ne peut armer une S.M.U.R. que s'il est doté d'un S.A.U. et de lits d'hospitalisation complète en médecine. S'agissant du S.A.U., un établissement de santé doit justifier d'une activité de médecine d'urgence supérieure à 8 000 passages par an<sup>32</sup> pour le maintenir. Toutefois, la constitution d'une équipe commune avec des établissements autorisés pour la même activité et ayant une plus forte activité peut être autorisée<sup>33</sup>. L'établissement d'accueil doit également disposer d'un accès à un plateau technique de chirurgie, d'imagerie médicale et d'analyses de biologie médicale. Cette condition peut toutefois être remplie par voie conventionnelle avec d'autres établissements ou structures<sup>34</sup>. Sur l'Ex-région, on compte en 2018, huit S.A.U. (deux dans le Doubs, trois dans le Jura, deux en Haute-Saône et un dans le Territoire de Belfort), soit un pour environ 150 000 habitants.

---

<sup>29</sup> *Idem.*

<sup>30</sup> L'arrêté 2017-316 du 10 mars 2017 prévoit que les transports inter-hospitaliers peuvent être réalisés en l'absence de médecin.

<sup>31</sup> François Hollande, 60 engagements pour la France, 2 ans après, *Op. Cit.* p.23.

<sup>32</sup> Arrêté du 12 juillet 2006 fixant le seuil d'activité de médecine d'urgence, JORF n°183 du 9 août 2006 p.11840.

<sup>33</sup> Code de la santé publique, Art. R.6123-9

<sup>34</sup> *Idem.*

Outre leurs missions directement liées à l'exercice de l'A.M.U., les S.A.M.U. participent également aux tâches d'éducation sanitaire<sup>35</sup>. Dans ce cadre, ils animent les centres d'enseignement des soins d'urgence (C.E.S.U.) qui ont notamment pour mission « *de contribuer, dans le domaine de la prise en charge de l'urgence médicale en situation sanitaire normale et exceptionnelle, à la formation initiale et continue [...] de toute personne susceptible d'être confrontée, en urgence, à un problème de santé dans le cadre de son activité professionnelle* »<sup>36</sup>. C'est notamment le cas des T.S.P..

Bien qu'intégrés dans un établissement de santé, le financement du S.A.M.U. et des S.M.U.R. repose sur le budget du ministère chargé de la santé par l'intermédiaire de la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (M.I.G.A.C.)<sup>37</sup>. Ainsi, en 2010, les établissements de santé Franc-Comtois ont perçu une dotation de 21 992 953 € pour le fonctionnement du S.A.M.U. (4 809 634 €) et des S.M.U.R. (17 183 319 €)<sup>38</sup>. Ces fonds, calculés sur des bases contractuelles entre les établissements et l'A.R.S., correspondent essentiellement aux moyens en ressources humaines mobilisées au titre des activités du S.A.M.U. (temps de travail des médecins, des auxiliaires de régulation médicale et fonctions administratives) et du S.M.U.R. (temps de travail des médecins, infirmiers anesthésistes, ambulancier) auxquels peut s'ajouter une part variable relative aux amortissements et au fonctionnement. Concernant le S.M.U.R., seule l'activité réalisée dans le cadre de l'U.P.H. (transports primaires) est financée par cette dotation. La circulaire DGOS/R5/2013/57 du 19 février 2013 précise : « *il reviendra à l'ARS d'isoler précisément ces surcoûts afin de dégager un montant correspondant aux frais de personnel et de structure* ».

#### *1.1.1.2. Le secteur privé : les transporteurs sanitaires.*

L'urgence préhospitalière traite du secours d'urgence d'une part, et du transport des patients/victimes (les deux termes étant utilisés respectivement par le monde de la santé et par les S.I.S.) d'autre part. Le secours et soin d'urgence (terme intégrant l'aide médicale urgente et secours à personne) peut être qualifié comme une action visant à prodiguer des soins (médicaux ou non) ou des actes secouristes non programmés dans l'objectif de permettre le transport rapide

---

<sup>35</sup> Code de la santé publique, Art. R.6311-5

<sup>36</sup> Code de la santé publique, Art. D.6311-19

<sup>37</sup> Code de la santé publique, Art. L.162-22-13 et s. ; Ministère chargé de la santé, circulaire DGOS/R5/2013/57 du 19 fév. 2013 relative au guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général, p.219 et ss.

<sup>38</sup> Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, « *Rapport 2011 au parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC)* » [Doc. En ligne], annexe 1.2, pp. 70 et 71.



des bénéficiaires vers le plateau technique le plus adapté. La phase de transport est particulièrement dévolue aux entreprises de transport sanitaire, agréées par l’A.R.S.<sup>39</sup> et dont les tarifs sont régulés par l’Etat<sup>40</sup>.

Si « *les transports sanitaires terrestres sont un maillon important de l’organisation de notre système de soins*<sup>41</sup> », leur activité ne se porte pas exclusivement sur l’urgence préhospitalière, bien au contraire. Un rapport de l’assurance maladie<sup>42</sup>, indique que le montant de la dépense de transport sanitaire pour l’année 2017, pour les quatre départements, s’élève à 78 651 944€ dont seulement 6,3 % sont remboursés dans le cadre de la garde ambulancière (indemnités de garde incluses). Autrement dit, l’activité des T.S.P. est essentiellement réalisée sur la part dite « programmée » des transports. Il s’agit des transports réalisés sur prescription médicale et relatifs, notamment, aux entrées et sorties de soins ambulatoires, à celles liées aux consultations de suivi des affections longues durées, etc. Pour être agréée sur cette activité, les entreprises doivent préalablement l’être pour l’U.P.H.<sup>43</sup>. Ainsi, une entreprise (ou un groupement d’entreprises) ne devrait participer à l’activité programmée que si elle participe d’abord à l’U.P.H..

Le modèle actuel du secteur de transport sanitaire est issu de l’histoire et se constitue d’une multitude d’entreprises de taille différentes. En 2008 à l’échelle nationale, on estimait ainsi à 5 000 le nombre d’entreprises<sup>44</sup> pour un parc de 28 000 véhicules. Dans son rapport, M. EYSSARTIER<sup>45</sup> pointe l’« *émiettement* » d’un secteur dont moins de 2,5 % d’entreprises possèdent plus de cinquante salariés et 50 % moins de dix. Pour ne pas simplifier la régulation de ce secteur privé, il est couvert par trois ministères de tutelle (quatre auparavant) : celui chargé de la santé en charge des politiques de santé, le ministère de l’économie et des finances (tutelle de la Direction de la Sécurité sociale avec le ministère chargé de la santé) pour le financement et celui du transport pour les relations sociales - convention collective par exemple – et pour l’activité de taxi. Il y a donc un morcellement important des autorités de tutelles. Nous pouvons d’ailleurs ajouter le ministère de l’intérieur qui, même s’il n’encadre plus l’activité taxi, reste titulaire d’un pouvoir de police générale à travers le préfet

---

<sup>39</sup> Code de la Santé Publique, Art. L.6312-2

<sup>40</sup> Code de la Santé Publique, Art. L.6312-3

<sup>41</sup> BACHELOT Roselyne, lettre de mission aux Conseillers généraux des établissements de santé Eyssartier et Mallet, 2008.

<sup>42</sup> Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté, Audit ARS AAFC, *SNIRAM système national d’information inter régimes de l’Assurance Maladie*, 2007 [Document numérique].

<sup>43</sup> Code de la Santé Publique, Art. R.6312-11

<sup>44</sup> INSEE, *démographie des entreprises et des établissements*.

<sup>45</sup> EYSSARTIER Denis, rapport « *renovation du modèle économique pour le transport sanitaire terrestre* », sept. 2010, P.23

de département – pouvoir qui s'exerce notamment au sein du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et du transport sanitaire<sup>46</sup> (C.O.D.A.M.U.P.S - T.S.). Il appartient ainsi au Préfet de prévoir une garde ambulancière permettant d'assurer la permanence des soins ambulatoires : « *les personnes titulaires de l'agrément délivré pour l'accomplissement des transports mentionnés aux 1 et 2 de l'article 5 sont tenus de participer au service de garde organisé par le commissaire de la république*<sup>47</sup> ».

Emiettement des entreprises et morcellement des autorités : le secteur a du s'organiser pour trouver une représentation nationale. Toutefois celle-ci n'a pas fait l'objet d'une parfaite homogénéité. Ainsi, aucune fédération nationale unique n'a pu être constituée<sup>48</sup>, laissant la place plusieurs organisations nationales professionnelles. A titre d'exemple, la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les entreprises de transport sanitaires privées et les caisses d'assurance maladie a été négociée en 2002 par la Chambre syndicale nationale des services d'ambulance, la Fédération nationale des transporteurs sanitaires, la Fédération nationale des ambulanciers privés et la Fédération nationale des artisans ambulanciers.

Un effort considérable de la profession pour se structurer a été réalisé entre 2005 et 2011, tant sur le plan organisationnel qu'humain et matériel. Par exemple, en 2006, le diplôme d'état d'ambulancier (D.E.A.) est institué<sup>49</sup>. Une formation de 630h remplace le certificat de capacité (nécessaire pour un seul membre de l'équipage) de 335h. Une formation d'auxiliaire ambulancier de 70h est dorénavant nécessaire pour conduire un Véhicule Sanitaire Léger (V.S.L.)<sup>50</sup>. Il est à noter qu'au plan national 53 % des effectifs roulants sont titulaires d'un D.E.A. et 43 % sont titulaires de la formation d'auxiliaires ambulanciers<sup>51</sup>. Au plan des matériels, une normalisation européenne<sup>52</sup> vient modifier celle de 1994, deux arrêtés s'en suivent et déterminent les catégories et les niveaux d'équipement<sup>53</sup> pour chaque catégorie.

---

<sup>46</sup> Code de la Santé Publique, Art. R-6313-1 à 6313-7

<sup>47</sup> Décret n°87-965 codifié, 30 nov. 1987, *relatif à l'agrément des transporteurs sanitaires terrestres*, Art. 13.

<sup>48</sup> François BONNET, 2 mars 2018, Entretien.

<sup>49</sup> Arrêté du 26 janv. 2006 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier.

<sup>50</sup> Arrêté du 27 sept. 2011 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier.

<sup>51</sup> Source Observatoire Prospectif des métiers et des qualifications dans les Transports et la Logistique (OPTL), 2014.

<sup>52</sup> Norme NF EN 1789 « Véhicules de transport sanitaire et leurs équipements. — Ambulances routières » et son guide d'application GA 64-022 « Guide d'application de la norme NF EN 1789 »

<sup>53</sup> Arrêté du 28 août 2009 modifiant celui du 10 février 2009 fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectés aux transports sanitaires terrestres.

Ainsi, l'article R6312-8 du code de la santé publique prévoit quatre catégories de véhicules pouvant être agréés par l'A.R.S. :

- « A » pour les ambulances de secours et de soins d'urgences (A.S.S.U.) armés à deux personnes dont un D.E.A. (répartis en deux types : C pour les ambulance lourde de soins intensifs et B pour les ambulances de premiers soins et de surveillance des patients urgents<sup>54</sup>),
- « B » pour les voitures de secours aux asphyxiés et blessés (depuis appelés véhicules de secours aux victimes (V.S.A.V.)) utilisée par les S.I.S. à trois ou quatre sapeurs-pompier<sup>55</sup>,
- « C » pour les ambulances ne respectant pas les conditions de la catégorie « A »,
- « D » pour les véhicules sanitaires légers (véhicules légers non spécifiquement aménagés).  
S'agissant des T.S.P., seules les ambulances de catégorie A peuvent intervenir en urgence.

Pour faire face aux nouvelles contraintes réglementaires certaines entreprises se rassemblent en réseau pour trouver des économies d'échelle. Certaines indiquent profiter également de l'image de marque du réseau, des accessoires standardisés et des avancées en matière de référentiel de qualité (Jussieu France est certifié ISO9001)<sup>56</sup>. Il est à noter que cette stratégie d'entreprise ne s'est que peu développée, pour preuve les contrats de bonne pratique initiés par l'assurance maladie ayant pour vocation la promotion des certifications QUALICERT ou AFAQ dans le domaine de la qualité de service et ISO 9001 : 2000 dans le domaine de l'organisation d'entreprise n'ont engendré que 43 000 € de dépenses pour l'assurance-maladie en 2008, soit environ une centaine d'entreprises engagées au plan national<sup>57</sup>.

Le financement des transports préhospitaliers est réalisé par l'assurance maladie, de manière encadrée<sup>58</sup>. Comme pour les S.M.U.R., il diffère en fonction du type d'activité (urgence préhospitalière et transports intra ou post hospitalier). A noter, que les transports programmés sont pris en charge à 65 % à l'exception de cas limitativement arrêtés prévoyant une exonération de ticket modérateur. C'est notamment le cas des patients présentant une affection longue durée, ceux pris en charge dans le cadre d'un accident de travail... Chaque transporteur facture donc à la C.P.A.M. les transports réalisés à la demande du S.A.M.U. qui,

---

<sup>54</sup> Chambre nationale des services d'ambulance, normes matérielles de transport sanitaire, 25 sept. 2010, [Doc Numérique].

<sup>55</sup> Code Général des Collectivités Territoriales, Art. R.1424-42 b).

<sup>56</sup> Fabrice JEANNEROD, 5 juin 2018, *Entretien*

<sup>57</sup> EYSSARTIER Denis, rapport rénovation du modèle économique pour le transport sanitaire terrestre, sept. 2010, P.29

<sup>58</sup> Ministère chargé de la santé, Instruction N° DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/201/25, 29 janv. 2015 *relative à l'expérimentation prévue par l'article 66 de la LFSS 2012.*

en théorie, est l'unique ordonnateur dans ce domaine<sup>59</sup>. Les niveaux de remboursement dépendent de plusieurs facteurs prévus par la convention nationale signée entre l'U.N.C.A.M. et les fédérations de T.S.P.. Elle prévoit notamment un forfait départemental (51,30 €, avec majoration pour les trajets courts et en agglomération), un tarif kilométrique (2,19 € par kilomètre parcouru avec le patient à bord), un forfait de prise en charge (64,30 €), des forfaits spécifiques pour les agglomérations, une majoration pour service de nuit (75 % du tarif jour entre 20h et 8h), une majoration pour les services effectués entre le samedi 12h et le dimanche 20h et les jours fériés (majoration de 50 % uniquement entre 8h et 20h), un supplément pour un transport urgent effectué sur demande du S.A.M.U. (21,67 €) et le coût des péages autoroutiers. Lorsque le transport est réalisé par une ambulance prévue au tableau de garde départemental, l'entreprise de transport sanitaire perçoit un forfait de garde de 346 € contre une minoration de 60 % du coût du transport. Cette garde départementale, organisée par le Préfet doit permettre de garantir un minimum de réponse urgente sur les périodes de soir en semaine (20h-8h) et les week-ends (du samedi 12h au lundi 8h)<sup>60</sup>.

Avec une dépense de santé relative aux transports sanitaires de 4,8 milliards d'euros en 2016<sup>61</sup>, en constante évolution (environ 3 % annuels), le secteur est attractif, particulièrement pour les groupes financiers. En 2018, ils sont trois à investir dans le secteur KEOLIS, qui vient de racheter le réseau Jussieu Secours France, HARMONY MUTUELLE et TRANSDEV'.

### *1.1.1.3. Les services départementaux d'incendie et de secours (S.D.I.S.).*

Les services d'incendie et de secours de Franche-Comté s'organisent autour de quatre S.D.I.S., d'emprise départementale, et de corps communaux et intercommunaux non départementalisés. Les S.I.S. agissent sous l'autorité opérationnelle du maire ou de préfet dans le cadre de leurs pouvoirs de police respectifs. Le S.D.I.S est administré par un conseil d'administration composé de représentants des collectivités territoriales<sup>62</sup>. Les corps communaux sont, quant-à-eux, administrés par le seul maire de la commune. Le département de la Haute-Saône possède encore une majorité de corps non départementalisés<sup>63</sup>, contrairement aux trois autres

---

<sup>59</sup> Dans les faits, certaines demandes proviennent directement à l'entreprise de transport (médecin libéral, HEPAD, ...).

<sup>60</sup> 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.

<sup>61</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, dépenses de santé 2016 – résultats des comptes de santé, édition 2017, fiche 20, [Doc. En ligne] P. 97.

<sup>62</sup> Code Général des Collectivités Territoriales, Art. L.1424-24.

<sup>63</sup> S.D.I.S. 70, [Site Internet], 25 juin 2018, 70 centres de première intervention communaux ou intercommunaux

départements pour lesquels ils représentent une minorité<sup>64</sup>. Les missions des S.I.S. sont définies à l'article L.1424-2 du C.G.C.T. qui prévoit :

*« Les services d'incendie et de secours sont chargés de la prévention, de la protection et de la lutte contre les incendies.*

*Ils concourent, 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. Dans le cadre de leurs compétences, ils exercent les missions suivantes : [...] 4° Les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation ».*

Ainsi, le législateur fixe des missions propres pour lesquelles les S.I.S. sont les seuls compétents pour répondre - il s'agit notamment de la lutte contre les incendies - et de missions partagées avec d'autres « services et professionnels concernés ». Les « secours d'urgence », correspondant par nature à une activité d'urgence préhospitalière, entrent dans cette seconde catégorie.

S'agissant des moyens humains, le modèle de sécurité civile s'appuie – si l'on excepte les unités militaires absentes de Franche-Comté - sur des sapeurs-pompiers professionnels (695 en 2016<sup>65</sup>) soumis aux dispositions statutaires de la fonction publique territoriale et des sapeurs-pompiers volontaires (6 507 en 2016<sup>66</sup>) qui, soumis à des règles spécifiques fixées en application de l'article 23 de la loi n° 96-370 du 3 mai 1996 relative au développement du volontariat dans les corps de sapeurs-pompiers, ne peuvent exercer cette activité à temps complet<sup>67</sup>. Dans le domaine de la prise en charge préhospitalières, les sapeurs-pompiers, qu'ils soient professionnels ou volontaires, sont des secouristes dont les référentiels prévoient une formation minimale de 136 heures<sup>68</sup>.

A l'échelle de la Franche-Comté, 75 169 interventions ont été réalisées en 2017<sup>69</sup>, soit 65 % de l'activité des S.D.I.S.. En considérant qu'une ambulance de sapeurs-pompiers (V.S.A.V.) est armée par trois sapeurs-pompiers, et que la durée moyenne d'intervention est d'une heure et trente minutes<sup>70</sup>, cela correspond à 112 753 heures d'intervention (l'équivalent

---

<sup>64</sup> 11 dans le Jura, 5 dans le Doubs et aucun dans le territoire de Belfort [Site Internet].

<sup>65</sup> Nombre de SPP : 39 : 74 / 90 : 123 / 70 : 103 / 25 : 395 [Site Internet].

<sup>66</sup> Nombre de SPV : 39 : 1704 / 90 : 393 / 70 : 1903 / 25 : 2507 [Site Internet].

<sup>67</sup> Code Général des Collectivités Territoriales, Art. L.1421-1, al. 5.

<sup>68</sup> Volume correspondant pour le SDIS du Doubs à 88 heures de formation sur les techniques de secourisme auxquelles s'ajoutent 48h liées à l'accueil de candidat (sécurité, compréhension de l'environnement).

<sup>69</sup> S.D.I.S. de Franche-Comté, « Statistiques opérationnelles 2017 » [Doc. Numérique].

<sup>70</sup> S.D.I.S. 25, « Rapport d'activité opérationnelle du SDIS du Doubs », Ed. 2017.

de 13 années d'intervention en continue) et à la mobilisation de 338 260 homme/heures. En complément de cette ressource en secouristes, les services départementaux d'incendie et de secours disposent également d'infirmiers et de médecins. Appartenant au Service de Santé et de Secours Médical (S.S.S.M.), ces sapeurs-pompiers remplissent des missions internes à la structure (la surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers, le soutien sanitaire opérationnel, la formation, la médecine professionnelle et d'aptitude, ...) mais peuvent également participer « *aux missions de secours d'urgence définies par l'article L. 1424-2 et par l'article 2 de la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires*<sup>71</sup> ».

Les 192<sup>72</sup> V.S.A.V., répartis sur le territoire en fonction des risques identifiés dans le Schéma Départemental d'Analyse et de Couverture des Risques<sup>73</sup> (S.D.A.C.R.), sont engagés en intervention par le C.T.A.-C.O.D.I.S.. Le C.T.A. est une plateforme chargée de répondre aux appels « 18 », le C.O.D.I.S supervise et coordonne les actions de secours. Chaque S.D.I.S. de Franche-Comté possède un C.T.A.-C.O.D.I.S. unique, dont le format peut varier, mais qui reste composé d'opérateurs (chargés de décrocher les appels et d'engager des réponses opérationnelles standardisées) et d'une supervision (un sous-officier et/ou un officier de sapeurs-pompiers). Les opérateurs s'appuient sur un système de gestion opérationnelle qui propose le « départ-type » en fonction de la situation opérationnelle comprise par l'opérateur d'une part, et de la ressource humaine immédiatement disponible d'autre part. Ces niveaux de réponse étant prévus au règlement opérationnel<sup>74</sup> de chaque S.D.I.S., une même demande peut engendrer un engagement différent d'un département à l'autre. Par ailleurs, chaque établissement est autonome en matière d'équipement et peut donc choisir le système de gestion opérationnelle qui lui paraît le plus adapté. Ainsi, deux S.D.I.S. travaillent sur le même logiciel, spécialement développé, et les deux autres sur des produits développés en interne au service.

Nonobstant la variabilité du niveau d'équipement, les quatre établissements ont un objectif identique en matière de distribution de secours. Ainsi, même si aucun délai maximal réglementaire n'existe<sup>75</sup>, l'efficacité des secours est essentiellement jugée sur la rapidité d'arrivée sur les lieux des premiers intervenants. « *Cette notion reste au cœur de l'analyse des*

---

<sup>71</sup> Ministère chargé de la santé, circulaire DHOS/01 n°2004-151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente.

<sup>72</sup> Nombre de V.S.A.V. : 39 : 57 / 90 : 15 / 70 : 45 / 25 : 75 [Site Internet].

<sup>73</sup> Code Général des Collectivités Territoriales, Art. L.1424-7

<sup>74</sup> Code Général des Collectivités Territoriales, Art. R.1424-42

<sup>75</sup> Depuis l'abrogation de l'arrêté du 29 juin 1981.

*risques menée dans les SDACR<sup>76</sup> ». Cette vitesse de déploiement sur le terrain est rendue possible, en Franche-Comté, par les 229 centres d'incendie et de secours<sup>77</sup>.*

Le financement des S.D.I.S. est assuré par les collectivités territoriales. Les établissements publics de coopération intercommunale et les communes attributaires de la compétence incendie contribuent pour la moitié, l'autre étant à la charge du conseil départemental<sup>78</sup>. Chaque établissement public étant autonome, cette répartition peut légèrement varier d'un département à l'autre.

### **1.1.2. Les acteurs stratégiques et financiers.**

L'organisation de l'urgence préhospitalière en France est intimement liée à la place centrale de l'hôpital dans un système de soin que certaines « révolutions » sont venues percuter.

#### *1.1.2.1.L'Agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté.*

Pour comprendre la nature et le rôle de cette agence, il est nécessaire de reprendre les logiques de territorialisation de la Santé depuis les années 1960.

Jusqu'en 1975, l'hôpital est érigé en « *pivot du système de soins*<sup>79</sup> ». L'hôpital devient un incontournable pour un territoire. Un maillage fin commence à se créer, sans grande cohérence. La loi du 31 décembre 1970<sup>80</sup> portant réforme hospitalière tente de décloisonner le système hospitalier en matière d'implantation et établit des règles encadrant les acteurs publics et privés. La première carte sanitaire est créée et, avec elle, la première politique territoriale de Santé. Le maillage se stabilise pendant une trentaine d'années avant de connaître une nouvelle période de réformes importantes portant, cette fois, moins sur l'équité des territoires que sur l'optimisation de modèle économique de santé. Ce mouvement est réalisé en trois temps, échelonnés entre 1996 et 2009 :

---

<sup>76</sup> I.G.A., I.G.A.S., rapport définitif sur l'évaluation de l'application du référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, juin 2014, p.21 [102]

<sup>77</sup> S.D.I.S., Règlements opérationnels des S.D.I.S. Franc-Comtois [Site Internet].

<sup>78</sup> *Une contribution étatique abonde cependant le budget des conseils départementaux pour le financement des services d'incendie et de secours. Issue de la taxe spéciale sur les contrats d'assurance, son montant est inconnu pour les SDIS de Franche-Comté mais représente près de 4.2 milliards d'euros par an à l'échelle nationale.*

<sup>79</sup> BOUSQUET Frédéric et al., « Les restructurations à travers les systèmes d'information, d'une définition complexe à un suivi opérationnel. (Réflexions menées à la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) », Revue française des affaires sociales 2001/2 (), p. 27-43.

<sup>80</sup> Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

La déconcentration des politiques de santé au niveau régional est réalisée le 24 avril 1996 à travers l'ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée<sup>81</sup>. Ce texte modifie en profondeur le système de santé Français et pose les bases du modèle socio-économique que nous connaissons en 2018. Les axes majeurs de la réforme sont les suivants :

- la création des agence régionales de l'hospitalisation, définies comme une « *personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière, constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'Etat et des organismes d'assurance maladie [...]. Ces agences sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale [...]* ». Leur mission, dont le champ peut être interrégional, est de « *définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources*<sup>82</sup> »,
- la possibilité pour le directeur de l'A.R.H. de demander à plusieurs établissements publics de santé : « *de conclure une convention de coopération ; de créer un syndicat inter hospitalier ou un groupement d'intérêt public ; de prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés*<sup>83</sup> »,
- la contractualisation des objectifs de chaque établissement de santé avec l'A.R.H.. Ces contrats déterminent le niveau de ressources en fonction du taux de réalisation des objectifs.

La tarification à l'activité, prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004<sup>84</sup> marque une étape supplémentaire de « libéralisation » de la santé qui se répercute sur l'ensemble des territoires. En valorisant financièrement les actes techniques, ce système tend à promouvoir les gestes médicaux de faible durée au détriment des actions de prévention ou des hospitalisations de long terme. Ce modèle calque celui du secteur privé existant depuis 1996. La répercussion est immédiate, cherchant la rentabilité, les établissements publics développent des soins ambulatoires performants mais générant un besoin conséquent en transport. Les soins moins (pas) rentables sont quant à eux soutenus par l'Etat à travers une dotation de financement pour les « missions d'intérêt général », peu stable.

---

<sup>81</sup> Ordonnance n°96-346 du 24 avr. 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

<sup>82</sup> *Ibidem*, Art. 10.

<sup>83</sup> *Ibid.*, Art. 41.

<sup>84</sup> Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, Art. 22 à 34.



L'optimisation territoriale, pensée dans le cadre du plan hôpital 2007, est mise en œuvre à travers la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires<sup>85</sup>. Si le texte prévoit le toilettage de la gouvernance des établissements de santé publics - création d'un conseil de surveillance en lieu et place d'un conseil d'administration et d'un directoire rassemblant les catégories de membres – l'impact principal porte sur la notion de territorialité.

Devenue agences régionales de santé, les anciennes A.R.H. confortent leur autorité sur les établissements de santé et l'étendent à l'ensemble des établissements de soin. Les A.R.S. sont dotées d'un organe exécutif aux compétences élargies, le directeur général, et d'un organe délibérant, le conseil de surveillance<sup>86</sup>. L'A.R.S. est notamment chargée de définir la stratégie et l'organisation de l'offre de soin. Elle s'appuie pour cela sur plusieurs outils existants depuis 1996 mais dont la portée s'est particulièrement accentuée.

C'est le cas du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens<sup>87</sup> (C.P.O.M.) qui ne concerne plus les seuls établissements de santé mais sont étendus à d'autres acteurs, comme la plateforme de régulation des T.S.P. pilotée par l'Association Ambulancière de Franche-Comté (A.A.F.C.). A travers les C.P.O.M., l'A.R.S. fixe les orientations stratégiques, à cinq ans, de chaque établissement sur la base du projet régional de santé. En cas de non atteinte des objectifs, le code de la santé publique prévoit des pénalités pouvant atteindre 5 % des produits perçus de l'assurance maladie au cours de l'exercice précédent<sup>88</sup>. Le second outil touche à la territorialisation. Ayant notamment pour objectif de réguler l'offre, le S.R.O.S.<sup>89</sup> est intégré au projet régional de santé, document de planification beaucoup plus large<sup>90</sup>. La déclinaison de ce projet est réalisée sur un découpage géographique en « territoire de santé ». Cette unité a vocation à rendre plus accessibles les parcours de soin et à élaborer une régulation régionale du système de santé (filères de soin).

---

<sup>85</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>86</sup> Ministère chargé de la santé, « *La loi HPST à l'hôpital les clefs pour comprendre* » [Doc. En ligne], P. 89

<sup>87</sup> Code de la Santé Publique, Art. L.6114-1

<sup>88</sup> *Ibidem*.

<sup>89</sup> *Ibid*, Art. R.1434-3.

<sup>90</sup> *Ibid*, Art. L.1434-1.

Avec ces outils, le Directeur de l'A.R.S. possède tous les leviers institutionnels et financiers pour mener la politique régionale de santé. Ainsi, en matière d'urgence préhospitalière, il :

- autorise les établissements de santé à avoir une activité de soins de médecine d'urgence (régulation médicale, prise en charge des patients par une S.M.U.R., accueil des patients en S.A.U.)<sup>91</sup>,
- détermine l'implantation des S.M.U.R. dans le cadre du S.R.O.S.<sup>92</sup>,
- délivre l'agrément nécessaire aux entreprises de transport sanitaire privé<sup>93</sup>,
- arrête le nombre théorique de véhicules affectés aux transports sanitaires<sup>94</sup>,
- pilote les C.P.O.M. des établissements de santé,
- évalue le montant des versements M.I.G.A.C. aux établissements autorisés aux activités de soins de médecine d'urgence<sup>95</sup>,
- assure la comptabilité pluriannuelle du Fond d'Intervention Régional (F.I.R.). Créé en 2012<sup>96</sup>, il rassemble des crédits initialement dispersés au sein d'une même enveloppe offrant des leviers supplémentaires à l'A.R.S. pour décliner les objectifs nationaux de santé et favoriser les innovations au sein des territoires.

#### *1.1.2.2.L'assurance maladie, le financeur des transporteurs sanitaires privés.*

L'assurance maladie assure la prise en charge financière de tous les transports sanitaires. Ceux réalisés sur prescription médicale (le plus souvent par un médecin de service hospitalier)<sup>97</sup>, et ceux réalisés dans le cadre de l'urgence préhospitalière, lorsque les transporteurs sanitaires sont les effecteurs.

---

<sup>91</sup> Code de la Santé Publique, Art. R.6123-1

<sup>92</sup> *Ibid.*, Art. R.6123-14

<sup>93</sup> *Ibid.*, Art. R.6312-1

<sup>94</sup> *Ibid.*, Art. L.6312-4

<sup>95</sup> Code de la Sécurité Sociale, Art. L.162-22-13 et L.162-22-14 ; Ministère chargé de la santé, circulaire DGOS/R5/2013/57 du 19 fév. 2013 relative au guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général, p.219 et ss.

<sup>96</sup> Loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, Art. 65.

<sup>97</sup> *Le transport sanitaire programmé des assurés sociaux est pris en charge à 65% ou à 100% dans certains cas.*

S'agissant des ambulances privées, les dépenses de transport U.P.H.<sup>98</sup> représentent en France 303 millions d'euros en 2017 sur un total de 1 924 millions d'euros (soit 15.6 % des dépenses)<sup>99</sup>. A chaque transport sanitaire urgent, l'entreprise agréée adresse une facture à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (C.P.A.M.), unité déconcentrée de la caisse nationale. Les C.P.A.M. ont la possibilité de fonctionner en réseau. C'est le cas de celles de Franche-Comté, où celle de Vesoul (70) est identifiée comme le pôle gestionnaire dédié au transport<sup>100</sup>. Au plan régional, une cellule de coordination régionale de gestion du risque et de la fraude a été créée en 2010. Une dizaine de personnes sont chargées :

- d'assurer un lien entre les différentes caisses départementales,
- de s'assurer de l'efficacité des dépenses de santé,
- d'encadrer la pratique des prescriptions,
- de s'assurer du respect de la réglementation (par les transporteurs sanitaires par exemple).

C'est la convention nationale du 26 décembre 2002, prévue à l'article L.322-5-2 du code de la sécurité sociale (C.S.S.), qui organise les rapports entre les entreprises de transport sanitaires privées et les caisses d'assurance maladie. Depuis la signature, les relations conventionnelles entre les T.S.P. et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ont essentiellement porté sur la normalisation des entreprises, les mesures de dématérialisation administrative et le développement de la géolocalisation des vecteurs. L'encadrement des demandes de transport est prévu par le code de la sécurité sociale qui prévoit, en sus de la convention nationale, des mécanismes de régulation des prescriptions les plus onéreuses ou du phénomène de « sur-prescription<sup>101</sup> ». Dans le cas de l'U.P.H., le médecin régulateur agit dans le cadre de l'Article L.162-2-1 du C.S.S. : « *Les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins* ». En somme, les efforts de l'assurance maladie se sont essentiellement portés sur la fiabilisation des demandes de prise en charge, la limitation de l'augmentation des demandes de transport et la lutte contre la fraude.

---

<sup>98</sup> *Transports assis professionnalisés exclus, périodes de garde et hors garde, indemnité de garde incluse.*

<sup>99</sup> Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés – présentation d'ouverture des négociations de l'avenant N°9 [Doc. Numérique], 22 juin 2018, p.22.

<sup>100</sup> Arrêté du 11 avr. 2008 portant approbation de l'avenant n° 5 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés, Art. 2.

<sup>101</sup> Code de la Sécurité Sociale, Art. L.162-1-15

Il est notable que l'assurance maladie ne dispose que de peu de données lui permettant d'étudier les mécanismes « métier » de l'urgence préhospitalière. Un avenant conventionnel du 25 mars 2014<sup>102</sup> prévoit par exemple de réunir l'observatoire économique du transport sanitaire pour « *permettre d'estimer la situation économique du secteur sur la base de l'analyse de l'ensemble des données disponibles* ». Dans les faits, cet observatoire n'a jamais été activé dans le cadre de la commission nationale avec les transporteurs, qui ne s'est elle-même jamais officiellement réunie depuis janvier 2013<sup>103</sup>. Il ressort ainsi que le niveau national traite l'activité U.P.H. à l'identique de l'activité programmée et peine à objectiver les phénomènes impactant la dépense.

Les dépenses de sécurité sociale font l'objet, depuis 1996, d'un plan national voté annuellement par le parlement dans le cadre de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (L.F.S.S.). L'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (O.N.D.A.M.) définit donc l'objectif de dépenses remboursées par l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Cet objectif est relayé par la cellule de coordination régionale de gestion du risque et de la fraude auprès des C.P.A.M..

En Franche-Comté, sous l'impulsion de l'A.A.F.C., la plateforme de régulation des T.S.P. s'est conformée aux attentes de l'assurance maladie, tant en matière de transparence de facturation que de recherche d'efficacité<sup>104</sup>. Elle reprend ainsi certaines missions initialement dévolues aux A.T.S.U. dont la collecte et la transmission des documents d'activité de garde à la C.P.A.M..

### *1.1.2.3. Les organes de régulation entre partenaires de l'U.P.H.*

A l'échelle locale, des organes de concertation et/ou de décision traitent de l'urgence préhospitalière.

Co-présidé par le préfet de département et le directeur général de l'A.R.S., le C.O.D.A.M.U.P.S.-T.S., veille à la qualité de la distribution de l'A.M.U., à l'organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population, dans le respect du cahier des charges régional. Il rassemble quatre catégories de représentants : les collectivités

---

<sup>102</sup> Publié au JORF le 4 juillet 2014, NOR :AFSS1415254V

<sup>103</sup> Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Cellule de coordination régionale GDRF Bourgogne-Franche-Comté, juil. 2018, *Echanges sur l'urgence préhospitalière* [Doc. Numérique].

<sup>104</sup> Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté, « audit de la plateforme ambulancière de Franche-Comté, janv. 2018, « *la plateforme produit plus de 25 indicateurs et dispose ainsi de nombreuses données* ».

territoriales, les partenaires de l’A.M.U. (dont le S.A.M.U. et les S.D.I.S.), des organismes partenaires (dont les T.S.P.) et les usagers<sup>105</sup>. Au total, 29 personnes doivent siéger. Deux sous-comités doivent être constitués et réunis, *a minima* annuellement : un sous-comité médical et un sous-comité des transports sanitaires. Ce dernier, essentiellement saisi pour avis préalable à la délivrance, à la suspension ou au retrait d’un agrément de l’A.R.S. aux T.S.P., peut également être saisi pour « *tout problème relatif aux transports sanitaires*<sup>106</sup> ».

La conférence régionale de santé et de l’autonomie a pour missions d’émettre un avis sur le plan régional de santé, d’organiser des débats publics sur les questions de santé et d’établir un rapport d’activité. Considérée comme le « *parlement régional de santé*<sup>107</sup> », il doit « *aider l’A.R.S. à prendre les décisions les plus pertinentes* ». Pour la Bourgogne-Franche-Comté, elle est constituée de 99 membres dont la liste est fixée par le directeur de l’A.R.S.<sup>108</sup>. En son sein, une Commission Spécialisée de l’Organisation des Soins (C.S.O.S.) se réunit mensuellement pour traiter, entre autres, de l’organisation et de l’adéquation de l’A.M.U. aux besoins de la population et de l’organisation des transports sanitaires.

En Franche-Comté, la mission de service public d’urgence préhospitalière est donc réalisée par une myriade d’acteurs aux enjeux propres :

- le S.A.M.U. qui vise le juste soin pour les victimes et assume son rôle de régulation du secteur,
- les T.S.P. qui souhaitent maintenir une activité économiquement viable et agir sur leur environnement institutionnel,
- les S.D.I.S. qui malgré un champ de missions large s’engagent pour une desserte rapide des secours en s’appuyant sur leur maillage territorial,
- l’A.R.S. qui restructure pour optimiser,
- l’assurance maladie qui gère le risque de dépassement de l’objectif annuel de dépenses de santé.

---

<sup>105</sup> Code de la Santé Publique, Art. R.6313-1

<sup>106</sup> Code de la Santé Publique, Art. R.6313-6

<sup>107</sup> Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté, [site internet, le 01/07/18, <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/la-conference-regionale-de-la-sante-et-de-lautonomie-3>].

<sup>108</sup> Arrêté n° ARSBFC/DS/2018/010 du 16 avril 2018 fixant la liste des membres de la conférence régionale de la santé et de l’autonomie de Bourgogne-Franche-Comté.

## **1.2. Une répartition complexe et hétérogène des missions entre les acteurs opérationnels régionaux.**

L'urgence préhospitalière est organisée autour de trois acteurs opérationnels, les S.A.M.U./S.M.U.R., les S.D.I.S. et les T.S.P.. Le périmètre géographique du présent mémoire a été défini en fonction de l'organisation locale existant entre ces trois acteurs : l'ex-région Franche-Comté. Toutefois, la compréhension de ces relations régionales ne peut s'envisager qu'après avoir étudié les règles applicables au niveau national, et leur évolution dans le temps.

### **1.2.1. Une tentative de régulation au niveau central.**

#### *1.2.1.1. Loi 1986, une base commune, qui glisse...*

C'est la loi n° 86-11 du 6 janv. 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires pose les bases du partage des missions : l'A.M.U. « *a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état*<sup>109</sup> ». Cette disposition est précisée à l'Art. R.6311-1 al.2 : « *Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les services d'aide médicale urgente joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les services d'incendie et de secours* ». Cela peut être le cas lorsqu'une personne nécessitant des secours médicaux est enfermée chez elle sans moyen d'ouvrir aux intervenants. Les sapeurs-pompiers procèdent alors à l'ouverture du logement pour en permettre l'accès.

S'agissant du transport des personnes vers le centre d'accueil, le code de la santé public établit dans son article L.6312-1 : « *Constitue un transport sanitaire, tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet* ». Il s'agit là du domaine de compétences privilégié des sociétés de transport sanitaires, dûment agréées par l'A.R.S..

---

<sup>109</sup> Code de la Santé Publique, Art. L.6311-1.

Par ailleurs, le rôle des S.I.S. est précisé par la Loi du 3 mai 1996<sup>110</sup> dans une rédaction codifiée à l'article L1424-2, 4° du code général des collectivités territoriales : « *Dans le cadre de leurs compétences, ils exercent [...] les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation* ». Cette compétence partagée représente la part essentielle de l'activité des S.D.I.S. (77 % des interventions du S.D.I.S. du Doubs en 2017).

Ainsi, l'esprit de la loi est d'attribuer à chaque acteur une mission précise, constituant une chaîne d'urgence préhospitalière : Au S.A.M.U. l'aide médicale urgente, aux S.I.S. le secourisme et les cas nécessitant des moyens spécifiques au sauvetage, et aux T.S.P. le transport des personnes. Une règle précise qui trouve néanmoins ses limites lors de sa confrontation au principe de réalité. De nombreuses situations opérationnelles rendent difficile l'application de cette sectorisation « fonctionnelle » des tâches, également rendu illisible par les multiples conventionnements entre les acteurs.

Un premier éclaircissement a fait l'objet d'une jurisprudence du Conseil d'Etat. Il s'agissait de distinguer le « transport sanitaire » dévolue aux T.S.P. et « l'évacuation » réalisée par les moyens des S.I.S. dans la continuité de leur intervention, étant entendu que ces prestations sont effectuées avec des ambulances de niveau équivalent<sup>111</sup>. Il s'agissait de définir, dans l'hypothèse d'une intervention réalisée par les sapeurs-pompiers, si le secteur public était obligatoirement chargé du transport ou si les ambulanciers privés étaient seuls fondés à le réaliser. Les arrêts *Lemarquand*<sup>112</sup> et *Ville de Versailles*<sup>113</sup> distinguent bien les deux notions et précisent qu'il ne s'agit pas d'une concurrence du secteur public au détriment du secteur privé d'une part, et que l'évacuation entre dans le champ de mission des S.D.I.S. d'autre part (bien que les phases d'urgence aux personnes et d'évacuation soient distinctes<sup>114</sup>). Ainsi, les sapeurs-pompiers, comme les T.S.P. ont pour mission de transporter (ou évacuer pour les S.I.S.) les patients/victimes du lieu de l'intervention jusqu'à l'établissement de santé, en l'absence de médicalisation par la S.M.U.R..

Concernant les interventions médicalisées, la question de l'effecteur de transport (ou d'évacuation) se pose également. Si la S.M.U.R. doit assurer le transport tel que prévu par

---

<sup>110</sup> Loi n°96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours.

<sup>111</sup> Cf. *I.I.I.*

<sup>112</sup> CE, sect., 3 oct. 1980, n° 16589, *Lemarquand*, Lebon

<sup>113</sup> CE 5 déc. 1984, n° 48639, *Ville de Versailles c/ Lopez*, Lebon

<sup>114</sup> DECOUT-PAOLINI Rémi, Précisions sur le cadre juridique applicable à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires - Conclusions sur CE, 8 février 2017, *Société Polyclinique Saint-Jean*, n° 393311 et *Société Ambulances Breuil*, n° 392990.

l'article R.6123-15 du C.S.P., les S.D.I.S comme les T.S.P. réalisent régulièrement cette mission pour le compte de l'établissement de santé siège de la structure. La possibilité est en effet laissée aux hôpitaux supports de S.M.U.R. de conventionner avec le S.D.I.S. ou les T.S.P. pour constituer une Unité Mobile Hospitalière (U.M.H.)<sup>115</sup>. Ainsi, la médicalisation peut être réalisée au moyen d'une ambulance « rouge » avec un conducteur sapeur-pompier, agissant alors en qualité de prestataire au profit du service hospitalier<sup>116</sup>. Mais dans un certain nombre de cas, le centre hospitalier refuse de conventionner, sans pour autant que les ambulances, alors sorties du cadre de leur missions partagées ne puissent se soustraire à l'ordre de transport donné par le médecin régulateur<sup>117</sup>.

Une autre situation opérationnelle heurte la répartition définie, *a priori*, par la loi de 1986. Il s'agit des interventions réalisées par les sapeurs-pompiers, hors de leur champ de compétence<sup>118</sup> en suppléance de T.S.P. absents. Ces interventions, réalisées sur demande du C.R.R.A. 15, interviennent lorsque les moyens privés sont inexistantes ou indisponibles pour transporter les patients dans les délais compatibles avec leur état de santé. Ces phénomènes de « carence » démontrent « l'interchangeabilité » des vecteurs, les uns pouvant intervenir en lieu et place des autres. Concernant les agréments, le code de la santé publique prévoit que, agissant en prestataires de services, soit par conventionnement, soit par carence, les S.D.I.S. sont « *soumis aux conditions requises pour la délivrance de l'agrément attribué pour l'accomplissement des transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente* »<sup>119</sup>.

Face à la complexité d'ensemble, et devant les écarts d'interprétations des acteurs de l'U.P.H., des tensions – localement fortes – apparaissent avec son lot de contentieux. La jurisprudence, jugée parfois contradictoire<sup>120</sup>, est nourrie sur les « points de croisement » des missions.

Les choix effectués par la régulation médicale sont au centre des préoccupations des T.S.P. qui craignent une sollicitation préférentielle des S.I.S. à leur dépend. Côté « rouges », la définition des interventions en prestation de service est sujette à interprétation et, par voie de

---

<sup>115</sup> Code de la Santé Publique, Art. D.6124-12

<sup>116</sup> Ministère de la santé et des sports, règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé, services mobiles d'urgence, p.2

<sup>117</sup> CAPART, Rémy, PNRS, « *De la théorie de l'enrichissement sans cause comme stratégie contentieuse en matière d'appuis logistiques de fait des SDIS, au profit des établissements siège de SMUR* », 26 avr. 2018.

<sup>118</sup> Code Général de Collectivités Territoriales, Art. L.1424-2

<sup>119</sup> Code de la Santé Publique, Art. R.6312-15

<sup>120</sup> CORACK, Luc, AJDA 2016, l'implication des services d'incendie et de secours dans le transport sanitaire Entre raison et sentiments : « *La notion de prolongement de la mission [...] a de la même manière été surinterprétée, comme en témoignent [...] l'arrêt précité de la CAA de Lyon du 30 mars 2006 dont il faut une fois encore citer les conclusions de son rapporteur public à propos des arrêts Lemarquand et Ville de Versailles* ».



conséquence, leur prise en charge financière fait débat « *En d'autres termes, le concours apporté par les SIS à l'aide médicale urgente ne saurait être l'alibi d'un transfert larvé de compétences du secteur hospitalier vers les SIS*<sup>121</sup> ». Dans son rapport conjoint de 2014, l'inspection générale de l'administration et l'inspection générale des affaires sociales rédigent :

*« Au fil du temps, les pouvoirs publics ont dû opérer des ajustements dans les interventions respectives des SAMU et des SDIS, d'abord par voie de circulaires, puis par voie négociée entre représentants des personnels sous l'égide des administrations centrales concernées, à la demande du plus haut niveau de l'Etat*<sup>122</sup>».

#### *1.2.1.2. Trois circulaires interministérielles pour tenter de clarifier les missions.*

Six années après la publication de la loi A.M.U., une première circulaire interministérielle vient recadrer les interprétations relatives aux missions des S.I.S. et des S.A.M.U.<sup>123</sup>. Une sectorisation géographique vient ainsi se superposer à la répartition fonctionnelle établie par voie législative. Le déclenchement de la mission sera donc adapté au lieu où se situe le patient/la victime en fonction de cinq facteurs :

- les interventions sur la voie publique sont traitées par les sapeurs-pompiers, le S.A.M.U. pouvant adapter le dispositif *a posteriori*,
- pour les lieux fréquentés par le public - ces termes pouvant être interprétés comme les établissements recevant du public (E.R.P.) et les lieux publics - la circulaire prévoit une concertation préalable des deux services,
- pour les domiciles et lieux privés, une régulation médicale est obligatoire avant tout engagement, le S.D.I.S. n'intervenant que sur demande du C.R.R.A. 15,

---

<sup>121</sup> *Ibidem.*

<sup>122</sup> I.G.A., I.G.A.S., rapport définitif sur l'évaluation de l'application du référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, juin 2014, synthèse [6]

<sup>123</sup> Ministère chargé de la santé, circulaire du 18 sept.1992 concernant les relations entre le SDIS et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours.

- le prompt-secours est défini comme dérogatoire aux règles de répartition géographique. Il permet à l'opérateur du C.T.A. de pouvoir engager les sapeurs-pompiers avant la régulation médicale afin de permettre « *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 [...]. Son intérêt réside dans son caractère réflexe* »,
- les sinistres restent du ressort des sapeurs-pompiers, et notamment le soutien sanitaire des équipes engagées.

La circulaire prévoit également que la mise en œuvre et l'adaptation des dispositions aux spécificités locales soit réalisées à travers une convention signée entre le S.D.I.S. et le centre hospitalier siège du S.A.M.U., sous l'autorité du préfet. Enfin, sans en préciser les modalités, les préfets doivent veiller à ce qu'une évaluation de cette convention soit réalisée.

En avril 1994, une mission interministérielle est mise en place pour évaluer l'impact du texte. Les travaux aboutiront en 1996 à la rédaction d'une nouvelle circulaire interministérielle<sup>124</sup>. La répartition géographique des missions est jugée pertinente mais le niveau de conventionnement inquiète. Le climat entre les acteurs reste sous tension à tel point que la circulaire précise : « *l'organisation [...] doit aussi éviter des conflits d'intervention entre les services publics concernés et des concurrences déloyales de ces mêmes services publics vis-à-vis du secteur libéral ou privé* » et met en avant la faible mobilisation des acteurs concernés (y compris les préfetures).

S'agissant de la répartition des missions, la circulaire de 1996 ne ferait que réaffirmer celle de 1992 si un paragraphe ne venait pas présenter le retour d'expérience des premiers travaux de conventionnement. Ainsi, la circulaire précise : « *la convention [...] doit être l'occasion de structurer la réponse que peut apporter le secteur privé ou libéral dans ce domaine. Les ambulanciers, les médecins libéraux devraient être associés à la convention de telle sorte que leur rôle et leur responsabilité soient reconnus et clairement fixés* ». L'objectif, finalement noyé dans une rédaction touffue, est pourtant clairement rédigé : « *la participation de ces acteurs doit permettre la mise en place d'une organisation départementale du secours d'urgence à personnes* ».

---

<sup>124</sup> Ministère chargé de la santé, circulaire du 2 fév. 1996 concernant les relations entre le SDIS et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours.

Malgré les éclaircissements, une dérive de missions situées en « zone grise » tels que les prompt-secours est observée. Ainsi, les auteurs de la circulaire de 1996 constatent « le nombre élevé d'interventions dans le cadre du prompt secours non assorties d'interventions médicales ou de soins hospitaliers ». Dans le même temps, sous la pression des praticiens libéraux, la permanence des soins est instaurée, et revient à la charge des S.A.M.U.<sup>125</sup>. Jusqu'alors, elle procédait d'une obligation professionnelle pour les médecins de ville d'assurer une permanence, organisée par le conseil départemental de l'Ordre des médecins, hors des périodes d'ouverture des cabinets médicaux.

Une nouvelle circulaire interministérielle est rédigée en 2004<sup>126</sup>. L'objectif du ministère chargé de la santé, annoncé dès les premières lignes du document, souligne l'inefficacité des précédents : « *établir une répartition claire des compétences de chacun, des procédures établies, bien comprises par tous et pouvant faire l'objet d'évaluations régulières [...] de clarifier le rôle des ambulanciers dans la chaîne des urgences préhospitalières et de préciser les modalités de partenariat avec le SAMU et le SDIS*<sup>127</sup> ».

A la lecture de l'introduction, il pourrait sembler que cette nouvelle rédaction ne soit qu'un rappel des circulaires de 1992 et de 1996. Or, si des éléments habituels restent présents (interconnexion des C.R.R.A. et C.T.A., principes de formation des agents, suivi des mesures), de nouveaux sont de nature à impacter l'organisation. C'est le cas notamment de l'abandon du critère géographique, intégré en 1992, pris en application de la loi du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours. Les critères fonctionnels étant les seuls maintenus<sup>128</sup>, les sapeurs-pompiers se voient supprimer un pan complet d'activité (les interventions sur la voie publique, E.R.P. et lieux publics), au profit des ambulanciers privés.

Parallèlement, et toujours en application de cette loi, la circulaire prévoit de réduire la compétence des S.D.I.S. aux seules missions consistant « *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 extérieur* ». Cette disposition écarte de fait l'activité réalisée par les sapeurs-pompiers dans des conditions non accidentelles (extériorité de l'origine de la détresse) tels que les malaises, qui devront être traités par le secteur privé.

---

<sup>125</sup> Décret n°2003-800, 15 sept.2003.

<sup>126</sup> Ministère chargé de la santé, circulaire DHOS/01 n°2004-151 du 29/03/2004 – relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente.

<sup>127</sup> *Ibidem*, préambule.

<sup>128</sup> « *Quels que soient le lieu où se trouve la personne et le cheminement initial de l'appel* ».

Une évolution notable de cette circulaire réside également dans la prise en compte des T.S.P. dans la rédaction d'une convention, non plus bipartite mais tripartite entre S.A.M.U., S.D.I.S. et ambulanciers privés. L'objet étant - toujours - de « *garantir une bonne coordination des trois acteurs des urgences préhospitalières* ».

Dans les faits seule la convention tripartite a été mise en œuvre. Le critère géographique est largement resté dans la doctrine d'engagement<sup>129</sup>, tout comme le champ de compétence des S.D.I.S.. Cette nouvelle définition très stricte, bien que conforme à la loi du 3 mai 1996, ne sera ainsi jamais appliquée, « *les sapeurs-pompiers ne s'attachant pas au caractère strictement accidentel ou non de la détresse (notamment au regard de son extériorité) lorsqu'il s'agit de prodiguer les premiers secours*<sup>130</sup> ». En synthèse, même à travers une approche tripartite, et malgré un pilotage préfectoral resserré, cette circulaire n'a pas été de nature à éteindre les tensions du secteur. Par ailleurs rédigée sous forme de « *principes de répartition des compétences* », elle autorise la dérogation dont elle renvoie au niveau local la définition et le suivi.

Complémentairement, côté du secteur privé, un décret<sup>131</sup> vient renforcer les modalités de garde départementale introduites en 1987, afin de fiabiliser la réponse des transporteurs sanitaires qualitativement et géographiquement. Ainsi, outre la capacité de se réunir en groupement d'intérêt économique, les ambulanciers doivent s'organiser pour assurer la présence d'au moins un véhicule de catégorie A par secteur ambulancier. Un cahier des charges départemental, arrêté par le préfet, définit les conditions de la garde.

---

<sup>129</sup> Rapport I.G.A., I.G.A.S., juin 2006, relatif au secours à personne.

<sup>130</sup> CORACK, Luc, AJDA 2016, *l'implication des services d'incendie et de secours dans le transport sanitaire Entre raison et sentiments*.

<sup>131</sup> Décret n°2003-674 du 23 juil. 2003 codifié, relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire en modifiant le décret n°87-965 du 30 nov. 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres.

Les années 2000 présentent une hausse singulière d'activité pour les acteurs de l'U.P.H.. Cette sollicitation, notamment influencée par la restructuration de la permanence des soins ambulatoires<sup>132</sup>, dégrade encore les relations entre les deux services publics notamment. Leurs représentations nationales cristallisent la situation : « *l'organisation du secours en France est, au printemps 2017, au bord de la rupture. Inadaptée aux besoins...* »<sup>133</sup>, « *Les propos tenus ces derniers temps par le [...] président de la fédération des sapeurs-pompiers (Fnsp), sur les services d'urgence hospitaliers sont mensongers et inacceptables* »<sup>134</sup>.

Pour éviter la crise, le Président de la république demande, lors de son discours au congrès national des sapeurs-pompiers de France le 28 septembre 2007, d'engager « *sans délai un travail de clarification des missions, en associant les sapeurs-pompiers et les médecins urgentistes* »<sup>135</sup> ainsi qu'une expérimentation sur quelques départements, dans l'attente d'une généralisation en 2009. Cette demande prend également la forme d'une circulaire interministérielle destinée à harmoniser les deux documents de planification que sont les S.D.A.C.R. élaborés par les S.D.I.S. et les S.R.O.S. des A.R.H.<sup>136</sup> en vue d'optimiser l'utilisation de leurs moyens respectifs.

### *1.2.1.3. Un changement de méthode pour enfin clarifier les missions entre les S.A.M.U. et les S.D.I.S. et entre les S.A.M.U. et les T.S.P..*

Cette volonté présidentielle se traduit par la constitution d'un comité quadripartite réunissant les deux directions centrales de l'organisation des soins et de la sécurité civile (D.H.O.S et D.D.S.C.) ainsi que les représentants nationaux des S.A.M.U. et des S.D.I.S.. L'objectif assigné est de « *définir un référentiel commun sur le partage des responsabilités dans l'exercice des missions de secours à personne* »<sup>137</sup>. Il s'agit notamment de préciser les actions entrant dans le cadre de la permanence des soins, du prompt-secours ou de l'urgence médicale.

---

<sup>132</sup> Le décret 2003-880 du 15 septembre 2003 modifie la participation des médecins libéraux à la permanence des soins ambulatoires en la basant sur le volontariat, là où le code de déontologie médicale la présentait comme un devoir.

<sup>133</sup> Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers de France, « *Du manifeste de la FNSPF au référentiel commun sur l'organisation du secours à personnes et de l'aide médicale urgente* », 2008.

<sup>134</sup> SAMU de France, [communiqué de presse], 30 nov. 2007.

<sup>135</sup> Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales ; Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, *lettre de mission du comité quadripartite*, 26 nov. 2007.

<sup>136</sup> Ministère de l'Intérieur ; ministère chargé de la santé, circulaire interministérielle DHOS/O1/DDSC/BSIS n° 2007-457 du 31 déc. 2007 *relative à la nécessité d'établir une mise en cohérence des schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) et des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS)*.

<sup>137</sup> *Ibidem*.

En rompant avec la pratique réglementaire de la circulaire, même interministérielle, le gouvernement espère à travers cette co-rédaction éteindre le conflit entre « rouges » et « blancs ». Après six mois de négociations, le référentiel d'organisation du secours à personne et de l'A.M.U. - également appelé référentiel S.A.P.-A.M.U. - est publié le 25 juin 2008, et mise en œuvre par l'arrêté conjoint du 24 avril 2009<sup>138</sup>. Il pose trois principes supposés remédier aux dysfonctionnements connus :

- la reconnaissance de la légitimité des prompts-secours, renommés « départs réflexe », intégrant les urgences vitales mais également la voie et les lieux publics,
- la reconnaissance de la pertinence de la régulation médicale *a priori*, quel que soit le numéro d'urgence appelé (à l'exception des départs réflexe, régulés *a posteriori*),
- l'affirmation du principe que le doute profite à l'appelant.

En rédigeant près de 160 prescriptions, les auteurs détaillent la chaîne des secours et l'articulation des services ; du traitement de l'appel d'urgence au contrôle qualité, en passant par la doctrine opérationnelle. Même si, pour la première fois, une liste de départs réflexe des moyens du S.I.S. est rédigée<sup>139</sup>, il ne s'agit toutefois pas d'une révolution doctrinale étant donné que les bases législatives et réglementaires demeurent.

L'article 3 de l'arrêté de publication prévoit une évaluation du référentiel. Celle-ci a été réalisée par l'I.G.A. et l'I.G.A.S. en 2014, donnant lieu à un rapport définitif en juin de la même année. Si les inspecteurs notent que : « *la mise en œuvre du référentiel a permis de dynamiser les relations entre SDIS et SAMU, de clarifier les rôles et de formaliser les pratiques. Des initiatives locales positives sont recensées...* »<sup>140</sup>, ils pointent toutefois une application très hétérogène sur le territoire national, et certains écarts récurrents. Il s'agit notamment de l'élargissement de la liste des départs réflexe prévus en annexe I<sup>141</sup>, de difficultés sur les urgences vitales à domicile<sup>142</sup> et de l'étendue trop large du critère géographique<sup>143</sup>.

---

<sup>138</sup> Arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, JORF n°0098 du 26 avril 2009 page 7186.

<sup>139</sup> Référentiel commun sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, 25 juin 2008, annexe I.

<sup>140</sup> I.G.A., I.G.A.S., rapport définitif sur l'évaluation de l'application du référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, *Op. Cit.*, synthèse [18]

<sup>141</sup> Les motifs d'accident vasculaire cérébral, de douleurs thoraciques et de chutes de hauteur sont régulièrement ajoutés.

<sup>142</sup> La notion de détresse vitale (listée en annexe I) étant indépendante du lieu de survenance, le secteur privé n'est plus sollicité par le C.R.R.A.15.

<sup>143</sup> La voie publique, des lieux publics et des établissements recevant du public ayant été intégrés à l'annexe I.

Outre ces divergences relatives à la doctrine d'engagement, d'autres points de crispations perdurent entre les deux services. Les rapporteurs notent ainsi la problématique du décompte des carences ambulancières (définition, outil de suivi, traçabilité), celle relative à l'engagement des infirmiers protocolés des S.I.S., l'absence persistante d'un pilotage central et l'ambiguïté du positionnement des T.S.P. dans l'U.P.H.. A la suite de cette évaluation, une feuille de route est mise en place au niveau ministériel afin de maintenir l'effort de régulation du secteur sur les trois années suivantes.

S'agissant du secteur privé, l'abandon d'une logique tripartite au profit d'un rapprochement souhaité entre S.A.M.U. et S.D.I.S a très nettement fait naître un sentiment d'exclusion, source de démotivation des entreprises pour l'activité d'urgence. En réponse à cette nouvelle logique bipartite, les représentants des T.S.P. incitent le ministère chargé de la santé à ouvrir un travail similaire au référentiel S.A.P.-A.M.U sous la forme d'un référentiel commun relatif à l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière. Ce document, publié le 9 avril 2009, et mis en œuvre le 5 mai de la même année<sup>144</sup>, a vocation à préciser le dispositif d'organisation des transports sanitaires mis en place pour répondre à l'urgence préhospitalière. S'inspirant du premier, ce référentiel est construit en concertation par le comité des transports sanitaires, associant les représentants des structures de médecine d'urgence, des transporteurs sanitaires, des établissements de santé, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (D.H.O.S.) et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (C.N.A.M.T.S.).

Le point clef de ce texte réside dans la mise en place d'un coordinateur ambulancier chargé, 24 heures sur 24, d'assurer un lien unique entre le C.R.R.A.15 et les sociétés d'ambulances privées. L'objectif est double, fiabiliser le recensement des disponibilités et ainsi limiter le nombre de carences ambulancières, et permettre une traçabilité complète de l'activité réalisée<sup>145</sup>.

Au plan de la doctrine, ce référentiel S.A.M.U.-T.S.P., négocié au niveau central, traite également du sujet de l'urgence préhospitalière. Le cadre doctrinal du secteur a ainsi évolué d'une logique tripartite non négociée à une logique de double bipartites, négociées avec une partie seulement des acteurs.

---

<sup>144</sup> Arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière, JORF n°0098 du 26 avril 2009 page 7186.

<sup>145</sup> *Ibidem*, p.7

Il en résulte un problème de cohérence entre les deux référentiels sur le traitement des urgences vitales. Le référentiel « rouge » prévoit leur traitement en départ réflexe par les sapeurs-pompiers alors que le référentiel « blanc » définit les ambulanciers comme des professionnels de santé ayant vocation à « être missionnés par la régulation du SAMU - centre 15 pour participer à la prise en charge des urgences vitales<sup>146</sup> ».

Une circulaire interministérielle tente d'éclaircir ce point le 14 octobre 2009. En définitive, elle se limite à préciser qu'en cas de départ réflexe, « la régulation médicale intervient dans les meilleurs délais, après le déclenchement des moyens du SDIS. Dans le cadre de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière, tout recours à un transporteur sanitaire dépend de la régulation médicale qui est préalable ». Et renvoie à la charge des préfets de procéder aux signatures de deux conventions (S.A.M.U.-S.D.I.S. et S.A.M.U.-ambulanciers) dans le cadre d'un protocole tripartite (S.A.M.U., S.D.I.S., ambulanciers) en veillant à « la cohérence opérationnelle des modalités de mise en œuvre ». Du point de vue des T.S.P., cette convention relative à l'U.P.H. creuse encore un peu plus le fossé avec la partie programmée de leur activité<sup>147</sup>.

Les derniers actes réglementaires connus au moment de la rédaction des présentes lignes datent de 2015 et prennent la forme d'un arrêté<sup>148</sup> et d'une circulaire interministérielle<sup>149</sup> venant abroger celles de 1992 et de 1996. Faisant suite au rapport I.G.A.-I.G.A.S. de 2014, elle décline la feuille de route conjointe du ministère de l'intérieur et de celui chargé de la santé et détaille les deux premiers axes (sur les quatre prévus). Elle reprend, conformément aux bases législatives existantes, la séparation du secours à personne - renommé Secours d'Urgence Aux Personnes (S.U.A.P.) – du ressort du ministère de l'intérieur et de l'A.M.U. du ressort du ministère chargé de la santé. Elle développe ensuite la notion de complémentarité des moyens « dans un contexte de mise en œuvre de la réforme territoriale<sup>150</sup> ».

La circulaire définit le S.U.A.P., à l'identique du référentiel S.A.P.-A.M.U., à une exception près. Alors qu'en 2008, le référentiel prévoyait la possibilité au C.T.A. de « réaliser l'envoi des renforts dès la réception de l'appel où dès l'identification du besoin après en avoir

---

<sup>146</sup> Référentiel portant sur l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière, p.5

<sup>147</sup> François BONNET, 2 mars 2018, *Entretien*.

<sup>148</sup> Arrêté du 5 juin 2015 portant modification de l'annexe I et de l'annexe VI du référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente du 25 juin 2008.

<sup>149</sup> Ministère de l'Intérieur ; ministère chargé de la santé, circulaire interministérielle n° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente.

<sup>150</sup> *Ibidem*, préambule.



*informé la régulation médicale du SAMU lorsqu'il s'agit d'une situation d'urgence nécessitant la mise en œuvre des moyens médicaux », la nouvelle rédaction permet au C.T.A. de réaliser un engagement avant l'information du C.R.R.A. « notamment lorsqu'il s'agit d'une situation d'urgence nécessitant la mise en œuvre des moyens médicaux ».*

Cette modification, pouvant être jugée de bon sens s'agissant des appels reçus au 18, ouvre toutefois - et de nouveau - la porte à l'ambiguïté des engagements par le C.T.A., hors départs réflexe ; même si cet « écart » est ensuite atténué en ces termes : « *en dehors de situations dites de « départ réflexe », pour toute demande de secours et de soins urgents, le référentiel commun d'organisation du SAP et de l'AMU pose le principe général de l'engagement des moyens des SIS après régulation médicale par le SAMU*<sup>151</sup> ». Une instruction interministérielle viendra d'ailleurs préciser, en décembre 2016, les modalités d'identification des départs réflexe au moyen d'arbres décisionnels<sup>152</sup>.

Il est également à noter une particularité : pour la première fois dans un texte normatif, la notion de « *secours et de soins urgents* » est développée, peut-être est-ce là un embryon de définition conjointe ?

Mais la réelle évolution contenue dans cette circulaire revient à la circonscription du critère géographique. Après être apparu en 1992, avant de disparaître en 2004 (dans les textes mais pas dans les doctrines), le voilà tronqué : « *hormis la voie publique, le lieu de survenue ne doit plus être en lui-même un critère de choix dominant. C'est dans cette optique que l'arrêté du 5 juin 2015 porte modification de l'annexe I du référentiel commun*<sup>153</sup> ».

Concernant la participation des S.D.I.S. à l'A.M.U., le texte confirme la possible participation des membres du S.S.S.M. (infirmiers protocolés et médecins) et précise certaines modalités afin de limiter les phénomènes de concurrence entre médecins de correspondant S.A.M.U. (M.C.S.) et les médecins du S.S.S.M.. Ainsi, les personnels du S.D.I.S., tout en restant sous la responsabilité de leur établissement, devront être connus de l'A.R.S. et du S.A.M.U. pour permettre leur prise en compte dans le maillage territorial médical. Cette mutualisation de moyens médicaux devant être pris en compte à travers l'harmonisation des S.R.O.S. et des S.D.A.C.R.<sup>154</sup>.

---

<sup>151</sup> *Ibid.*, 1.3

<sup>152</sup> Ministère de l'Intérieur ; ministère chargé de la santé, Instruction interministérielle n° DGOS/R2/DGSCGC/2016/399, 22 déc. 2016, *relative aux arbres décisionnels d'aide à la décision de déclenchement des départs réflexes des sapeurs-pompiers*.

<sup>153</sup> Ministère de l'Intérieur ; ministère chargé de la santé, circulaire interministérielle n°DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, 1.3.

<sup>154</sup> *Ibidem*, 2.1

En définitive, durant plus de trente années, les pouvoirs publics ont tenté de trouver un équilibre entre les acteurs de l'U.P.H.. Cet exercice de contorsion (de la loi de 1986) s'est révélé parfois difficile, souvent inefficace, du fait de la complexité de la réalité opérationnelle d'une part ; des capacités de conventionnement entre les acteurs obscurcissant les missions d'autre part, et enfin par l'abondance de spécificités locales. Sur ce dernier point, la Franche-Comté est un formidable exemple, ne serait-ce que par la présence d'un C.R.R.A. 15 unique pour les quatre départements concernés. Il convient maintenant d'étudier la planification, les conventions et les relations existant entre les différents acteurs Franc-Comtois pour en définir la cartographie.

### **1.2.2. L'adaptation des missions par les acteurs Franc-Comtois de l'U.P.H..**

#### *1.2.2.1. Une spécificité Franc-Comtoise insufflée par l'A.R.H., la D.D.A.S., puis par l'A.R.S..*

En réponse à l'augmentation importante du nombre d'appels d'urgence et des passages aux S.A.U., le ministère de la santé lance en 2002 deux groupes de travail chargés de proposer des améliorations de la permanence des soins des médecins généralistes d'une part, et de la prise en charge des urgences d'autre part. La volonté affichée du gouvernement est d'améliorer l'articulation de la permanence des soins de villes et des services des urgences. En 2003, une circulaire formule ainsi des recommandations et demande « *aux ARH et aux services déconcentrés de mettre en œuvre dans leur région à brève échéance<sup>155</sup>* ». En Franche-Comté, l'application sera particulièrement suivie, parfois même anticipée, et préfigure la chaîne d'U.P.H. actuelle.

---

<sup>155</sup> Ministère chargé de la santé, Circulaire DHOS/01 n°2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, *Constats et enjeux*.

Dès novembre 1999, dans le cadre de la révision des S.R.O.S de première génération, la direction des hôpitaux prévoit déjà certaines orientations, dont la régionalisation du C.R.R.A. 15: « *Le SAMU-Centre 15 de Besançon aura un rôle de coordination des autres SAMU-centres 15 de la région, implantés à Vesoul, Belfort et Lons-le-Saunier*<sup>156</sup> ». La structure assurera la régulation des appels d'urgence des départements du Doubs, du Jura et de la Haute-Saône à compter du 25 janvier 2005. Aussi, par le biais des S.R.O.S, l'A.R.H. met en œuvre une mesure phare de la circulaire : « *développer la mise en réseau des professionnels de l'urgence [...] mutualiser la régulation médicale en cas de faible activité sur certaines plages horaires*<sup>157</sup> ».

Le S.R.OS. 3<sup>158</sup> confirme cette politique et l'étend progressivement. Le C.R.R.A. 15 de Besançon aura ainsi à charge, « *outré les appels de l'A.M.U., ceux de la permanence des soins et des transports ambulanciers, en liaison avec les personnels concernés. A terme sa compétence géographique s'exercera la journée sur les territoires de santé de [...]. Pendant la période dite de nuit profonde, sa compétence s'étendra à l'ensemble de la région*<sup>159</sup> ».

Sous cette impulsion, plusieurs projets sont mis en œuvre :

- une plateforme de coordination ambulancière hébergée au centre hospitalier de Besançon est étendue aux autres départements (elle reprend une structure préexistante qui coordonnait depuis 1982 les transports sanitaires des départements du Jura et du Doubs). Sa gestion est réalisée par l'A.A.F.C. depuis 2012,
- une intégration de la plateforme régionale de régulation des soins ambulatoires (non urgents) est réalisé dans le C.R.R.A.. Elle reste toutefois gérée par l'A.C.O.R.E.L.I.,
- la compétence géographique du C.R.R.A. 15 de Besançon est élargie à l'ensemble de la région en période de nuit profonde. En parallèle, une seconde plate-forme en Nord Franche-Comté se charge en journée du reste du territoire. Elle a également vocation à absorber une éventuelle suractivité et à assurer la continuité de service en cas d'interruption sur la première. Après avoir existé au sein du centre hospitalier de Belfort, ce C.R.R.A. Nord-Franche-Comté a lui-même été « phagocyté » par celui de Besançon en 2015 qui reste, au moment de la rédaction des présentes lignes, l'unique structure de Franche-Comté.

Toujours en réponse à la circulaire de 2003, le réseau régional des urgences de Franche-Comté est constitué sous la forme d'un groupement de coopération sanitaire. Il permet

---

<sup>156</sup> Direction des hôpitaux, nov. 1999, *la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire*, p.82

<sup>157</sup> *Ibidem*, II

<sup>158</sup> Agence régionale de l'hospitalisation de Franche -Comté, S.R.O.S. 3, prise en charge des urgences, version consolidée au 28 sept. 2009, p.79

<sup>159</sup> *Ibidem*, 3.1.2

notamment « *de garantir la sécurité et la continuité des prises en charge par l'accès à des spécialités ou à des capacités d'hospitalisation adaptées aux besoins des patients*<sup>160</sup> ». En d'autres termes, le réseau permet la création de filières de soins, en aval des situations d'urgence.

Enfin, la circulaire appuie sur la nécessité de garantir un maillage médical urgent à 30 minutes en tout point du territoire. Elle insiste sur le renforcement des S.M.U.R. le cas échéant et sur le développement des médecins correspondants de S.A.M.U. qui constituent un relais dans la prise en charge de l'urgence vitale. Les auteurs invitent même à puiser dans les ressources extérieures, « *Ces médecins, qu'ils soient médecins libéraux, médecins SMUR ou médecins pompiers, sont formés à l'urgence*<sup>161</sup> », ce qui n'engage pas à l'apaisement entre les différents acteurs, notamment publics.

En 2012 puis 2018, l'A.R.S. développe son plan régional de santé. Ce document planifie la politique régionale de santé de manière pluriannuelle et globale. Il répond au cadre d'orientation stratégique établi pour 10 ans et intègre, entre - beaucoup - d'autres, les S.R.O.S. et le Plan d'Action Régional sur les Urgences (P.A.R.U.). Ce dernier, introduit en 2013<sup>162</sup>, « *doit viser une organisation innovante, adaptée et efficiente qui articule les urgences hospitalières et la médecine de ville afin d'apporter une réponse coordonnée et pertinente aux demandes de soins urgents et non programmés assurant une continuité et pérennité de ces soins*<sup>163</sup> ». Dans sa version de février 2018, il prévoit notamment le regroupement des C.R.R.A. et des S.A.M.U. de la grande région au sein d'un groupement de coopération sanitaire, de développer des dispositifs alternatifs de réponse médicale pour les territoires éloignés, de prévoir l'orientation des personnes vers d'autres structures que les S.A.U. et d'établir une filière spécifique pour les personnes âgées. Enfin, s'agissant de sa gouvernance, les auteurs du P.A.R.U. proposent le regroupement du C.O.D.A.M.U.P.S.-T.S. et du comité départemental S.AP.-A.M.U.. Pour les acteurs opérationnels de l'U.P.H., ces documents de planification – P.R.S. et P.A.R.U. apparaissent complexes et non opérationnels<sup>164</sup>.

---

<sup>160</sup> Agence régionale de l'hospitalisation de Franche -Comté, S.R.O.S. 3, prise en charge des urgences, version consolidée au 28 sept. 2009, p.80

<sup>161</sup> Ministère chargé de la santé, circulaire DHOS/01 n°2003-195, 16 avr. 2003, *relative à la prise en charge des urgences*, II.d).

<sup>162</sup> Ministère chargé de la santé, Instruction n° DGOS/R2/2013/261, 27 juin 2013, *relative aux plans d'actions régionaux sur les urgences*.

<sup>163</sup> Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté, 5 fév. 2018, schéma régional de santé, p.252

<sup>164</sup> François BONNET, 2 mars 2018, *Entretien*.

### 1.2.2.2. *Des acteurs opérationnels contraints de s'adapter.*

Au premier plan de ces réformes successives, le C.R.R.A. 15 régional s'étoffe. Son rôle interdépartemental l'amène à coordonner une activité U.P.H. importante. En 2016, l'activité S.U.A.P s'élève à 75 169 interventions<sup>165</sup> auxquelles il faut ajouter 56 454 transports réalisés par le secteur privé. Lissée sur l'année, cette activité représente environ 15 interventions par heure. Pour faire face, le C.R.R.A. 15 dispose d'une salle opérationnelle armée en continu par 6 à 14 Assistants de Régulation Médicale (A.R.M.), 2 à 3 médecins régulateurs et un superviseur (la journée). L'équipe de cinquante médecins régulateurs assure la présence médicale de huit emplois en continu. Ainsi, outre ceux chargés de la régulation, deux sont présents au S.A.U. et trois arment les S.M.U.R. de l'établissement siège. Ces moyens humains ont été revus à la baisse avec la fusion des C.R.R.A.. Ainsi du temps de travail, notamment médical, n'a pas suivi l'intégration des autres structures à celle Bisontine. Au plan des moyens, l'adaptation des locaux a été réalisée de manière minimaliste, en réaction à l'augmentation de la charge liée au suivi de la permanence des soins (2003) puis à l'élargissement du périmètre géographique d'autre part (2005 et 2015). En 2018, le niveau de réponse du C.R.R.A. 15 semble correspondre aux besoins. Le taux de sollicitation des A.R.M. fluctue entre 10 % et 35 % la semaine et entre 15 % et 50 % les week-ends (le pic se situant les dimanches vers 8h)<sup>166</sup>.

Ce modèle, unique en France, présente toutefois quelques fragilités, notamment en matière de représentativité dans les départements autres que celui du Doubs. Chacun ayant conservé un S.A.M.U. propre, ce sont leurs chefs de service qui siègent dans les instances locales de régulation du secteur, notamment celles co-pilotées par le représentant de l'Etat. Ainsi, le chef de service du S.A.M.U. 25, se substituant aux trois autres en matière de régulation médicale, ne peut réglementairement pas siéger au sein des C.O.D.A.M.U.P.S.-T.S. et comités de suivi S.A.P.-A.M.U. départementaux. Par ailleurs, en dépit de l'encadrement par ses soins de la mission de régulation, aucun lien fonctionnel n'existe avec ses confrères chef de S.A.M.U.. Il peut en découler une difficulté de mise en œuvre des politiques négociées au niveau local, au plan interdépartemental. Enfin, cette « régionalisation », pourtant prônée par voie de circulaire ministérielle<sup>167</sup>, ne prévoit aucun lien de subordination, ne serait-ce qu'opérationnelle, entre le S.A.M.U. support du C.R.R.A.15 et les S.M.U.R. des autres

---

<sup>165</sup> S.D.I.S. de Bourgogne-Franche-Comté, Statistiques opérationnelles [Doc. Numérique].

<sup>166</sup> Jean-Marc LABOUREY, 26 juil. 2018, *Entretien*.

<sup>167</sup> Ministère chargé de la santé, circulaire DHOS/01 n°2003-195 du 16 avr. 2003 relative à la prise en charge des urgences.

départements. Cela rend possible une adaptation du moyen réellement engagé par le niveau local, en l'absence de concertation, et *a fortiori* d'ordre, de la régulation médicale.

Le choix du niveau d'équipement de la S.M.U.R. étant à la charge de chaque établissement de santé support, certains l'ont réalisé en propre, d'autres par voie de convention avec les autres acteurs. Il en résulte un niveau d'équipement disparate en fonction des territoires. Ainsi, les S.M.U.R. de Haute-Saône sont constitués d'un véhicule de sapeurs-pompiers et d'une équipe médicale du centre hospitalier, ceux du territoire du Territoire-de-Belfort peuvent être engagés avec leur propre ambulance de réanimation et ceux du Doubs possèdent leur véhicule mais qui ne permet pas de réaliser le transport routier du patient. Si cette situation est autorisée réglementairement elle peut parfois conduire à un double engagement de moyen de transport. Cela se réalise notamment lorsqu'une S.M.U.R. décide, sans demande spécifique du C.R.R.A.15, l'engagement d'une ambulance de réanimation sur une intervention pour laquelle les sapeurs-pompiers ont préalablement été engagés avec leur propre véhicule.

Ainsi, si l'actuel réseau régional des urgences (R.R.U.) se révèle efficace sur certaines politiques territoriales des urgences, il ne semble pas adapté à une coordination fine des S.A.M.U. et du C.R.R.A.. Une possibilité, non prévue dans le P.A.R.U., serait de constituer à l'instar du R.R.U., un groupement de coopération sanitaire favorisant par le biais d'un organe décisionnel l'application uniforme des recommandations<sup>168</sup>.

S'agissant du secteur privé, la Franche-Comté s'appuie sur 290 ambulances<sup>169</sup>. Le territoire, divisé en 20 secteurs de garde ambulancière, est couvert par 23 ambulances minimum pendant les temps de garde. Cette couverture est assurée par 82 entreprises de transport sanitaire<sup>170</sup>, dont 17 adhèrent au réseau Jussieu Secours.

Pour lutter contre l'émiettement du secteur, le pari du rassemblement est tenté en 2012 à travers la création de l'A.A.F.C. ayant pour objectif de rassembler sous une même entité les Associations de Transports Sanitaires d'Urgence (A.T.S.U. ou son équivalent A.D.S.U.) d'échelle départementale. Pour des raisons diverses, les ambulanciers de Haute-Saône et certaines du Jura n'ont jamais rejoint l'A.A.F.C.<sup>171</sup> pourtant chargée<sup>172</sup> de :

- l'organisation et l'optimisation des moyens mis en œuvre pour répondre à l'U.P.H.,

---

<sup>168</sup> Jean-Marc LABOUREY, 26 juil. 2018, *Entretien*.

<sup>169</sup> *Données 2016*.

<sup>170</sup> Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté, « *audit de la plateforme ambulancière de Franche-Comté* » [Doc numérique], janv. 2018, p.4.

<sup>171</sup> François BONNET, 2 mars 2018, *Entretien*.

<sup>172</sup> Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté, « *audit de la plateforme ambulancière de Franche-Comté* » [Doc numérique], « *Statuts de l'association A.A.F.C.* », 2014.

- la formation professionnelle,
- la coordination et la régulation des moyens pour l'A.M.U. et les transports post-hospitaliers en liens avec les établissements de santé publics et privés<sup>173</sup>. Dans ce cadre l'association fait fonctionner, avec le soutien de l'A.R.S., la plateforme régionale de régulation ambulancière. Son fonctionnement repose sur sept agents chargés de la coordination des moyens privés, de 6h à minuit.

Même soutenue par l'A.R.S., qui finance 1/3 du fonctionnement de la plateforme de régulation ambulancière, cette association reste fragile. l'A.R.S. note ainsi que « *les acteurs de la profession reconnaissent et tirent avantage de l'investissement et de l'implication à tous les niveaux (local et national) du président mais, paradoxalement ceci engendre une méfiance et une défiance d'une partie de la profession freinant ainsi le développement et l'adhésion au projet*<sup>174</sup> ». Le bureau de l'association déplore quant à lui la culture locale et l'absence de discernement des enjeux collectifs professionnels de la part des A.T.S.U.<sup>175</sup>. Ces écarts d'objectifs entre les entreprises et l'association impactent fortement la performance de l'A.A.F.C. et, au premier plan, celle de sa plateforme de régulation ambulancière. Ainsi, et même si les professionnels du secteur constatent des effets positifs de cette structure (augmentation du nombre de participants à l'U.P.H., structuration de l'organisation : rigueur, homogénéité du matériel embarqué), son fonctionnement « *n'est pas optimal*<sup>176</sup> ». De plus, « *la non adhésion de l'ATSU 70, son retrait de la plateforme concernant la traçabilité et le fait que certaines entreprises ne s'acquittent pas de leurs contributions mettent en péril la pérennité financière de l'AAFC*<sup>177</sup> ».

---

<sup>173</sup> I.G.A., I.G.A.S., rapport définitif sur l'évaluation de l'application du référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, *Op. Cit.*, p.5 [15] – « *moins d'un tiers des départements bénéficient d'un coordonnateur ambulancier* ».

<sup>174</sup> Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté, « *audit de la plateforme ambulancière de Franche-Comté* », *Op. Cit.*, p.11.

<sup>175</sup> François BONNET, 2 mars 2018, Entretien et Fabrice JEANNEROD, 5 juin 2018, Entretien

<sup>176</sup> Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté, « *audit de la plateforme ambulancière de Franche-Comté* », *Op. Cit.*, p.35.

<sup>177</sup> Ibidem.

S'agissant de l'activité U.P.H. (l'A.A.F.C. étant également compétente pour l'activité programmée), l'association s'est substituée aux A.T.S.U. départementales pour le conventionnement prévu par l'arrêté du 5 mai 2009<sup>178</sup> avec le C.R.R.A. 15. Selon le S.A.M.U. 25, outre la simplification administrative que cela représente, « *ce rôle d'intermédiaire entre les entreprises de transport sanitaire et le CRRA 15 exonère ce dernier d'être taxé de favoritisme envers certaines entreprises*<sup>179</sup> ».

### 1.2.2.3. Des Liens entre les acteurs opérationnels qui restent fragiles.

Les liens entre les acteurs locaux et les S.D.I.S. de Franche-Comté se resserrent et se distendent au rythme des réformes, du contexte national et du « dynamisme » local. Depuis une décennie, trois grandes périodes s'observent : celle de la rédaction de la convention tripartite en période de régionalisation du C.R.R.A. (2004 - 2008), celle de la difficile - voire impossible - négociation des conventions bipartites faisant suite au référentiel S.A.P.-A.M.U. (2008-2012), puis la période d'apaisement, à compter de 2012.

Au sortir du référentiel S.A.P.-A.M.U., en 2008, « *la guerre larvée « blancs/rouges » se transforme en conflit*<sup>180</sup> ». Les décideurs locaux et leurs conseillers se font l'écho du débat national et adaptent la posture de l'établissement à son contexte local. Il en découle des divergences fortes de méthodes opérationnelles et financières en fonction des départements. Ces divergences prennent par exemple la forme, dans le Doubs, d'une impossible entente entre le S.D.I.S. et le S.A.M.U. retranscrite dans un document interne au S.D.I.S..<sup>181</sup> Il faudra ainsi attendre le 17 juin 2013 pour contractualiser la convention bipartite entre le S.D.I.S. et le centre hospitalier de Besançon. Pourtant, dès 2009, en réponse à la circulaire relative à la mise en cohérence des S.D.A.C.R. et des S.R.O.S.<sup>182</sup>, la préfecture lance les travaux interservices. Les S.D.I.S. de la région tentent alors de bâtir un projet commun qui sera transmis en septembre de la même année à la préfecture et au S.A.M.U.. Ce projet restera lettre morte pendant plus d'un an avant que le dossier soit réouvert par la – toute nouvelle – A.R.S. soucieuse

---

<sup>178</sup> Arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière.

<sup>179</sup> *Ibidem.*, P.14

<sup>180</sup> BONNET, François, 2 mars 2018, *Entretien*.

<sup>181</sup> COLARD, Pascal, 4 déc. 2012, *document interne S.D.I.S.25 - Point de situation SAP 2009-2012*[Doc. Numérique].

<sup>182</sup> Ministère de l'Intérieur ; ministère chargé de la santé, circulaire interministérielle DHOS/O1/DDSC/BSIS n° 2007-457 du 31 déc. 2007 *relative à la nécessité d'établir une mise en cohérence des schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) et des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS)*.



d'établir les règles de financement des appuis logistiques S.M.U.R.. Malgré un pilotage préfectoral, les divergences relatives à ce financement ne trouveront réponse qu'en janvier 2012. Les négociations relatives à la convention bipartite peuvent alors reprendre et dureront encore dix-sept mois.

Un autre exemple des divergences pouvant exister réside dans l'appréhension des interventions réalisées par les sapeurs-pompiers en cas d'indisponibilité de transporteur sanitaire privé<sup>183</sup>, et plus particulièrement les écarts de stratégies financières établies à leur égard. L'arrêté du 30 novembre 2006<sup>184</sup> détermine leur niveau d'indemnisation selon deux modalités : une indemnisation annuelle forfaitaire ou l'application du tarif national d'indemnisation fixé à l'article 6 et appliqué à chaque intervention concernée (121 € en 2018). Les quatre S.D.I.S. de Franche-Comté ont fait le choix de l'indemnisation à l'intervention. Pour le S.D.I.S. du Doubs, cela représente une recette de 468 000 € en 2017<sup>185</sup> versée par l'A.R.S. depuis le F.I.R.. Toutefois, cette entrée financière ne couvre pas systématiquement les frais engagés par l'établissement public. Dès lors, deux stratégies peuvent être conduites : une participation « volontariste » nécessaire à l'obtention de financements, ou la priorisation de l'activité des ambulances de sapeurs-pompiers pour les missions propres. En Franche-Comté, les deux ont été mises en place.

En définitive, si le modèle Franc-Comtois a connu des périodes de – très – fortes tensions, les acteurs ont finalement réussi à retrouver l'apaisement dans les relations. Les bases de ce rapprochement sont posées dès 2005, sous l'impulsion du Pr. Gilles CAPELLIER, alors chef du S.A.M.U. 25. et prend la forme d'un séminaire régional sur l'urgence préhospitalière. La première édition de celui-ci avait vocation à formaliser la convention tripartite Franc-Comtoise. Depuis lors, le séminaire de Malbuisson<sup>186</sup> rassemble annuellement tous les acteurs régionaux de l'U.P.H.. Formidable « tensiomètre » du secteur, il en suit fidèlement les évolutions. C'est ainsi que depuis 2012, preuve d'une volonté de rapprochement, les sapeurs-pompiers participent à nouveau en clôturant de fait « la guerre de la bipartite ». Une nouvelle période de dialogue s'ouvre donc dans le respect des prérogatives de chacun et des textes réglementaires, et dans un contexte de contraintes toujours plus fortes.

---

<sup>183</sup> Cf. 1.2.1.1.

<sup>184</sup> Arrêté du 30 novembre 2006 fixant les modalités d'établissement de la convention entre les services d'incendie et de secours et les établissements de santé sièges des SAMU mentionnée à l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales.

<sup>185</sup> Montant des recettes perçues au titre du dernier trimestre de 2016 et des trois premiers de 2017.

<sup>186</sup> Malbuisson est une commune du haut-Doubs.

## **2. Les limites du système Franc-Comtois de prise en charge préhospitalière.**

### **2.1.Des acteurs soumis à des contraintes toujours plus nombreuses.**

Malgré les nombreux tâtonnements et adaptations qu’ont connu le S.A.P. et l’A.M.U. depuis 1986, les acteurs de l’U.P.H. ont toujours réussi à exercer le service public au profit de la population. Toutefois, des évolutions majeures récentes mettent nettement en péril le principe de continuité du service public. Ainsi, outre certaines évolutions sociétales, les politiques de santé impactent très nettement le secteur préhospitalier et ses acteurs. Les partenaires locaux se retrouvent soumis à des contraintes qui deviennent insupportables. De sorte qu’en Franche-Comté, en 2018, la crise menace.

#### **2.1.1. Des contraintes sociétales, sociales et économiques.**

##### *2.1.1.1.Démographie, dépistage des A.L.D. et consumérisme de secours en Franche-Comté.*

Le constat est connu et partagé. Le plan régional de santé développe ainsi un diagnostic sur plusieurs volets. Le premier concerne la démographie d’une région « *dont l’indice de vieillissement est plus élevé qu’au plan national*<sup>187</sup> ». Fruit du « baby-boom » d’après-guerre, les personnes âgées représentent une part toujours plus importante des patients/victimes pris en charge. A titre d’exemple, le nombre de victimes de 71 ans et plus a augmenté de 68 % entre 2012 et 2017, soit presque deux fois plus vite que toutes les catégories d’âges confondus (+ 42 %) <sup>188</sup>. L’A.R.S. constate que sur le total des sorties S.M.U.R primaires (en sont excluent les transferts inter-hospitaliers), plus de 70 % des patients ont fait l’objet d’une médicalisation du transport dont au moins 20 % avaient plus de 80 ans<sup>189</sup>. Cette population, plus vulnérable, suppose un recours aux partenaires de l’U.P.H. plus important, d’autant que les cas de ré-hospitalisation sont fréquents. Il s’agit par exemple pour les sapeurs-pompiers, d’assurer des missions de relevage de personnes restées à terre suite à une chute ou celles initiées par un

---

<sup>187</sup> Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté, Plan régional de santé – Schéma régional de santé 2018-2022, 5.1, p.218

<sup>188</sup> S.D.I.S. du Doubs, rapport sur l’activité opérationnelle, Ed. 2017.

<sup>189</sup> Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté, 9 nov. 2017, *Schéma régional de santé, document de travail* [Doc. Numérique].

déclenchement (volontaire ou non) de téléalarme. Concernant la ré-hospitalisation, le P.A.R.U. préconise de prévenir ce phénomène en « *organisant la sortie de la personne âgée*<sup>190</sup> » dans le cadre de la mise en œuvre d' « *une filière PA aux urgences ainsi qu'en amont et en aval des urgences*<sup>191</sup> ».

La deuxième source de croissance de la sollicitation des acteurs de l'U.P.H. relève de la politique de prise en charge des affections de longue durée (A.L.D.). Les progrès de la médecine permettent de diagnostiquer de plus en plus précocement la maladie d'Alzheimer, l'insuffisance respiratoire chronique grave ou autres tumeurs<sup>192</sup> et permettent le traitement d'un nombre toujours plus important de malades. Pour ceux-ci, l'exonération du ticket modérateur est un droit. Leur transport programmé - à des fins de traitement par chimiothérapie par exemple - est intégralement pris en charge par l'assurance maladie. *En 2016, sur les 5,5 millions de patients transportés, 22 % des dépenses concernent des patients atteints de cancers, 17 % en insuffisance rénale chronique terminale (dialyse), 13 % atteints de pathologies cardiovasculaires et 11 % de pathologies psychiatriques*<sup>193</sup> soit une représentation des principales A.L.D. à hauteur de 65 % des dépenses totales. Si cette activité pèse sur la part programmée des transporteurs sanitaires (et des taxis), elle impacte par effet domino, l'état de disponibilité des vecteurs destinés à l'U.P.H..

La démographie médicale particulièrement défaillante en Franche-Comté est le troisième critère impactant l'activité préhospitalière. Le P.R.S. détaille, pour la grande région : « *au 1<sup>er</sup> janvier 2016, la densité des médecins généralistes libéraux ou mixtes est de [...] 96 contre 104,2 [pour 100 000 habitants] au niveau national. Pour les médecins spécialistes libéraux ou mixtes, le constat est identique puisqu'au niveau régional, leur densité est de 70 pour 100 000 habitants (94,3 au niveau national)*<sup>194</sup> ». Cette problématique de défaut de ressource médicale est accentuée par la faible attractivité de certains territoires, générant de fortes disparités entre eux. S'agissant du secteur hospitalier, l'A.R.S. note aussi la difficulté d'attirer de jeunes médecins, notamment urgentiste. « *En région Bourgogne-Franche-Comté,*

---

<sup>190</sup> Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté, Plan régional de santé - Schéma régional de santé 2018-2022, *Op. Cit.*, 5.1, p.218.

<sup>191</sup> *Ibidem*, p.256.

<sup>192</sup> Code de la Sécurité Sociale, Art. D322-1 fixant la liste des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse susceptibles d'ouvrir droit à la suppression de la participation des assurés sociaux aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie, en application du 3° de l'article L. 322-3.

<sup>193</sup> Assurance maladie, juin 2018, *D.D.G.O.S./D.P.R.O.F.- négociations avenant 9 – réunion d'ouverture* [Doc. Numérique], p.12.

<sup>194</sup> Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté, Plan régional de santé – Schéma régional de santé 2018-2022, *Op. Cit.*, 5.1, p.219.

*on compte 30 % de postes temps plein de praticiens hospitaliers vacants (source Sigmed)<sup>195</sup> ». En 2015, un référentiel<sup>196</sup> relatif au temps de travail des médecins urgentistes modifie leurs obligations de service et implique, en complément d'une réorganisation, un besoin supplémentaire estimé à près de 15 % des effectifs pour assurer la permanence des soins. Une enquête nationale menée par la D.G.O.S. en 2015 estime « *qu'il manquerait plus d'une centaine de poste pour le faire sur la totalité des établissements* » de la région. L'absence de ressource médicale dans les territoires stimule, elle aussi, le besoin en transport sur des plateaux techniques ou sur des structures regroupant des personnels médicaux.*

Enfin, l'approche sociétale de la consommation des soins participe au recours régulier aux services d'urgence. Ainsi, dès 2003 le ministère de la santé constatait « *de nouveaux comportements des usagers, qui recherchent un service et la sécurité de consultations non programmées pour des soins qui ne revêtent pas toujours un caractère d'urgence*<sup>197</sup> ». De leur côté, les S.D.I.S. soulignent l'« *augmentation de sollicitations qui ne relèvent pas de l'urgence, telles les missions sanitaires relevant du simple transport ou de la PDSA [Permanence Des Soins Ambulatoires], ou les missions à caractère médico-social [...] les SAMU et le SDIS doivent ainsi répondre à des besoins qui ne sont pas - ou plus - pris en charge par ailleurs*<sup>198</sup>. L'A.R.S. constate que la hausse des passages aux urgences n'est pas corrélée à une augmentation de sollicitation des SMUR en primaire<sup>199</sup>, confirmant ainsi que la demande sociale impacte les services des urgences et, *in fine*, l'ensemble de la chaîne préhospitalière.

Si ces défis sociaux ne manquent pas de déstabiliser l'écosystème complexe fonctionnant en Franche-Comté, ils se trouvent catalysés par une politique territoriale et financière de la santé qui, en constante recherche d'optimisation, continue sa « *révolution industrielle*<sup>200</sup> » entamée il y a dix ans environ.

---

<sup>195</sup> *Ibid.*, P.220.

<sup>196</sup> Ministère chargé de la santé, Instruction DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence prévu par la circulaire n° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR.

<sup>197</sup> Ministère chargé de la santé, Circulaire DHOS/01 n°2003-195, 16 avr. 2003 relative à la prise en charge des urgences, *constats et enjeux*.

<sup>198</sup> I.G.A., I.G.A.S., rapport définitif sur l'évaluation de l'application du référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, *Op. Cit.*, p.25.

<sup>199</sup> Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté, « *Schéma régional de santé – Doc de travail* » [Doc. Numérique], p.4.

<sup>200</sup> BONNET François, 2 mars 2018, *Entretien* et LABOUREY Jean-Marc, 26 juil. 2018, *Entretien*.

### 2.1.1.2. Politiques de santé, économie de la santé.

« *L'histoire de ce quinquennat, c'est la fin des déficits sociaux*<sup>201</sup> ». L'annonce est tout aussi limpide que la commande, le gouvernement maintient donc la rigueur sur les dépenses de santé. L'O.N.D.A.M.<sup>202</sup> prend alors tout son sens en fixant l'objectif annuel de dépenses et, *in fine*, les sources d'économie. En 2016, outre le déremboursement de médicaments, trois domaines sont ciblés pour économiser 4,1 milliards d'euros<sup>203</sup>, chacun ayant un lien avec l'U.P.H. :

- « une meilleure efficacité de la dépense hospitalière » sous-entend le maintien d'une politique territoriale de la santé visant les économies d'échelle et donc une consommation de transports,
- « un virage ambulatoire » et son impact sur les besoins en transport d'une part et les ré-hospitalisations d'autre part,
- « une pertinence des soins » visant à chasser les dépenses en revoyant certaines offres et en limitant les revalorisations tarifaires (des transports sanitaires notamment).

Depuis 2005, les politiques régionales de santé ont conduit à la fermeture de deux services des urgences (Champagnole, Belfort ou Montbéliard (fusion)) et au regroupement des quatre C.R.R.A. en une seule structure régionale. La fermeture du S.A.U. Jurassien au profit d'un centre de consultation non programmée qui permet d'accueillir des patients en journée répondait à l'exigence d'une quantité de passages annuels supérieure à 8 000 patients. Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, la Franche-Comté compte quatre S.A.M.U. implantés dans les structures hospitalières de Besançon (25), de Lons-le-Saunier (39), de Belfort-Montbéliard (90-25) et de Haute-Saône (70), un C.R.R.A. 15, 8 S.A.U., 12 implantations de S.M.U.R (dont une antenne à Champagnole (39)). Cette offre est complétée par trois centres de consultation non programmée (Lure, Luxeuil (70) et Champagnole), des M.C.S. sur le plateau de Maïche (25) et deux hélicoptères (un héliSMUR et un hélicoptère de la sécurité civile) positionnés dans le Doubs.

Alors même qu' « *il n'y a plus de sites en dessous de 10 000 passages*<sup>204</sup> », l'A.R.S. décide dans le P.R.S. de s'intéresser aux S.A.U. présentant une activité inférieure à 11 500 passages par an ainsi qu'aux établissements de santé n'atteignant pas le seuil des 15 000. Il en

---

<sup>201</sup> TOURAINE Marysol, 23 sept. 2016, *conférence de présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale* [Doc. Numérique].

<sup>202</sup> Cf. 1.1.2.2.

<sup>203</sup> DURAND Anne-Aël, POUCHARD Alexandre, « la réduction du « trou de la sécu » en trois points », *Le monde.fr*, 26 sept. 2016.

<sup>204</sup> Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté, « *Schéma régional de santé – Doc de travail* » [Doc. Numérique], *Op. Cit.*, p.5.

découle la planification de fermeture des plateaux techniques de chirurgie et de maternité de l'hôpital de Saint-Claude (39) et du S.A.U de Gray (70)<sup>205</sup>. Dans une contribution commune<sup>206</sup>, les huit S.D.I.S. de Bourgogne-Franche-Comté font état des conséquences prévisibles de ces changements structurels : « *Ces fermetures vont entraîner une augmentation de la saturation des autres services des urgences [...] une augmentation de la durée d'attente des V.S.A.V.. Une augmentation des flux de patients. Une augmentation des carences de S.M.U.R..* ».

Ainsi, la réforme territoriale de la santé impacte nécessairement la chaîne d'urgence préhospitalière par la fermeture de S.A.U.. Il est à noter que l'organisation de filières de soins et la spécialisation de plateaux techniques est de nature à orienter le choix de destination de la victime vers un établissement éloigné du lieu de prise en charge et donc influe également sur les volumes et les temps de transport. La volonté de la santé sur ce point est décrite dans la circulaire de 2003 relative à la prise en charge des urgences : « *ces filières doivent permettre le transfert et l'admission directs et immédiats des patients présentant des pathologies spécifiques [...] vers les plateaux technique disposant des compétences et des équipements requis*<sup>207</sup> ».

Dans la continuité de la mise en place de ces filières, et toujours dans un objectif d'encadrement des dépenses de santé, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018<sup>208</sup> vient modifier les règles de financement des transports inter et intra-hospitaliers. Il s'agit de les faire prendre en charge par les établissements de santé prescripteurs, en lieu et place de l'assurance maladie. Dans la note d'information<sup>209</sup> précisant le décret d'application<sup>210</sup>, les rédacteurs précisent les deux objectifs attendus. Le premier prévoit de « *favoriser une meilleure adéquation entre le mode de transport et l'état de santé du patient* », il s'agit d'augmenter la pression sur les prescripteurs pour optimiser les dépenses. Le second objectif est d'« *inciter les établissements à structurer l'organisation de la commande de transport, fondée sur la prescription médicale* ». Cette disposition est susceptible d'impacter le secteur de l'U.P.H. à deux titres. Le premier relève de la forme utilisée pour structurer l'organisation. Dans la rédaction des appels d'offre, les établissements de santé vont contraindre les entreprises à respecter les termes du cahier des clauses techniques particulières, sont peine de sanction. Selon

---

<sup>205</sup> *Ibidem*, p.10.

<sup>206</sup> S.D.I.S. de Bourgogne-Franche-Comté, *Contribution des S.D.I.S. de Bourgogne-Franche-Comté, réalité opérationnelle des S.D.I.S., observations, impacts du projet et propositions*, mai 2018.

<sup>207</sup> Ministère de la santé, Circulaire DHOS/01 n°2003-195, 16 avr. 2003, relative à la prise en charge des urgences, IV.

<sup>208</sup> Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017, Art.61 modifiant l'Article 80 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

<sup>209</sup> Assurance Maladie, note d'information n° DSS/1A/DGOS/R2/2018/80 du 19 mars 2018 relative à la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017.

<sup>210</sup> Décret n°2018-354 du 15 mai 2018 portant sur la prise en charge des transports de patients.

certains professionnels<sup>211</sup>, nombre d'entreprises ne soumettront pas d'offre si le cadre est trop rigide et si l'organisation est trop complexe à mettre en œuvre<sup>212</sup>. Le second traite plus précisément de la commande de transport que l'assurance maladie souhaite faire gérer directement par les établissements de santé plutôt que par des plateformes. Cette disposition permet de chercher la clef de répartition de l'activité entre les transporteurs sanitaires attributaires du marché<sup>213</sup>.

Si cette réforme, mise en œuvre au 1<sup>er</sup> octobre 2018, ne vient pas sensiblement modifier les acteurs principaux de la chaîne de transport programmés, elle vient assurément ajouter une contrainte organisationnelle forte et engage au rapprochement entre les entreprises pour assurer une disponibilité souhaitée constante et adaptée aux besoins. S'agissant de l'activité la plus rémunératrice pour les transporteurs sanitaires, il est probable que par effet domino, les entreprises encore disponibles pour l'U.P.H. se désengagent un peu plus au profit de l'activité programmée. Une incertitude existe également sur le positionnement des groupes financiers sur cette part de marché.

Après la politique territoriale, il faut s'intéresser à la doctrine hospitalière et au virage ambulatoire, lui aussi générateur d'activité. Le phénomène de « déshospitalisation » est source d'économies importantes pour l'assurance maladie mais implique un retour précoce des patients à leur domicile après une opération chirurgicale par exemple. Il est évident que cette précocité encourage la prescription de transports programmés qui « *générera une mobilisation supérieure des ambulanciers privés sur ces missions au détriment de leur participation à l'urgence préhospitalière...* »<sup>214</sup>. Effet secondaire, l'organisation interne des services hospitaliers condense les demandes d'admission et de sortie sur des créneaux contraints. Cette activité de « pics » mobilise ainsi l'ensemble du secteur privé au détriment de toute autre activité, notamment urgente.

Toujours sur le sujet des contraintes environnementales liées aux politiques de santé, il ressort également une crainte partagée par l'ensemble des partenaires opérationnels de l'U.P.H.. Depuis la fusion des régions Bourgogne et Franche-Comté réalisée au 1<sup>er</sup> janvier

---

<sup>211</sup> DUPUIS Maud, 25 juin 2018, *Entretien*.

<sup>212</sup> *La note d'information conseille aux établissements prescripteurs d'inclure dans leurs appels d'offres la recommandation pour les transporteurs à déposer des candidatures conjointes et solidaires pour proposer une offre de transport conséquente et organisée et limiter d'éventuels retours « à vide » de véhicules, p.7.*

<sup>213</sup> *A cette fin, les rédacteurs conseillent les établissements de santé à allouer les offres par zone géographique, puis par moyen de transport, p.7.*

<sup>214</sup> S.D.I.S. de Bourgogne-Franche-Comté, *Contribution des S.D.I.S. de Bourgogne-Franche-Comté, réalité opérationnelle des S.D.I.S., observations, impacts du projet et propositions*, mai 2018, p. 17.

2016<sup>215</sup>, et la création de l'A.R.S. Bourgogne-Franche-Comté, un sentiment d'éloignement, voire de perte d'intérêt, des décideurs pour les territoires Franc-Comtois au profit des Bourguignons est né : « depuis la fusion des régions Bourgogne-Franche-Comté, les membres de l'association [A.A.F.C.] se sentent beaucoup moins soutenus [...]. Il apparaît qu'aujourd'hui les échanges se font d'avantage en « tuyaux d'orgue » et donc de façon moins concertée ». Les S.D.I.S estiment qu'ils « restent très sous-sollicités sur le plan des relations avec l'A.R.S.<sup>216</sup> » et le S.A.M.U. constate une attention soutenue de l'A.R.S. aux problématiques Bourguignonnes, peut-être au détriment des autres<sup>217</sup>.

#### 2.1.1.3. Un modèle de financement de l'U.P.H., source de déséquilibre.

Si les politiques de santé, tant dans leur part doctrinale que celle économique, influent sensiblement sur l'activité d'U.P.H., il n'est pas dénué d'intérêt d'analyser la structure de son financement<sup>218</sup>.

L'activité de l'U.P.H. relève d'une dépense publique financée à partir des crédits votés avec la loi de financement de la sécurité sociale. Ce budget est élaboré et suivi pluri-annuellement par la Direction de la Sécurité Sociale dont la mission est « d'assurer l'adéquation des prestations de sécurité sociale avec les besoins de la population, tout en veillant à l'équilibre financier des ressources<sup>219</sup> ». Dans ce cadre, elle est rattachée au ministère chargé de la santé et à celui chargés des finances entre lesquels elle assure un lien fonctionnel. La L.F.S.S. pour 2018 détermine les montants alloués à l'assurance maladie et limite l'augmentation des dépenses (O.N.D.A.M.) à 2,3 %<sup>220</sup>. C'est la cellule de coordination régionale de gestion du risque et de la fraude qui s'assure du respect de la réglementation et la C.P.A.M. de Vesoul qui est chargée de la liquidation des factures de transport. Or, les demandes augmentent sensiblement et, du point de vue de l'assurance maladie, il est nécessaire de veiller à leur strict encadrement. Au plan national, les négociations réalisées sur le second semestre 2018 dans le cadre de la convention nationale n'offrent que peu d'espoir en faveur d'une

---

<sup>215</sup> Loi n° 2015-29, du 16 janv. 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral.

<sup>216</sup> S.D.I.S. de Bourgogne-Franche-Comté, *Contribution des S.D.I.S. de Bourgogne-Franche-Comté, réalité opérationnelle des S.D.I.S., observations, impacts du projet et propositions*, mai 2018, *Op.Cit.*, p. 13.

<sup>217</sup> LABOUREY Jean-Marc, 26 juil. 2018, *Entretien*.

<sup>218</sup> Annexe 1 : Cartographie des acteurs de l'urgence préhospitalière.

<sup>219</sup> Sécurité Sociale, 14 août 2018, Présentation de la direction de la sécurité sociale [Site Internet].

<sup>220</sup> MASSARO Marion, JEZEGOU Yvon, Cellule de coordination régionale et de gestion du risque et de la fraude, 2 juil. 2018, *Entretien*.



revalorisation des remboursements ou de l'indemnité de garde des T.S.P.<sup>221</sup>. A ce titre, les acteurs opérationnels notent d'ailleurs la faiblesse de ces revalorisations dans le temps : « *la tarification [...] bloquée depuis 2003, avec un modèle économique qui ne serait plus viable ni rentable pour les ambulanciers privés*<sup>222</sup> ».

Toutefois, ces crédits ne sauraient suffire à supporter l'ensemble du secteur directement. Ainsi, plusieurs voies de financement existent, en fonction des situations opérationnelles vécues et du domaine de l'U.P.H. dans lequel se situe l'action<sup>223</sup> :

Si les missions réalisées par un T.S.P. sont exclusivement financées par l'assurance maladie à travers les mécanismes de facturation définies dans la convention nationale susmentionnée, le financement des S.A.M.U. et des S.M.U.R. est lui assuré à travers la M.I.G.A.C. définit annuellement. Cette recette, destinée à garantir la continuité de la mission de service public dévolue au système hospitalier, est pilotée par l'A.R.S.. S'agissant de l'U.P.H., elle se scinde en deux parts, une majoritaire (535,5 millions d'euros en 2018 pour la Bourgogne-Franche-Comté) ciblée sur le fonctionnement des S.A.M.U. et des S.M.U.R. et une dédiée au paiement des S.D.I.S agissant sur le champ de compétence des transporteurs sanitaires privés, en carence (4,39 millions d'euros). Parallèlement, l'activité de secours à personne est financée par les collectivités territoriales dans le cadre des contributions aux S.I.S..

Ce montage complexe est une source de conflits, notamment lorsque les missions des acteurs ne sont pas clairement établies. Il en est ainsi du paiement des carences ambulancières pour lesquelles T.S.P. et S.D.I.S. ne sont pas assujettis aux mêmes règles de financement alors même que l'activité est identique et que l'enveloppe provient du même portefeuille ministériel. A titre d'exemple, en 2018 sur le secteur Bisontin, les ambulanciers considèrent que le seuil de rentabilité pour garantir une garde ambulancière de 12h est de 800 €<sup>224</sup>. Dans le même temps, l'intervention d'un V.S.A.V. en I.T.S.P. est payée 121€ au S.D.I.S.. Ainsi, au-delà de sept missions réalisées par le secteur public, il est plus « rentable » de garantir la présence d'une ambulance privée que de faire intervenir les sapeurs-pompiers. Plus encore, alors que le financement de la sécurité sociale s'appuie sur une programmation budgétaire pluriannuelle, le montant des M.I.G.A.C. répond quant-à-lui à une estimation basée sur l'étude de l'activité de l'année antérieure. Plus le besoin en F.I.R. est important plus l'enveloppe de l'A.R.S. augmente, alimentant ainsi un transfert progressif de fonds de

---

<sup>221</sup> BONNET François, 2 mars 2018, *Entretien*.

<sup>222</sup> S.D.I.S.25, 18 juin 2018, note à l'attention de Monsieur le préfet du Doubs *relative à la problématique des interventions réalisées par le SDIS du Doubs suite à l'indisponibilité des transporteurs sanitaires privés (ITSP)*.

<sup>223</sup> Annexe 2 : Cocarde de l'urgence préhospitalière.

<sup>224</sup> Cf. 2.2.2.2.

l'assurance maladie (destinée aux T.S.P.) au profit des A.R.S. (destiné aux S.D.I.S.). Autrement dit : « *plus le nombre de carences de T.S.P. est important, plus l'A.R.S. aura les capacités de financer l'indisponibilité du secteur privé l'année d'après*<sup>225</sup> ».

---

<sup>225</sup> BONNET François, 1<sup>er</sup> mars 2018, Entretien.

## **2.1.2. La mise en péril des acteurs opérationnels par les contraintes environnementales d'abord, puis par d'autres plus sectorielles.**

### *2.1.2.1. Un modèle économique du transport sanitaire privé défaillant en Franche-Comté.*

Le nombre de transports est en constante - et forte - augmentation depuis plusieurs années. L'origine de la demande se trouve dans les politiques de santé et dans les critères sociologiques et démographiques de la population<sup>226</sup>. Toutefois, ces éléments de volume ne permettant pas à eux-seuls de garantir la rentabilité d'une entreprise de transport sanitaire en Franche-Comté, il convient d'en étudier finement l'activité pour en comprendre les ressorts.

Premier constat : le niveau de remboursement de l'ambulance a bien moins été revalorisé par l'assurance maladie que pour les autres modes de transport. Ainsi, lorsque les tarifs des taxis et des V.S.L. sont rehaussés respectivement de 2,6 % et 3,6 % en 2013 et 2014 et de 4,2 % en 2015<sup>227</sup>, celui de l'ambulance n'évolue pas (à l'exception d'une revalorisation des trajets courts en 2013 et du report de la hausse d'une hausse de TVA dans les tarifs régulés). L'incitation de l'assurance maladie se porte donc essentiellement sur le taxi dans un contexte où « *la forte croissance des dépenses de transport sanitaire, soutenue par la dynamique des effectifs de patients en ALD, a appelé à une maîtrise de la dépense remboursée via les tarifs*<sup>228</sup> ». Or, si un transport programmé peut être réalisé par plusieurs types de vecteur (choisi par le médecin prescripteur), l'U.P.H. doit quant à elle être systématiquement traitée en ambulance.

Deuxième constat : Bien que constitué de 23 ambulances, la garde ambulancière organisée en 2003 est parfois sous-dimensionnée. L'A.R.S. constate un engagement annuel d'environ 3 000 ambulances complémentaires<sup>229</sup> à celles de garde entre 2014 et 2016<sup>230</sup>. Autrement dit, le système de garde ambulancière, inexistante en journée en semaine, n'est pas assez souple la nuit et le week-end pour s'adapter à une activité variable en fonction du moment et du lieu de survenance.

---

<sup>226</sup> Cf. 2.1.1.

<sup>227</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2017, *Les dépenses de santé en 2016 - Résultats des comptes de la santé*, p.51

<sup>228</sup> *Ibidem*.

<sup>229</sup> *Les moyens complémentaires sont mobilisés par le C.R.R.A.15 lorsque les ambulances de garde sont indisponibles car déjà en intervention.*

<sup>230</sup> Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté, « *audit de la plateforme ambulancière de Franche-Comté* », *Op. Cit.*, p.23.

Troisième constat : l'activité ambulancière réalisée dans le cadre de l'U.P.H. est moins rémunératrice que celle programmée. Il convient d'analyser l'activité réalisée pendant et hors des périodes de garde ambulancière. Sur ce point, l'A.R.S. note que « *l'activité UPH a progressé de 5 % entre 2014 et 2016. Cette progression est plus prononcée en période hors garde [de 8h à 20h en semaine] (+9,5 %) et modérée pour l'activité UPH en période de garde (+ 2 %)*<sup>231</sup> ». Ainsi, alors que le système préfectoral d'astreinte prévoit une ressource, les sollicitations augmentent en dehors de celle-ci. En moyenne, les T.S.P. Franc-Comtois réalisent 2,5 interventions par ambulance pendant une période de garde. Il ressort également que les interventions réalisées à la demande du S.A.M.U. sont inégalement réparties sur le territoire ; alors que les secteurs urbains totalisent en moyenne quatre sorties, les plus ruraux en réalisent moins d'une. En définitive, la répartition et le volume de sorties corrélés au modèle de financement réglementé - et rigide - rend le modèle économique du transport sanitaire réalisé dans le cadre de l'U.P.H. déficitaire<sup>232</sup>. Une étude de 2009<sup>233</sup> estime que le forfait d'indemnité de garde (346 €) « *ne couvre les frais de mobilisation d'un équipage sur 12 heures qu'à condition que plus de deux à trois sorties soient opérées au cours de la garde*<sup>234</sup> ». L'A.R.S. constate que la région compte vingt secteurs de garde et « *dans les dix-neuf autres secteurs, la garde ambulancière représente un déficit financier plus ou moins important. Sur l'ensemble de la région, ce déficit est supérieur à 3 millions d'euros*<sup>235</sup> ». Ce défaut de rentabilité de la part urgente de l'activité encourage les entreprises soit à se détourner de leur cœur de métier initial soit « *à ne pas répondre aux besoins de la garde, soit en n'ayant pas d'équipage réellement disponible, soit en effectuant des sorties payées plein tarif en dehors du dispositif de garde, ce qui est normalement proscrit*<sup>236</sup> ». Pourtant, les entreprises sont attachées à l'activité réalisée dans le cadre de l'U.P.H. qui est le *cœur de métier initial*<sup>237</sup>. Cette part valorisante, et plus technique que le transport programmé, stimule également les recrutements et limite le turn-over en motivant les personnels.

---

<sup>231</sup> Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté, « audit de la plateforme ambulancière de Franche-Comté », *Op. Cit.*, p.23.

<sup>232</sup> JEANNEROD Fabrice, 5 juin 2018, *Entretien*.

<sup>233</sup> KPMG, juin 2009, *Etude comparative des coûts des prestations de transport sanitaire couché entre les SDIS et les transporteurs sanitaires privés [Document en ligne]*.

<sup>234</sup> EYSSARTIER Denis, rapport « *rénovation du modèle économique pour le transport sanitaire terrestre* », sept. 2010, *Op. Cit.*, p.35.

<sup>235</sup> Agence régionale de santé Franche-Comté, 5 déc. 2015, *note de candidature pour Expérimentation portant sur les modalités d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents prévues à l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale 2012 [Doc. Numérique]*, p.6.

<sup>236</sup> *Ibidem*, p.36.

<sup>237</sup> JEANNEROD Fabrice, 5 juin 2018, *Entretien*.

Quatrième constat : la part urgente de l'activité est plus « volatile » que celle programmée. Il en découle une difficulté supplémentaire pour valoriser financièrement les transports par l'optimisation des flux. Si cette organisation s'installe progressivement dans le post-hospitalier grâce notamment au développement d'outils informatiques de répartition de la charge de transport<sup>238</sup>, ces solutions technologiques n'apparaissent pas à même de gérer des flux aussi complexes que ceux imposés par l'activité d'urgence. Ainsi, l'effort d'investissement qu'ont réalisé les S.D.I.S., utilisateurs de systèmes de gestion opérationnelle, ne semble pas pouvoir être supporté ni par les entreprises seules, ni par leurs associations ou réseaux actuels.

Cinquième constat : les T.S.P. n'arrivent ni à recruter, ni à fidéliser leurs salariés. Les niveaux de rémunérations, les contraintes liées au métier (temps d'attente, contacts avec les patients, horaires décalés, de nuit et de week-end) ainsi que les difficultés de formation bloquent les recrutements dans un secteur pourtant porteur et dope le « turn-over » des salariés. Les niveaux de rémunération sont encadrés par une convention collective<sup>239</sup> qui prévoit notamment des équivalences de temps de travail pour les périodes de garde. Ainsi, sur les périodes de gardes diurnes, un salarié est décompté à 90 % de son temps de présence. Ce taux est ramené à 75 % en période nocturne. Cette dernière disposition est interprétée sur le terrain comme « *ne pas rémunérer une garde nocturne sur quatre*<sup>240</sup> ». Sur l'aspect des formations, les entreprises (de plus de 11 salariés) cotisent auprès de l'organisme paritaire collecteur agréé (O.P.C.A.) à hauteur de 1 % de la masse salariale. Une réforme de 2014<sup>241</sup> sur les méthodes de calcul des cotisations flèche une part de la cotisation sur la formation continue au détriment de la formation professionnelle (initiale). Or, les besoins des entreprises se situent essentiellement sur la seconde. Il en découle « *une impossibilité pour certains employeurs de financer des D.E.A. à des auxiliaires ambulanciers pourtant motivés et connus. Pôle-emploi est le seul à pouvoir financer ce type de formation, mais les personnes nouvellement formées qui, ne connaissant pas l'activité, démissionnent rapidement après leur embauche*<sup>242</sup> ». L'étude mandatée en 2016 par la fédération nationale des transports sanitaires auprès de l'analyste Xerfi France, démontre que « *plus d'un poste sur deux n'est pas facile à pourvoir dans ce domaine*

---

<sup>238</sup> Le C.H.R.U. de Dijon, avec le soutien de l'A.R.S. Bourgogne-Franche-Comté, a mis en place un système permettant de réguler les sorties hospitalières.

<sup>239</sup> Créée par l'accord du 4 mai 2000 *relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail des personnels des entreprises de transport sanitaire étendu par arrêté du 30 juillet 2001.*

<sup>240</sup> JEANNEROD Fabrice, 5 juin 2018, *Entretien.*

<sup>241</sup> LOI n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale.

<sup>242</sup> DUPUIS Maud, 25 juin 2018, *Entretien.*

*d'activité [conducteur d'ambulances, de taxis, ...] contre une moyenne de 32,4 % pour l'ensemble des métiers [étudiés dans l'étude]<sup>243</sup> ».*

Sixième constat : la santé financière des très petites entreprises et des petites et moyennes entreprises est précaire. L'analyste précité décrit l'évolution du taux d'excédent brut d'exploitation du secteur qui, « *après une phase de contraction entre 2009 et 2012 (en lien avec la hausse des frais de personnel et des autres achats et charges externes), [...] s'est progressivement redressé pour atteindre 9,9 % du chiffre d'affaires en 2015* ». La phase de difficultés correspond aux investissements rendus nécessaires par l'évolution normative<sup>244</sup>, par les effets de la crise économique (notamment sur le prix des carburants) et par la publication d'un avenant à la convention collective<sup>245</sup> faisant suite à un arrêt de la cour de justice des communautés européennes<sup>246</sup> (cette modification remet en cause le coefficient d'équivalence du temps de travail et introduit le statut de travailleur de nuit). A contrario, le rétablissement provient, toujours d'après l'étude, des politiques de soutien en matière fiscale (exonération de 50 % puis 75 % de la taxe professionnelle entre 2009 et 2012, réduction de la fiscalité des entreprises dans le cadre du CICE puis du Pacte de responsabilité et de solidarité). En définitive, le taux de résultat net de la profession s'améliore depuis 2013, bien que d'importantes disparités soient constatées entre les entreprises, « *dont 3,1 % ont enregistré une perte nette supérieure à 8 % de leur chiffre d'affaires*<sup>247</sup> ».

---

<sup>243</sup> Xerfi France, 8 sept.2016, *Le secteur du transport sanitaire – Etude - Analyse sur la période 2008-2014 (estimations 2015)* [Doc. En ligne], P. 68.

<sup>244</sup> Cf.1.1.1.2.

<sup>245</sup> Arrêté du 21 novembre 2008, *Avenant n°3 à l'accord du 4 mai 2000 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail*.

<sup>246</sup> CJCE, 01/12/2005, affaire C-14/04, Abdelkader Dellas e. a. / Premier ministre e. a..

<sup>247</sup> Xerfi France, 8 sept.2016, *Le secteur du transport sanitaire – Etude - Analyse sur la période 2008-2014 (estimations 2015)*, Op. Cit., p.70.

En réponse à cette situation, le secteur privé tente de s'organiser pour la survie de leurs entreprises. Le levier de la diversification des activités semble être celui le plus actionné. Ainsi, de nombreuses sociétés ont développé une offre de taxi permettant de répondre à l'activité programmée avec les mêmes modalités de remboursement que les taxis indépendants ou salariés<sup>248</sup>. D'autres activités annexes de diversification ont également été entreprises, dans une moindre mesure, telles que la location et la vente de matériel médical ou des services funéraires. Xerfi France note, pour ces dernières, que leur « poids a progressé de 1,3 point en trois ans, pour atteindre 8,1 % du chiffre d'affaires en 2014<sup>249</sup> ».

#### 2.1.2.2. Un modèle de sécurité civile sur-sollicité.

A l'instar du secteur privé, les S.I.S. subissent l'impact des évolutions sociétales et des politiques de santé. Ainsi, entre 2014 et 2017, l'activité S.A.P. en Franche-Comté a connu une augmentation de 15,76 %, incluant une part toujours plus importante d'I.T.S.P. (+ 55 %<sup>250</sup>). La proportion du S.A.P. étant très nettement représentée dans l'activité globale des S.I.S.<sup>251</sup>, cette augmentation met en péril les organisations existantes et, dans certains cas, la continuité du service public de secours. Dans la contribution commune des huit S.D.I.S. de la région, les auteurs précisent que « le constat est identique pour tous les S.D.I.S. : l'activité SUAP n'a cessé de croître en cinq ans, dans des proportions certes différentes, mais toujours en lien direct avec les réformes qui ont pu être conduites par l'A.R.S. ou avec la régionalisation du C.R.R.A.15 pour les quatre S.D.I.S. de l'ancienne région Franche-Comté<sup>252</sup> ».

Les politiques de santé, à travers l'éloignement des structures d'accueil des victimes et la mise en place des filières de soins se déclinent nettement sur les temps d'intervention des sapeurs-pompiers. Sur ce point, le rapporteur public auprès du conseil d'Etat note que : « la diversité des destinations possibles du patient évacué, qui résulte de la mise en place des réseaux de prise en charge médicale des urgences constitués en vertu des articles R. 6123-26

---

<sup>248</sup> L'article L.6312-2 du code de la santé publique dispose que « toute personne effectuant un transport sanitaire doit avoir été préalablement agréée par le directeur général de l'agence régionale de santé ». L'article L.322-5 du code de la sécurité sociale élargit cette définition aux taxis ayant conclu une convention avec un organisme d'assurance maladie.

<sup>249</sup> Xerfi France, 8 sept.2016, *Le secteur du transport sanitaire – Etude - Analyse sur la période 2008-2014 (estimations 2015)*, Op. Cit., P.53.

<sup>250</sup> S.D.I.S. de Bourgogne-Franche-Comté, statistiques opérationnelles [Doc. Numérique].

<sup>251</sup> Cf. 1.1.1.3.

<sup>252</sup> Services d'incendie et de secours de Bourgogne-Franche-Comté ; « projet régional de santé 2018-2022, contribution des services d'incendie et de secours de Bourgogne-Franche-Comté Côte-d'Or, Doubs, Jura, Nièvre, Haute-Saône, Saône-et-Loire, Yonne et Territoire de Belfort, réalité opérationnelle des S.D.I.S., Observations, impacts du projet et propositions », mai 2018, Op. Cit., P.8.

et R. 6123-29 du CSP, ne conduit certainement pas, contrairement à ce qui est soutenu, à imposer aux SIS de participer à ces réseaux ou de leur confier l'ensemble des transports sanitaires qui seraient effectués pour la mise en œuvre des conventions de réseau<sup>253</sup> ».

Les effets sur les ressources humaines et matérielles ne sont pas négligeables. Ainsi, s'agissant de la première, les S.D.I.S. estiment qu'à l'échelle de la région, la durée moyenne des interventions S.A.P. a augmenté de 7 minutes entre 2012 et 2017 ce qui, multiplié par le volume, représente 37 équivalents temps plein<sup>254</sup>. Ce temps d'intervention supplémentaire engendre une pression opérationnelle sur les sapeurs-pompiers casernés (majoritairement professionnels) qui, faute de créneau sans intervention, peinent à réaliser leurs formations de maintien et de perfectionnement des acquis opérationnels. Les sapeurs-pompiers volontaires supportent également cette augmentation du nombre et de la durée des sollicitations. Les plus vulnérables étant ceux pour lesquels l'employeur a conventionné avec le S.D.I.S. pour permettre à son salarié de quitter son activité et « répondre au bip » en qualité de sapeur-pompier. Or, force est de constater que la charge générée par l'absence du salarié sur l'entreprise est proportionnelle à la durée de la mission. Plus généralement, dans un contexte où les S.D.I.S. peinent à trouver et fidéliser leurs effectifs volontaires<sup>255</sup>, cette augmentation de pression opérationnelle génère des défauts de disponibilité, notamment en journée, la semaine. Dans une note adressée au préfet du département du Doubs, le directeur départemental des services d'incendie et de secours du département précise que ces pressions sur la ressource humaine de l'établissement sont de nature à « dégrader la qualité de la réponse opérationnelle du SDIS [...] dans son propre cœur de métier<sup>256</sup> ».

Sur les matériels, outre l'effort budgétaire imposé par la rotation plus rapide des véhicules participant à l'U.P.H. (renouvellement du parc, maintenance, réparations et consommables), l'inquiétude des sapeurs-pompiers se porte sur la quantité de vecteurs nécessaire à la couverture du risque. Ainsi, les situations de pic d'activité, de plus en plus régulières, viennent prélever l'ensemble de la ressource d'un secteur (généralement urbain) et rend impossible la réponse à une nouvelle demande de secours, même d'urgence vitale.

---

<sup>253</sup> DECOUT-PAOLINI Rémi, Précisions sur le cadre juridique applicable à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires - Conclusions sur CE, 8 février 2017, *Société Polyclinique Saint-Jean*, n° 393311 et *Société Ambulances Breuil*, n° 392990.

<sup>254</sup> Services d'incendie et de secours de Bourgogne-Franche-Comté ; « projet régional de santé 2018-2022, contribution des services d'incendie et de secours de Bourgogne-Franche-Comté Côte-d'Or, Doubs, Jura, Nièvre, Haute-Saône, Saône-et-Loire, Yonne et Territoire de Belfort, réalité opérationnelle des S.D.I.S., Observations, impacts du projet et propositions », mai 2018, *Op. Cit.*, P.8.

<sup>255</sup> *Les S.D.I.S. de la région constatent une baisse de disponibilité des effectifs de sapeurs-pompiers volontaires d'environ 10% entre 2013 et 2017.*

<sup>256</sup> S.D.I.S.25, 18 juin 2018, note à l'attention de Monsieur le préfet du Doubs relative à la problématique des interventions réalisées par le SDIS du Doubs suite à l'indisponibilité des transporteurs sanitaires privés (ITSP).



D'autres tensions viennent se cumuler à celles d'origine systémique. Il s'agit des transferts d'activité entre les acteurs opérationnels de l'U.P.H.. Elles revêtent deux natures différentes et sont supportées par les S.D.I.S.. La première concerne les missions réalisées au profit des S.M.U.R., tels que l'intervention d'un V.S.A.V. pour constituer une U.M.H. (à noter que, dans ce cas, une convention entre les S.D.I.S. et l'établissement de santé siège du S.M.U.R. doit en prévoir les conditions financières) ou l'action des infirmiers et des médecins du S.S.S.M. dans le cadre de l'A.M.U., agissant en carence de S.M.U.R.. La seconde traite des interventions réalisées en cas d'indisponibilité de T.S.P.<sup>257</sup>. Cette activité, exclue de fait des missions propres des sapeurs-pompiers, est à l'origine d'une part importante de l'augmentation des interventions pour S.A.P.. Les inspecteurs de l'I.G.A. et de l'I.G.A.S. précisent que « *la carence peut être simple mais aussi parfois double*<sup>258</sup> ». Ainsi, un défaut de T.S.P. constaté dans le cadre de l'activité programmée peut-être comblé par un moyen privé initialement inscrit au tableau de garde départementale, laissant le secteur sans couverture opérationnelle et générant une carence simple en cas de nouvelle demande ; ou, en l'absence totale de T.S.P., les sapeurs-pompiers interviennent directement dans le cadre des activités programmées (carence double). En complément des contraintes opérationnelles fortes déjà mentionnées, les I.T.S.P. représentent également un transfert de charge financière de l'assurance maladie<sup>259</sup> vers les S.D.I.S.. Ainsi que développé dans un article de la semaine juridique consacré au secours d'urgence et à l'A.M.U., le financement des activités de secours à personne est territorial et traduit l'application du pouvoir de police administrative qui n'a « *d'autre objet que la préservation et le rétablissement de l'ordre public, l'autorité qui l'exerce et le service qui le met en œuvre ne sauraient exiger aucune contribution de la part de celui qui en bénéficie, le financement des charges afférentes à la police administrative procédant exclusivement de l'impôt*<sup>260</sup> ». Les missions de secours à personne répondent donc au principe de la gratuité des secours pour les victimes. Bien qu'indemnisée dans les termes prévus par l'arrêté du 30 novembre 2006 susmentionné<sup>261</sup>, cette prestation n'abonde qu'à hauteur de 2 à 3 % le budget annuel des S.D.I.S.<sup>262</sup> ce qui peut être qualifié de dérisoire comparativement aux coûts engagés pour

---

<sup>257</sup> Cf. 1.2.1.1.

<sup>258</sup> I.G.A., I.G.A.S., rapport définitif sur l'évaluation de l'application du référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, *Op. Cit.*, p.26 [135]

<sup>259</sup> Cf. 1.1.2.2.

<sup>260</sup> PRETOT, Xavier ; ZACHARIE Clémence, JCP/la semaine juridique – édition administration et collectivités territoriales n°16, 23 avr. 2018, p.5.

<sup>261</sup> Cf. 1.2.2.2.

<sup>262</sup> Services d'incendie et de secours de Bourgogne-Franche-Comté ; « *projet régional de santé 2018-2022, contribution des services d'incendie et de secours de Bourgogne-Franche-Comté Côte-d'Or, Doubs, Jura, Nièvre, Haute-Saône, Saône-et-Loire, Yonne et Territoire de Belfort, réalité opérationnelle des S.D.I.S., Observations, impacts du projet et propositions* », mai 2018, *Op. Cit.*, p.11.

répondre à l'activité induite (13 % des S.A.P. sont effectués en carence<sup>263</sup>). Dans son courrier adressé au premier ministre, Madame la Sénatrice du Haut-Rhin Catherine Troendle, évoque « *le scandale de l'insuffisance du remboursement au titre des carences ambulancières, expliquant que le montant remboursé devrait-être mis en rapport avec le coût d'une intervention évalué par eux [les SDIS] jusqu'à 500 €<sup>264</sup>* ».

Dans un contexte de tension financière, et de judiciarisation des interventions, les S.D.I.S. de Franche-Comté cherchent les méthodes permettant de limiter les risques et garantir une continuité de service relative à l'accomplissement de leurs missions propres. En 2017, une période de grève du secteur privé va accélérer ce processus.

### *2.1.2.3. La crise.*

La société d'audit et de conseil KPMG conclue l'observatoire du transport sanitaire 2016 en ces termes : « *nous observons sur le marché un mouvement de concentration, croissance externe, réseaux et l'arrivée de nouveaux acteurs. Ceci doit amener chaque dirigeant à se projeter pour positionner au mieux son entreprise dans ce secteur en pleine mutation<sup>265</sup>* ». En Franche-Comté, les choix stratégiques des entrepreneurs privés prennent la forme d'une sélection d'activité. La part programmée, plus rémunératrice, concentre les attentions et les moyens au détriment, parfois, de l'activité U.P.H.. Ces patrons sont souvent isolés (malgré l'existence de réseaux) face à des interlocuteurs régionaux et nationaux qui n'encouragent pas systématiquement la structuration du secteur et créent des concurrences (la réponse du S.D.I.S. de Haute-Saône à l'appel d'offre du centre hospitalier de Vesoul pour la création d'une U.M.H. peut en être un exemple)<sup>266</sup>. Pourtant, la santé fragile des entreprises<sup>267</sup> préoccupe l'ensemble du secteur.

En juin 2017, un mouvement de grève initié en Côte-d'Or s'étend à la Franche-Comté. Les ambulanciers menacent de ne plus renseigner les tableaux de garde pour le second semestre 2017 et de ne plus répondre aux sollicitations du C.R.R.A.15 hors période de garde, dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017.

---

<sup>263</sup> S.D.I.S. de Bourgogne-Franche-Comté, statistiques opérationnelles [Doc. Numérique].

<sup>264</sup> TROENDLE Catherine, 30 nov. 2017, *courrier adressé à Monsieur le Premier Ministre, relatif à la problématique des carences ambulancières/ambulances privées*.

<sup>265</sup> KPMG, Sept. 2016, *Observatoire du transport sanitaire 2016*, p. 46.

<sup>266</sup> LABOUREY Jean-Marc, 26 juil. 2018, *Entretien*.

<sup>267</sup> JEANNEROD Fabrice, 25 juin 2018, *Entretien* : « *la marge de mon entreprise est inférieure à 2% du chiffre d'affaire* ».

Les revendications sont les suivantes :

- « *la rémunération de l'activité réalisée au titre de l'U.P.H. à hauteur des moyens opérationnels mis en œuvre par les ambulanciers,*
- *la revalorisation de la garde à 650,00 € par période de garde de 12h00 et indexée annuellement,*
- *la rémunération des retours des patients à domicile et les transferts inter-hospitaliers (en période de garde) sans l'abattement de 60 % du montant fixé par les caisses d'assurance maladie,*
- *aucun abattement de facturation en période de garde du samedi matin,*
- *le paiement des sorties non suivies de transport*<sup>268</sup> ».

Une situation de crise s'installe au niveau régional en réponse, selon le secteur privé, à l'absence de prise en compte des alertes par les autorités de tutelle et par le défaut « *de mesures pour rechercher des solutions économiques acceptables pour traiter les difficultés économiques des entreprises d'ambulances en période de garde notamment*<sup>269</sup> ». Il est pourtant à noter que cette problématique faisait l'objet, il y a dix ans déjà, de l'attention du ministère de la santé qui écrivait : « *les évolutions de l'organisation du transport sanitaire ainsi que la dynamique de progression des charges et coûts induits pour la profession devront être prises en compte* » [...] « *Il (un modèle économique rénové) devra tenir compte de l'objectif de redressement de l'assurance maladie*<sup>270</sup> ».

Les autres acteurs de l'U.P.H., déjà fortement impactés par l'augmentation structurelle de l'activité, craignent une répercussion immédiate sur la sollicitation de leurs moyens et demandent à l'A.R.S. de « *prendre les mesures pour permettre la continuité du service et l'accès de la population aux soins urgents*<sup>271</sup> ». Le directeur départemental du S.D.I.S. du Doubs écrit le 13 septembre 2018 à l'A.R.S. : « *je vous confirme par conséquent que le SDIS sera dans l'impossibilité absolue de faire face à une potentielle explosion supplémentaire de carences qui seraient induites par la grève*<sup>272</sup> » incitant ainsi l'A.R.S. à actionner le levier de la

---

<sup>268</sup> Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté, 15 juin 2017, *courrier du directeur général relatif au mouvement de grève des ambulanciers privés.*

<sup>269</sup> BONNET François, 13 sept. 2017, courriel de l'A.A.F.C. adressé à l'agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté.

<sup>270</sup> BACHELOT Roselyne, lettre de mission aux Conseillers généraux des établissements de santé Eyssartier et Mallet, 2008.

<sup>271</sup> POUX Odile, 13 sept. 2017, courriel du C.H.R.U. de Besançon adressé à l'agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté.

<sup>272</sup> BEAUDOUX Stéphane, 13 sept. 2018, Courriel du D.D.S.I.S. du Doubs adressé à l'agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté.

réquisition dans le Jura et le Doubs pour remplir les tableaux de garde départementale. Toutefois, devant l'aspect parcellaire de cette mesure (la garde départementale ne couvre que les créneaux de nuit et de week-end, période de plus forte disponibilité des sapeurs-pompiers volontaires), les S.D.I.S. envisagent la réaction possible à la situation et les mesures de sauvegarde pouvant être mobilisées pour garantir la réponse opérationnelle à leurs missions propres<sup>273</sup>. Parmi les pistes étudiées :

- temporiser les demandes d'I.T.S.P. pour garantir une couverture avant l'engagement non urgent,
- réguler tous les S.A.P. (hors urgence vitale détectée) pour inciter - grâce à l'implication de la régulation médicale - les cas bénins à se rendre au S.A.U. par leurs propres moyens,
- armer les V.S.A.V. en garde casernée en des lieux judicieux, dédiés exclusivement à la couverture spécifique des carences pour garantir la réponse opérationnelle aux urgences,
- proposer au préfet et au C.R.R.A. 15 d'intégrer par réquisition, après concertation préalable, les associations agréées de sécurité civile (A.A.S.C.) dans le dispositif de secours à personnes en situation exceptionnelle. Sur ce point, il est à noter que ces associations sont autorisées à évacuer les victimes prises en charge sur une opération de secours ou un dispositif prévisionnel de secours (D.P.S.) dans les conditions prévues par décret<sup>274</sup>. Il prévoit notamment les conditions minimales de formation des deux membres d'équipages (au moins, une personne diplômée d'Etat ambulancier ou titulaire de l'unité d'enseignement « premiers secours en équipe de niveau 2 ») et la normalisation des véhicules utilisés.

Matériellement, certaines de ces dispositions ont été réalisées, notamment dans le département du Doubs. Ainsi, la temporisation des demandes d'I.T.S.P. a été mise en place dès 2017 : *« la situation continue d'être particulièrement critique sur les agglomérations de Besançon et de Montbéliard où nous atteignons notre seuil de rupture à certains moments de la journée. Le SDIS 25 a fixé à 110 interventions SAP le seuil où les premières mesures seront prises pour garantir la réponse opérationnelle sur ses missions propres et, par voie de conséquence, modifier sa réponse sur les demandes d'intervention pour I.T.S.P. »*<sup>275</sup>. La régulation de tous les appels est en cours d'établissement au moment de la rédaction des présentes lignes et une convention type autorisant les A.A.S.C. à réaliser l'évacuation des

---

<sup>273</sup> BEAUDOUX Stéphane, 20 juin 2018, Courriel du D.D.S.I.S. du Doubs adressé aux D.D.S.I.S. de Franche-Comté.

<sup>274</sup> Décret n° 2016-713 du 31 mai 2016 relatif aux évacuations d'urgence de victimes par les associations agréées de sécurité civile, modifiant les articles R.6312-44 et ss. du code de la santé publique.

<sup>275</sup> FOURNEROT Christophe, 29 sept. 2018, Courriel du chef du groupement gestion opérationnelle du Doubs adressé à l'agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté.

victimes, uniquement sur D.P.S., est à la signature. Toutefois, si ces mesures tendent à faire reculer l'occurrence et la durée d'une rupture de service public, l'ensemble des acteurs Franc-Comtois s'entendent à dire qu'elles ne sont pas de nature à pérenniser un système d'U.P.H. qui reste au bord de la rupture. Une situation rendue d'autant plus sensible lorsque l'A.R.S. décide unilatéralement de fermer la plateforme de régulation A.A.F.C. au profit d'une structure interne aux établissements de santé. Ainsi, sans l'intervention de l'ensemble des partenaires Franc-Comtois, et notamment le C.R.R.A.15 et les S.D.I.S, aucune structure de régulation des ambulances privées n'aurait été active à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2018, enfonçant encore un peu plus les acteurs opérationnels dans la crise.

## 2.2. Une synergie régionale et interservices pour une sortie de crise.

### 2.2.1. Un besoin régional et interservices de comprendre les rouages du système.

#### 2.2.1.1. La période 2012 - 2016, naissance d'une synergie.

En 2012, dans la perspective de la mise en cohérence des S.D.A.C.R. et du S.R.O.S. demandé en 2007 par voie de circulaire<sup>276</sup>, le préfet du Doubs, également préfet de la région Franche-Comté, constitue un groupe de travail régional rassemblant l'A.R.S. Franche-Comté, les quatre S.D.I.S., le C.R.R.A.15 et les quatre S.A.M.U.. La méthode de travail prévoit la déclinaison de l'objectif en neuf axes et une organisation en mode projet s'appuyant sur plusieurs sous-groupes pluridisciplinaires. Les axes, proposés par les sapeurs-pompiers, reprennent des points de crispation déjà identifiés et certains autres liés à l'actualité régionale telle que la dotation d'un hélicoptère sanitaire au C.H.R.U. de Besançon. Pour chaque axe, un S.D.I.S. identifié comme référent de la thématique est chargé de représenter les trois autres :

- *Objectifs de couverture partagés et déclinés en réponse graduée, S.D.I.S. 90 ;*
- *Protocole d'emploi des hélicoptères de la sécurité civile et des hélicoptères sanitaires dans la réponse aux secours et soins d'urgence, S.D.I.S. 25 ;*
- *Prise en compte et reconnaissance du service de santé et de secours médical des sapeurs-pompiers dans la réponse opérationnelle, S.D.I.S. 39 ;*
- *Modalités d'évacuation et destination des victimes, S.D.I.S. 39 ;*
- *Partage de la culture opérationnelle, S.D.I.S. 70 ;*
- *Harmonisation des équipements et procédures de traitement des alertes, d'engagement et de suivi des moyens, et d'exploitation du réseau radiophonique, S.D.I.S. 25 ;*
- *Conventionnement de la disponibilité des SPV salariés de l'hôpital, S.D.I.S. 39 ;*
- *Carences des T.S.P., S.D.I.S. 70 ;*
- *Comptabilisation des victimes lors des sinistres et accidents, S.D.I.S. 25.*<sup>277</sup>

---

<sup>276</sup> Cf. 1.2.1.2.

<sup>277</sup> SCHATT Amélie, 3 avr. 2014, Document S.D.I.S.25, « Liste des points mise en cohérence SDACR(s).SROS » [Doc. Numérique].

Entre le 16 septembre 2014 et le 16 décembre 2015, date du dernier comité de pilotage préfectoral, les participants de chaque sous-groupe se sont réunis à douze reprises, soit quasiment mensuellement. Il ressort des avancées notables consignées dans un document de suivi de projet<sup>278</sup> qui présente notamment :

- « *Une cartographie de la couverture SAP par les moyens SMUR et par les moyens des 4 SDIS de Franche-Comté [...] réalisée sur la base des statistiques opérationnelles* » (Cet outil nommé Cartovitz permet de visualiser, à travers les différentes couches de données, l'ensemble des partenaires du territoire et leur activité en lien avec la population et par commune).
- *L'analyse en cours [...] d'algorithmes décisionnels partagés entre les 2 CRRA 15 (25 et 90) et les 4 CTA des SDIS. [...] Elle devrait permettre de clarifier la répartition des missions entre le 15 et le 18 et de rendre plus cohérent et homogène le traitement des appels 15 et 18.*
- *Une réflexion sur les vols hélicoptérés et la rédaction d'un protocole d'engagement.*
- *Les échanges [...] ont [...] validés le déclenchement par les CTA d'un personnel de santé dès lors que l'intervention rentre dans le cadre des départs réflexes de l'annexe 1 de la bipartite du Doubs [...] Ce travail devra être approfondi.*
- *Hors départs réflexes et hors urgence SAMU, il a été convenu que les SDIS pourraient, lorsqu'ils le souhaitent, changer de vecteur de transport au cours de l'évacuation.*
- *Un logigramme de traitement et de validation des carences est en cours de finalisation afin de permettre une application identique au sein des 4 CTA des SDIS et des deux CRRA 15 ».*

A travers ce projet régional, les acteurs ont pu partager une culture opérationnelle et institutionnelle, les problématiques de chacun et discuter des retours d'expérience, des cartographies et des indicateurs de suivi. Des évolutions qui étaient d'ailleurs pour partie préconisées par le rapport I.G.A.-I.G.A.S. du 4 septembre 2014 relatif à l'évaluation du référentiel S.A.P.-A.M.U. : « *de ce rapport émanent 45 recommandations (page 111 à 116) qui, me semble-t-il, ne sont pas en contradiction avec les travaux menés actuellement dans le département du Doubs, et plus largement dans la Franche Comté, pour l'harmonisation entre le SROS et le SDACR*<sup>279</sup> ».

---

<sup>278</sup> FOURNEROT Christophe, 15 déc. 2015, Document S.D.I.S.25, « *Mise en cohérence SDACR-SROS 16.12.15* » [Doc. Numérique].

<sup>279</sup> LAGRE François-Xavier, 18 sept. 2014, *Courriel du médecin-Chef du S.D.I.S. de Doubs à son directeur.*

Parallèlement le S.D.I.S. du Doubs, observant une augmentation importante de son activité S.A.P., développe le lien jusqu’alors distendu avec le S.A.M.U. 25 et son C.R.R.A. Les deux acteurs traitent d’anomalies opérationnelles mais également de la mise en œuvre de la convention bipartite faisant suite au référentiel S.A.P.-A.M.U.. Or, le C.R.R.A. ayant entre-temps été intégralement régionalisé<sup>280</sup>, constatent « *des différences inter départementales dans la lecture de l’annexe 1 du référentiel S.A.P.-A.M.U.*<sup>281</sup> » qui nécessitent « *une harmonisation dans la terminologie entre SAMU et CTA et entre CTA*<sup>282</sup> ». Ainsi, « *la rédaction trop large de l’annexe 1 des quatre conventions bipartites, bien que quasiment identiques, laisse la porte ouverte à l’interprétation*<sup>283</sup> ». Le C.R.R.A.15., les S.D.I.S. et l’A.R.S. se regroupent donc, indépendamment de l’organisation préfectorale, au sein d’un groupe de travail plus technique spécifiquement chargé d’élaborer des grilles d’engagement S.A.P. communes<sup>284</sup>.

#### 2.2.1.2. Une entité de travail pertinente.

Si les membres de cette nouvelle entité se connaissent et échangent, ils prennent rapidement conscience de l’absence de données suffisamment fiables et partagées pour soutenir une réflexion à cette échelle. Ce point acte le lancement d’une étude statistique approfondie sur les interventions réalisées par l’ensemble de la chaîne des acteurs. Le partage de données opérationnelles permet à l’A.R.S. de modéliser des hypothèses d’organisation et d’observer leurs impacts d’une part, et d’alimenter le système d’information géographique Cartovitz imaginé au sein du groupe projet préfectoral d’autre part.

S’en suit une période de recherche scientifique. L’idée force étant de répondre empiriquement à la problématique suivante : « existe-t-il un facteur particulier d’augmentation de l’activité ? ». Lors du COPIL du 17 novembre 2017, le groupe constate que l’observation partagée de l’activité a permis d’obtenir :

---

<sup>280</sup> Cf. 1.2.2.2.

<sup>281</sup> Comité de pilotage S.D.A.C.R.-S.R.O.S., 1 avr. 2015, « état d’avancement des GT » [Doc. Numérique].

<sup>282</sup> *Ibidem*.

<sup>283</sup> LABOUREY Jean-Marc, 26 juil. 2018, *Entretien*.

<sup>284</sup> *Le travail des grilles d’engagement S.A.P. vise à harmoniser les arbres décisionnels (ou algorithmes) d’engagement utilisés par les opérateurs du C.T.A. pour classer les demandes de secours.*



- « une analyse quantitative territorialisée du besoin d'intervention des 3 acteurs : SDIS-SAP, Smur et Ambulances à la demande du 15 (UPH),
- un lien avec l'influence de l'âge et le vieillissement de la population sur le besoin,
- la modélisation à l'échelle communale et des possibilités de projections<sup>285</sup> ». Toutefois, cette étude « n'a pas permis de dégager une politique en réponse à l'augmentation de l'activité<sup>286</sup> ».

Les travaux relatifs aux grilles d'engagement S.A.P. ont pu, quant-à-eux, identifier - et plus tard limiter - les volumes d'interventions situées dans les « zones grises » créées par les circulaires sur le S.A.P. et l'A.M.U.<sup>287</sup>. Fort de cette capacité à agir sur ce segment d'activité, les S.D.I.S. adaptent leurs engagements et renvoient des demandes initialement traitées par les sapeurs-pompiers sur le secteur privé. Ce processus augmente ainsi la demande en transports sanitaires ce qui, sans évolution de l'offre, débouche sur une croissance importante du nombre de carences. Ce phénomène est d'ailleurs accentué par certains T.S.P. qui, cherchant une meilleure rentabilité d'entreprise, se désengagent de l'U.P.H.. Début 2017, la décision est prise d'intégrer les représentants des T.S.P. au groupe de travail qui se compose dorénavant de l'A.R.S., des quatre S.D.I.S. et des A.T.S.U. de Franche-Comté.

En complément de ces premiers résultats, le groupe a également utilisé ses nouvelles capacités de modélisation pour envisager d'expérimenter de nouvelles organisations opérationnelles et financières. Ce point précis est développé infra.

### 2.2.1.3. La réforme des régions marque un coup d'arrêt.

Une dynamique régionale semble s'installer, mais c'est sans compter la réforme territoriale impactant les régions<sup>288</sup>. Face aux incertitudes créées par les réorganisations à venir concernant la préfecture, le projet d'harmonisation S.R.O.S.-S.D.A.C.R. est stoppé. Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, le préfet de région étant celui du département de la Côte-d'Or, la préfecture du département du Doubs n'est plus légitime pour conduire des projets interdépartementaux.

<sup>285</sup> DUBOUDIN Cédric, 17 nov. 2017, « présentation au COPIL ARS/CRA15/SDIS de FC/ATSU du 17.11.17 » [Doc. Numérique].

<sup>286</sup> FOURNEROT Christophe, 1<sup>er</sup> août 2018, *Entretien*.

<sup>287</sup> Cf. 1.2.1.2.

<sup>288</sup> Loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral.

L’A.R.S. de Franche-Comté est également « phagocytée » par celle de Bourgogne. Les services partie-prenantes aux projets relatifs à l’U.P.H. Franc-Comtoise sont distribués entre deux pôles : les services chargés de la régulation et la direction de l’innovation et de la stratégie se concentrent à Dijon. Besançon, ancien siège de la région Franche-Comté, conserve le département des études statistiques chargé de travailler sur les données partagées. L’autorité Franc-Comtoise n’existait plus, des délégations territoriales sont dorénavant chargées d’établir le relai entre la direction Dijonnaise et les partenaires départementaux. Pour autant, les acteurs du groupe de travail interservices, forts des premiers résultats et conscients de l’imminence d’une crise, tentent de relancer le travail. Lorsque l’A.R.S. propose d’élargir le groupe aux quatre départements Bourguignons, les partenaires opérationnels déclinent aux motifs que l’ancienne région Bourgogne se trouve dans un contexte sensiblement différent de celle Franc-Comtoise et, surtout, que le temps avant une crise est compté. Ils développent :

- l’absence d’un C.R.R.A.15 régional suppose d’intégrer les quatre S.A.M.U., en plus des quatre S.D.I.S. et des quatre A.T.S.U.,
- la volonté de la nouvelle A.R.S. d’homogénéiser les pratiques risque d’être coûteuse en temps et de modifier certaines doctrines opérationnelles pourtant essentielle au système existant : « *la situation des départements de l’ex Franche-Comté est encore plus complexe car l’A.R.S. de Bourgogne-Franche-Comté semble se concentrer essentiellement sur les réformes des départements de la Bourgogne [...] à titre d’exemple, sans la mobilisation des partenaires composant l’ancien groupe de travail « urgences Franche-Comté » (SDIS, SAMU, représentants des ambulanciers privés), l’A.R.S. aurait pu faire fermer la plateforme téléphonique associative de gestion des ambulanciers privés, et bloquer ainsi par ricochet toute expérimentation visant à diminuer les carences ambulancières dans le Doubs<sup>289</sup> ».* L’A.R.S. d’ajouter, s’agissant de la Franche-Comté : « *réforme hospitalière faite ou quasi terminée<sup>290</sup> ».*

La Franche-Comté maintient donc un groupe de travail à son échelle pour continuer le travail.

---

<sup>289</sup> S.D.I.S.25, 18 juin 2018, note à l’attention de Monsieur le préfet du Doubs *relative à la problématique des interventions réalisées par le SDIS du Doubs suite à l’indisponibilité des transporteurs sanitaires privés (ITSP)*[Doc. Numérique].

<sup>290</sup> DUBOUDIN Cédric, 17 nov. 2017, « *présentation au COPIL ARS/CRRA15/SDIS de FC/ATSU du 17.11.17* » [Doc. Numérique], *Op. Cit.*.

## 2.2.2. Des expérimentations locales nécessitant une validation nationale.

### 2.2.2.1. Une première demande officielle d'expérimentation en 2014-2015.

Dans le cadre combiné du groupe projet emmené par feu la préfecture de région franc-Comtoise et par le groupe de travail interservices, l'A.R.S. Franche-Comté porte une demande d'expérimentation pour une nouvelle répartition opérationnelle et financière de l'U.P.H..

L'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale (L.F.S.S.) pour 2012<sup>291</sup> ouvre la possibilité pour les A.R.S., en lien avec les C.P.A.M., de conduire, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012 et pour une période n'excédant pas huit ans, des expérimentations portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires préhospitaliers réalisés à la demande du S.A.M.U.. L'objectif affiché est d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de transports sanitaires urgents en région. Les modalités administratives de candidature sont précisées par voie réglementaire<sup>292</sup> et stipulent que chaque expérimentation, retenue par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale<sup>293</sup>, fait l'objet d'une convention entre l'A.R.S., la C.P.A.M., l'établissement siège du S.A.M.U. et l'A.T.S.U. la plus représentative. Par ailleurs, une consultation des S.D.I.S. territorialement compétents est rendue obligatoire. Les possibilités offertes sont larges et permettent une modification substantielle du système. Ainsi, les textes ouvrent la dérogation au cahier des charges préfectoral permettant une modification des secteurs, des plages horaires et des véhicules (en nombre et qualité). Au plan financier, la convention d'expérimentation peut donner lieu à une modulation de l'ensemble du modèle économique<sup>294</sup>. Le forfait de garde peut être revu ou abandonné (champ, montants du forfait et/ou de l'indemnisation des interventions), la rémunération peut également être ouverte à des interventions non éligibles en vertu de la réglementation de droit commun (intervention sans transport, insolvabilité, ...). Enfin, le décret permet de financer des matériels tels que la géolocalisation ou autres logiciels de régulation. La détermination de l'enveloppe financière correspond au plafond constaté l'année N-1, toute source confondue, à savoir :

---

<sup>291</sup> Loi n°2011-1906 du 21 déc. 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

<sup>292</sup> Décret n° 2014-1584, du 23 décembre 2014 relatif aux expérimentations portant sur les modalités d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents prévues à l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

<sup>293</sup> *Ibidem*, Art. 1 : « Chacun des projets retenus fait l'objet d'un arrêté des mêmes ministres fixant le plafond des dépenses autorisé pour l'expérimentation [...] ainsi que les plafonds des montants des éléments de tarification des entreprises de transports sanitaires assurant les urgences préhospitalières ».

<sup>294</sup> *Ibid.*, Art. 2.

- les dépenses assumées par l'assurance maladie pour la rémunération des T.S.P. agissant dans le cadre de l'U.P.H. (indemnités de garde incluses),
- les dépenses de prise en charge des I.T.S.P..

A noter que cette disposition représente à elle seule une source d'économie en excluant la revalorisation annuelle votée dans le cadre de l'O.N.D.A.M.<sup>295</sup>.

Enfin, le décret prévoit une évaluation *a minima* semestrielle et la présentation d'un rapport d'évaluation établi en regard des indicateurs d'efficience imposés par l'échelon central.

Le groupe de travail interservices mis en place en Franche-Comté permet à l'A.R.S. de compléter les données recueillies auprès de la plateforme ambulancière et du C.R.R.A.15 par celles des S.D.I.S. et d'élaborer un simulateur médico-économique. Cet outil statistique permet de calculer l'équilibre économique théorique des entreprises de transport sanitaire en fonction de critères modulables (niveau de forfait, tarif de carence, coût horaire de rentabilité, ...). Grâce à ce système, une démarche itérative vise à « *trouver la situation optimale (ou la moins insatisfaisante) entre la réduction des déficits pour les entreprises et la réduction des carences, sous la double contrainte du respect de l'enveloppe financière totale et d'une non dégradation des temps d'accès au patient*<sup>296</sup> ».

Le modèle le plus favorable est soumis à la D.G.O.S. et à l'assurance maladie en décembre 2015. Il propose un début d'expérimentation, sur les quatre départements de Franche-Comté en juin 2016. Une note de l'A.R.S. présente l'ensemble des éléments.

Pour les périodes de garde ambulancière :

- une réorganisation et une diminution du nombre de secteurs de garde et du nombre d'ambulances associées. L'économie réalisée (1.000.000 €) permettant de limiter l'abattement de 60 % prévu sur le tarif de l'intervention à 40 % et ainsi revalorisation le chiffre d'affaire de entreprises. Par ailleurs, sur les zones urbaines, une priorisation différente entre moyens de garde et moyens complémentaire est proposée,
- le lieu de départ des ambulances de garde est revu pour placer le moyen au centre du secteur afin de limiter les temps de trajet. (Les modalités de réalisation de cette proposition ne sont pas précisées),
- une réduction de 20 % des carences en période de garde ambulancière.

---

<sup>295</sup> Pour 2018, l'O.N.D.A.M. autorise une augmentation de 2.3% des dépenses de transport.

<sup>296</sup> Agence régionale de santé Franche-Comté, 5 déc. 2015, « *note de candidature pour Expérimentation portant sur les modalités d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents prévues à l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale 2012* » [Doc. Numérique], p.8.

Hors période de garde ambulancière :

- la généralisation de la géolocalisation des ambulances privées et l'interopérabilité entre la plateforme A.A.F.C. et le C.R.R.A.15 permettent une optimisation des vecteurs sollicités en fonction de leur positionnement à l'instant de la demande,
- la mise en place d'une organisation rend possible la mise à disposition de moyens supplémentaires là où le besoin existe. Cette organisation n'est pas détaillée.

En synthèse, l'A.R.S. s'engage, sur la base de ces propositions, à gagner en efficacité économique (moins chère pour l'assurance maladie et plus rentable pour le secteur privé) et à baisser le nombre de carences de 20 %. Pour autant, la C.N.A.M. émettra un avis défavorable à la candidature qui, selon l'A.R.S.<sup>297</sup>, n'a pas trouvé suffisamment d'arguments chiffrés pour garantir le modèle.

#### 2.2.2.2. Une nouvelle candidature en suivant d'autres modalités.

La situation de crise s'installe et le groupe de travail interservices s'essouffle, ralenti par la régionalisation. Le dernier comité de pilotage se réunit le 17 novembre 2017 et émet cinq propositions d'action visant à partager le diagnostic d'une part et permettre la continuité des travaux à une échelle moindre<sup>298</sup> d'autre part. Il s'agit, pour le premier point, d'organiser une réunion bilan avec le préfet du Doubs afin de présenter l'ensemble des travaux réalisés et de créer un comité A.M.U. au sein de chaque C.O.D.A.M.U.P.S.-T.S. pour aborder la problématique du S.A.P.. Dans le Doubs, le préfet a autorisé cette création lors de la réunion de l'instance, le 29 mai 2018. Sur le second point, le groupe de travail propose de lancer des expérimentations plus réduites que celle envisagée en 2015 en associant la C.P.A.M.. Il espère ainsi pouvoir utiliser certains territoires de Franche-Comté comme laboratoire de recherche.

Les territoires identifiés concernent un secteur rural (et montagneux) du Haut-Jura pour lequel l'analyse établit que seul 79 % de la population est couverte médicalement en moins de 30 minutes et 95 % en moins de 40 minutes<sup>299</sup> et deux secteurs du Doubs. La pression est forte sur les partenaires, comme le rédige le S.D.I.S. du Doubs dans un courrier de son directeur adressé au directeur général de l'A.R.S. Bourgogne-Franche-Comté : « *afin de poursuivre les travaux et de ne pas perdre le bénéfice des fructueux échanges qui prévalent au*

---

<sup>297</sup> CAREL Didier, 25 mai 2018, *Entretien*.

<sup>298</sup> DUBOUDIN Cédric, 17 nov. 2017, « *présentation au COPIL ARS/CRRA15/SDIS de FC/ATSU du 17.11.17* » [Doc. Numérique], *Op. Cit.*.

<sup>299</sup> Agence régionale de santé Franche-Comté, 5 déc. 2015, « *note de candidature pour Expérimentation portant sur les modalités d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents prévues à l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale 2012* », *Op. Cit.*, p.10.

*sein du groupe de travail, je vous propose de lancer les démarches entre les partenaires afin d'initier des expérimentations sur deux ou trois secteurs ambulanciers du Doubs, comprenant a minima un secteur urbain et un secteur rural. [...] Ce dossier représente un enjeu fort pour le S.D.I.S.<sup>300</sup> ». Les délégations territoriales de l'A.R.S. territorialement compétentes animent les débats départementaux, en lien avec Dijon.*

Alors que l'expérimentation Jurassienne se traite de façon directe avec un ambulancier privé, le centre hospitalier de Saint-Claude et l'A.R.S., excluant au passage le C.R.R.A.15 qui sera mis devant « *le fait accompli*<sup>301</sup> », celles du Doubs sont concertées avec l'ensemble des acteurs, A.A.F.C. et C.R.R.A.15 inclus. Les expérimentations sont lancées le 2 juillet 2018 pour tester plusieurs modèles. Au plan administratif et financier, le modèle n'ayant pas fait l'objet de demande officielle de financement, les expérimentations sont « garanties » par l'A.R.S. dans le cadre du fond d'intervention régional. L'idée prévalant dans ces tests est, premièrement, d'établir le fait qu'il y a suffisamment d'activité pour soutenir la rentabilité de l'U.P.H. pendant et hors des périodes de garde préfectorale et, ensuite, de limiter les I.T.S.P. et leurs impacts négatifs sur les S.D.I.S. (démotivation, sur-sollicitation, risque juridique et financier). Trois modèles doivent ainsi être confrontés et finement suivis au moyen d'indicateurs de traçabilité déterminés par l'A.R.S..

L'expérimentation Jurassienne dispose qu'une ambulance privée soit positionnée au centre hospitalier de Saint-Claude pour effectuer les missions d'U.P.H. et des transports inter-hospitaliers, hors période de garde (journée en semaine). Le financement est garanti par l'A.R.S. à hauteur de 800 € par tranche de 12h. Ainsi, soit l'activité de l'ambulance atteint ce plancher de rémunération, soit l'A.R.S. abonde grâce au F.I.R..

---

<sup>300</sup> BEAUDOUX Stéphane, 8 janvier 2018, *courrier du directeur départemental des S.I.S. du Doubs au directeur général de l'A.R.S. relatif à l'expérimentation SUAP/ITSP* [Doc. Numérique].

<sup>301</sup> LABOUREY Jean-Marc, *réunion du comité de pilotage du 26 juin 2018 relative à la mise en place d'une expérimentation « Transports sanitaires - Urgence pré hospitalière » sur le secteur bisontin, en journée, à compter du 2 juillet 2018.*

L'expérimentation du secteur ambulancier de Besançon prévoit, sur trois mois, la mise à disposition de deux ambulances hors des périodes de garde avec une garantie financière équivalente à celle du Jura. Le directeur général de l'A.R.S. de préciser que « *l'A.A.F.C. sera porteur de cette expérimentation*<sup>302</sup> ». Toutefois, à la différence de celle positionnée à Saint-Claude, l'activité de ces ambulances doit être exclusivement liée à l'U.P.H. dans la limite du secteur géographique. La préparation, la coordination et le suivi du projet sont assurés par un comité de pilotage interservices qui associe à partir d'août 2018 « *la direction générale du CHRU, la CPAM 25 et la Préfecture du Doubs*<sup>303</sup> ».

La dernière expérimentation prévoit, sur le secteur ambulancier semi-rural de Baume-les-Dames, de « transférer » la garde ambulancière sur les périodes diurnes de plus forte activité et de plus faible disponibilité des sapeurs-pompiers volontaires. Les interventions de nuit étant assurées par le S.D.I.S. en carence de T.S.P.. Toutefois, n'agissant pas dans le cadre d'une expérimentation au titre de l'article 66 de la L.F.S.S. de 2012, aucune dérogation réglementaire n'est acquise, laissant cette mise en œuvre à la charge intégrale de l'A.R.S.. Dans ce cadre, les acteurs n'ont pas trouvé de modèle financier permettant une garantie de recette suffisante à l'unique entreprise concernée, même en intégrant l'économie réalisée sur le F.I.R. relatif à la baisse estimée du nombre de carences. La solution d'indemniser la garde de jour au même titre que la garde de nuit par la C.P.A.M. n'a pas été rendu possible par son incapacité à déroger aux règles en vigueur relatives à l'indemnisation, et notamment l'inscription obligatoire de l'entreprise à un tableau de garde conforme au cahier des charges départemental. Au moment de la rédaction des présentes lignes, si les acteurs poursuivent leurs recherches, aucune expérimentation n'a été lancée sur un secteur rural du Doubs.

Il n'en demeure pas moins la volonté du groupe de travail d'une part, et de l'A.R.S. d'autre part, de généraliser un modèle plus stable et plus efficient à l'échelle du département, voire de la région Bourgogne-Franche-Comté. Dans cet objectif, l'agence souhaite mobiliser l'article 51 de la L.F.S.S. pour 2018<sup>304</sup> modifiant le code de la sécurité sociale, et ouvrant des financements pour des expérimentations dérogatoires pouvant permettre « *l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficience du système de*

---

<sup>302</sup> PRIBILE Pierre, 18 juin 2018, *courrier du directeur général de l'A.R.S. au président de l'A.A.F.C.* [Doc. Numérique@].

<sup>303</sup> Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté, 13 juil. 2018, *Compte-rendu de réunion du comité de pilotage du 26 juin 2018 relative à la mise en place d'une expérimentation « Transports sanitaires - Urgence pré hospitalière » sur le secteur bisontin, en journée, à compter du 2 juillet 2018.*

<sup>304</sup> Loi n°2017-1836, 30 déc. 2017, de financement de la sécurité sociale pour 2018.

*santé et de l'accès aux soins, en visant à optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé ainsi que la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale,...*<sup>305</sup> ». Cette disposition autorise notamment la dérogation aux règles de facturation, de tarification et de remboursement dus aux transports sanitaires ou entreprises de taxi. Pour ne pas réitérer l'échec de la candidature de 2015 au titre de l'article 66, les parties-prenantes aux expérimentations s'attachent à présenter les indicateurs, aussi fins que fiables, indispensables à l'étalement du dossier. En parallèle, d'autres actions se poursuivent, toujours avec l'objectif de garantir une réponse aux sollicitations des patients et des victimes pris en charge par les acteurs de la chaîne des urgences préhospitalières.

### *2.2.2.3. Une nécessaire implication du niveau central.*

L'urgence préhospitalière s'organise autour d'un nombre conséquent d'acteurs opérationnels agissant dans un cadre légal et réglementaire fixé au niveau national. Si la situation de crise vécue en Franche-Comté est d'origine plurielle, la profondeur et la rapidité avec lesquelles les autorités de santé ont procédé aux évolutions territoriales et doctrinales nécessaires, selon elles, à l'optimisation du système d'organisation des soins en porte une part prépondérante.

Les partenaires Franc-Comtois, ont commencé à agir autour d'un travail mutualisé permettant le partage d'un diagnostic opérationnel objectif. Si cette première étape a permis d'identifier et d'engager des actions « de survie » pour le système, elles n'en demeurent pas moins limitées tant dans leur portée que dans le temps. Ainsi, la pérennisation de l'urgence préhospitalière, qu'elle relève de l'A.M.U., du secours d'urgence ou du transport sanitaire urgent, semble devoir se construire suivant un plan pluriannuel d'actions coordonnées, d'abord à l'échelon local, puis à un niveau central.

En Franche-Comté, outre les expérimentations détaillées supra, des travaux visant à repousser l'échéance d'une rupture du service public sont en cours ou pourraient être envisagés. Il s'agit par exemple d'équilibrer l'activité entre les S.D.I.S. et les T.S.P. en modifiant les critères d'intervention prévus par les conventions bipartites et d'en uniformiser la portée aux quatre départements. Une règle commune d'engagement permettrait ainsi à l'ensemble du secteur de connaître avec précision l'objet des sollicitations, leur localisation et d'en déterminer les flux avec précision. Cette objectivation pourrait s'appuyer sur une réelle

---

<sup>305</sup> Code de la sécurité sociale, L.162-31-1.



interconnexion des systèmes informatiques de gestion opérationnelle des quatre C.T.A., du C.R.R.A.15. et de la plateforme A.A.F.C.. Par ailleurs, le suivi précis et en temps réel de l'emplacement et de l'état de disponibilité des ambulances privées (de garde ou hors garde) serait de nature à garantir l'efficacité opérationnelle face à l'imprévisibilité des demandes urgentes. La traçabilité des missions peut également permettre des études en vue d'optimisation. Cette technicité induit l'utilisation d'un logiciel opérationnel performant et spécifiquement développé. Une mutualisation du système utilisé par le S.D.I.S. du Doubs permettrait, sous réserve d'un investissement minimal du secteur privé, de garantir ces aspects. Par ailleurs, le soutien de l'A.R.S. par l'intermédiaire d'une mobilisation du F.I.R. à des fins d'équipement pourrait être envisagé. Toujours dans un objectif de fiabilisation de la réponse ambulancière, il apparaît indispensable de soutenir et de développer la coordination existante à travers la plateforme A.A.F.C. ou tout autre modèle interconnecté en prenant en compte séparément les besoins nécessaires à la réalisation de l'activité programmée d'une part et de l'urgence d'autre part. Toujours au plan matériel, des mutualisations seraient à même de réduire les charges fixes des entreprises de transport en leur permettant d'accéder pendant les périodes hors garde, aux locaux (généralement vacants à ces heures) de certains centres d'incendie et de secours positionnés stratégiquement par rapport à la couverture.

Des adaptations organisationnelles seraient également de nature à linéariser les sollicitations du secteur privé pour en limiter les périodes d'indisponibilité. Une entente avec les principaux établissements de santé générateurs de flux liés aux activités ambulatoires pourrait permettre de limiter les phénomènes de pic de sollicitation des ambulances en allongeant les périodes d'entrées et de sorties des patients. A cet effet, l'installation de salons d'attente entre le service hospitalier et l'entrée du centre hospitalier, à l'instar de celui de Dijon, semble donner satisfaction<sup>306</sup>.

L'activité des S.D.I.S. et des T.S.P. générée par l'indisponibilité ou le soutien aux équipes S.M.U.R. peut également être aménagée. S'agissant des appuis logistiques S.M.U.R., les modalités financières devraient distinguer deux situations : la mise à disposition d'une ambulance et de son conducteur au profit de l'établissement siège destiné à former une U.M.H. et la mise à disposition d'une ambulance et de son équipage au profit de l'établissement siège destiné à pallier l'absence de S.M.U.R. ou d'U.M.H. permettant le transport des victimes médicalisées. Le premier cas relève d'une convention dédiée établissant les modalités financières. Pour le second, plus complexe, il apparaît nécessaire de trouver un équilibre entre

---

<sup>306</sup> C.H.R.U. de Dijon, présentation du système Epona, 3 mai 2018.

« rouges » et « blancs » plus uniquement basé sur le seul critère géographique. Une analyse fine des capacités des uns et des autres doit permettre de définir un algorithme de réponse adapté au potentiel et aux limites des prestataires de transport. Dans tous les cas en l'état actuel de la réglementation cette évacuation médicalisée semble devoir rester à la charge de l'établissement de santé, financée par la M.I.G.A.C. relative à l'A.M.U.. Ces mesures ne sont toutefois à envisager que sous l'angle de l'évitement de crise et ne peuvent répondre, à elles seules au déséquilibre systémique impactant l'U.P.H. à l'échelle nationale.

A moyen terme, la réflexion devrait ainsi se porter sur un champ plus large et plus profond. Sur la largeur, la réponse du secteur privé serait à réformer au profit d'un système régulé dédié à l'urgence. Il est observable que la double compétence des T.S.P. sur les champs programmé et non programmé du transport est source d'importants déséquilibres et impose aux entreprises de savoir répondre, avec les mêmes moyens matériels et financiers, à deux natures d'activités totalement distinctes. La réorganisation du secteur entamée par l'arrivée des groupes financiers et la massification de la part programmée devrait rester sous le seul pilotage de la santé dans le cadre de l'organisation des soins. La charge financière de cette activité essentiellement générée par les réorganisations hospitalières resterait légitimement à l'assurance maladie, dans les conditions définies en son sein, sans possibilité de se répercuter sur la ressource nécessaire au traitement des urgences préhospitalières.

Sur la profondeur, la restructuration du secteur de l'urgence semble devoir se baser sur une réorganisation des modalités de financement de cette mission de service public à travers une enveloppe M.I.G.A.C. dédiée au secteur. A ce titre, un redéploiement des fonds, issus du même portefeuille ministériel, serait de nature à limiter les transferts non maîtrisés de dépenses. Une évolution de la législation serait également à même de permettre l'allègement de la réponse des ambulanciers et des sapeurs-pompiers en autorisant l'intervention des véhicules de catégorie inférieure sur les situations opérationnelles le permettant, toujours sous la responsabilité du médecin régulateur garant de l'adéquation entre la réponse apportée et la pathologie des victimes. Ainsi, l'engagement d'un équipage de deux personnes avec un véhicule de transport assis permettrait une prise en charge moins lourde, bien qu'adaptée. L'attractivité de l'U.P.H. pour le secteur privé devrait être évaluée à un échelon régional à travers une analyse conjointe S.D.I.S., T.S.P., A.R.S., C.R.R.A.15 réalisées sous le co-pilotage du préfet de région et du directeur général de l'A.R.S.. Cette analyse supra-départementale prendrait en compte l'ensemble des moyens opérationnels disponibles pour la réponse à l'urgence et déterminerait les flux présents et prévisibles pour définir un équilibre entre les missions et les implantations de moyens. Il pourrait également être envisagé un équilibre entre

les différents acteurs basés sur des critères géographiques, organisationnels et temporels négociés en fonction des spécificités locales. La législation devrait donc évoluer vers une simplification de l'actuel partage de l'U.P.H. en trois domaines vers un partage en deux domaines d'activité : l'A.M.U. pour la réponse médicale, et le secours et le soin d'urgence pour la réponse secouriste et sanitaire en laissant à la charge de l'organe déconcentré le choix de l'effecteur de la mission.

## Conclusion

L'ensemble des parties-prenantes à l'urgence préhospitalière s'accordent sur le fait que l'importance du secteur en matière de politique publique n'a d'égale que sa complexité. Une complexité liée au sujet même de la distribution des secours (médicaux ou non) au profit d'une population toujours plus consommatrice ; une complexité qui trouve également une origine dans la jeunesse de l'organisation mise en place en France au rythme des évolutions techniques et sociétales. Pour les partenaires concernés, cela se traduit par la recherche des innovations nécessaires à la continuité du service public dans un contexte de tension des finances publiques.

Si la Franche-Comté n'échappe pas à ce mouvement général, sa situation est néanmoins rendue particulière par la réorganisation rapide du système de soin opérée depuis 2010 par l'A.R.S.. Les réformes entreprises ont ainsi conduit à restructurer en profondeur l'offre de soin dans un souci d'optimisation et de faiblesse de la démographie médicale. Or, si le présent mémoire n'a pas vocation à juger ni de l'opportunité, ni de la réussite de ces évolutions, il se fait toutefois l'écho de leur impact réel sur l'organisation existant en amont du secteur hospitalier.

Dans ce contexte, le document détaille les liens unissant les partenaires publics et privés de l'ex-région et démontre comment les ententes peuvent, sinon améliorer nettement la situation, tout du moins éviter la rupture totale d'un système en crise. Les nombreux travaux menés durant cette décennie ont pris plusieurs formes à différentes échelles. Ils ont permis de partager une vision commune et objective de l'U.P.H. sur les quatre départements entre les S.A.M.U., les S.D.I.S., les T.S.P. et l'A.R.S., ce qui peut sembler être une prouesse pour des acteurs dont les autorités de tutelles sont si « éloignés<sup>307</sup> ».

La présente synthèse des travaux Franc-Comtois permet d'en faire état et d'en garantir la trace. Pour autant ce mémoire ne saurait être « nécrologique », les expérimentations et autres dossiers interservices prouvent que les efforts se poursuivent pour limiter la crise et améliorer encore les synergies. Il en est ainsi des interconnections entre le C.R.R.A.15, la plateforme A.A.F.C. et certains C.T.A. ; de l'harmonisation des motifs de départ S.A.P. de l'ensemble des S.D.I.S. ; de la mise en place de mesures destinées à rééquilibrer l'activité entre les sapeurs-pompiers et les T.S.P. ; de l'organisation, en lien avec les établissements de santé, des entrées et sorties hospitalières pour limiter les phénomènes de pics ; de lancer des campagnes d'information du

---

<sup>307</sup> Cf. Annexe 1.

public visant à limiter le recours aux services des urgences ; de coordonner toutes les ressources médicales et paramédicales disponibles dans le cadre de l'A.M.U, etc.

Toutefois, à l'étude des contraintes réglementaires existantes et de la complexité d'ensemble, la capacité à trouver une organisation pérenne au niveau local semble faible. La difficulté première réside dans la rigidité du cadre de financement des activités. Ainsi, si l'A.R.S., à travers le F.I.R., est en mesure d'accompagner certaines innovations régionales, le système de financement du secteur privé via l'assurance maladie et les contraintes pesant sur les budgets des S.D.I.S rendent inexistante toute marge de manœuvre à leur initiative. La seconde se trouve dans l'absence de leviers politiques suffisants pour créer une impulsion. L'aspect régalién de la santé, dont le fonctionnement est l'archétype du système déconcentré, associé à l'éloignement du pouvoir régional à Dijon, contraint à devoir agir à l'échelon central. Or, il semble n'y avoir qu'un unique sujet à ce niveau : les dépenses de santé. L'absence systématique de communication nationale sur l'articulation des missions entre acteurs de l'U.P.H. depuis 2008 (si ce ne sont quelques circulaires...) et la faible remontée des expérimentations réalisées au titre de l'article 66 de la L.F.S.S. de 2012 n'engagent pas à une prise de conscience des plus hautes autorités. Les représentations nationales quant-à-elles peinent à sortir du conflit larvé entre « blancs » et « rouges », chacun défendant ce qui peut sembler revêtir un intérêt corporatiste. Or, l'exemple Franc-Comtois prouve que sans une démarche proactive et partagée par tous, le secteur est voué à se détériorer jusqu'à la rupture.

Quelles conditions de prise en charge préhospitalière la France veut elle développer et avec quels financements ? Quelques pistes de réflexion peuvent se dessiner suite à l'étude du cas Franc-Comtois ? Tout d'abord, la séparation des activités programmées et non programmées du transport sanitaire pourrait être de nature à éviter les effets de vases communicant entre deux activités dont la nature est sensiblement différente. La partie programmée, chargée de répondre aux nouvelles politiques d'hospitalisation et à son effet induit sur le besoin en transport, pourrait rester à la charge des établissements de soins dans le cadre d'un financement unique de l'assurance maladie. La restructuration de l'offre ambulancière autour des centres hospitaliers et la création de « tournées de ramassage » permettrait ainsi de limiter les transports à vide et d'optimiser la coordination de l'ensemble dans l'intérêt des patients, des établissements de santé, des finances publiques et du secteur privé.

A l'inverse, l'activité d'urgence relève d'une mission d'intérêt général. Or, il semble impossible de structurer un tel service public autour d'une réponse aléatoire. L'équité face à la distribution des secours, qu'ils soient médicaux ou non, impose le principe de la

continuité de service. Ce préalable à la formalisation d'un système performant ne peut s'appuyer que sur l'analyse des besoins et la mise en œuvre, en réponse, d'une stratégie territoriale financée par une enveloppe budgétaire unique. Ce rééquilibrage entre l'assurance maladie, les F.I.R. pilotés par l'A.R.S. et les collectivités territoriales doit permettre un financement de l'ensemble des missions, de la réception de l'appel et sa régulation médicale jusqu'à la prise en charge et l'acheminement de la personne nécessitant des secours ou des soins. L'allocation des moyens en regard de l'activité réellement effectuée en matière d'U.P.H. serait de nature à favoriser la mise en œuvre d'une stratégie commune établie par une instance de pilotage intégrant l'ensemble des acteurs concernés.

Il semble évident que la construction d'un tel modèle ne pourrait se réaliser qu'à l'appui d'expérimentations cohérentes à l'échelle d'une région. Or, les modalités prescrites par la L.F.S.S. de 2012, et *a fortiori* celle de 2018, apparaissent insuffisantes pour organiser ces essais. L'ouverture à une expérimentation interservices, pilotée sous la forme d'une mission de préfiguration et financée conjointement par les deux enveloppes ministérielles Santé / Intérieur serait plus à même de permettre une véritable innovation.

Cette perspective n'obère pas l'importance des travaux Franc-Comtois qui, sous réserve de pouvoir être rapportés et défendus à l'échelon central, et sous une forme conjointe, sont à même de trouver une résonance suffisante au nécessaire changement de paradigme pour le secours et soins d'urgence en France.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **Mémoires, rapports :**

A.R.S. Bourgogne-Franche-Comté, *audit de la plateforme ambulancière de Franche-Comté*, janvier 2018.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *dépenses de santé 2016 – résultats des comptes de santé*, édition 2017, fiche 20, [Doc. En ligne].

EYSSARTIER Denis, rapport « *rénovation du modèle économique pour le transport sanitaire terrestre* », sept. 2010.

HOLLANDE François, « *60 engagements pour la France, 2 ans après* ».

I.G.A., I.G.A.S., *rapport définitif sur l'évaluation de l'application du référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente*, juin 2014.

Ministère de l'Intérieur, Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion des Crises, « *Statistiques des services d'incendie et de secours* », Ed.2017.

S.D.I.S. du Doubs, « *rapport sur l'activité opérationnelle* », Ed. 2017.

### **Articles, notes, comptes-rendus, documents internes :**

Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté, 15 juin 2017, *courrier du directeur général relatif au mouvement de grève des ambulanciers privés*.

Agence régionale de santé Franche-Comté, 5 décembre 2015, *note de candidature pour expérimentation portant sur les modalités d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents prévues à l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale 2012* [Doc. Numérique].

Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté, 13 juillet 2018, *Compte-rendu de réunion du comité de pilotage du 26 juin 2018 relative à la mise en place d'une expérimentation « Transports sanitaires - Urgence pré hospitalière » sur le secteur bisontin, en journée, à compter du 2 juillet 2018*.

Assurance maladie, juin 2018, *D.D.G.O.S./D.P.R.O.F.- négociations avenant 9 – réunion d'ouverture* [Doc. Numérique].

BEAUDOUX Stéphane, 13 septembre 2018, *Courriel du D.D.S.I.S. du Doubs adressé à l'agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté*.

BEAUDOUX Stéphane, S.D.I.S. du Doubs, 18 juin 2018, note à l'attention de Monsieur le préfet du Doubs *relative à la problématique des interventions réalisées par le SDIS du Doubs suite à l'indisponibilité des T.S.P. (ITSP)*.

BEAUDOUX Stéphane, 20 juin 2018, *Courriel du D.D.S.I.S. du Doubs adressé aux D.D.S.I.S. de Franche-Comté*.

BEAUDOUX Stéphane, 8 janvier 2018, *courrier du directeur départemental des S.I.S. du Doubs au directeur général de l'A.R.S. relatif à l'expérimentation SUAP/ITSP* [Doc. Numérique].

BONNET François, 13 sept. 2017, *courriel de l'A.A.F.C. adressé à l'agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté*.

BOUSQUET Frédéric et al., « *Les restructurations à travers les systèmes d'information, d'une définition complexe à un suivi opérationnel. (Réflexions menées à la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques)* », Revue française des affaires sociales 2001/2 (), p. 27-43.

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, 22 juin 2018, *présentation d'ouverture des négociations de l'avenant N°9* [Doc. Numérique].

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Cellule de coordination régionale GDRF Bourgogne-Franche-Comté, juillet 2018, *Echanges sur l'urgence préhospitalière* [Doc. Numérique].

CAPART Rémy, PNRS, 26 avril 2018, « *De la théorie de l'enrichissement sans cause comme stratégie contentieuse en matière d'appuis logistiques de fait des SDIS, au profit des établissements siège de SMUR* ».

Chambre nationale des services d'ambulance, 25 septembre 2010, *normes matérielles de transport sanitaire*

COLARD Pascal, 4 décembre 2012, *document interne S.D.I.S.25 - Point de situation SAP 2009-2012* [Doc. Numérique].

Comité de pilotage S.D.A.C.R.-S.R.O.S., 1 avril 2015, « *état d'avancement des GT* » [Doc. Numérique].

CORACK Luc, AJDA 2016, *l'implication des services d'incendie et de secours dans le transport sanitaire Entre raison et sentiments*.

Direction des hôpitaux, novembre 1999, *la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire*.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2017, *Les dépenses de santé en 2016 - Résultats des comptes de la santé*.



DUBOUDIN Cédric, 17 novembre 2017, « *présentation au COPIL ARS/CRRA15/SDIS de FC/ATSU du 17.11.17* » [Doc. Numérique].

Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers de France, 2008, « *Du manifeste de la FNSPF au référentiel commun sur l'organisation du secours à personnes et de l'aide médicale urgente* ».

FOURNEROT Christophe, 29 septembre 2017, Courriel du chef du groupement gestion opérationnelle du Doubs adressé à l'agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté.

FOURNEROT Christophe, 15 décembre 2015, *Document S.D.I.S.25*, « *Mise en cohérence SDACR-SROS 16.12.15* » [Doc. Numérique].

LABOUREY Jean-Marc, 26 juin 2018, *réunion du comité de pilotage du 26 juin 2018 relative à la mise en place d'une expérimentation « Transports sanitaires - Urgence pré hospitalière » sur le secteur bisontin, en journée, à compter du 2 juillet 2018*.

LAGRE François-Xavier, 18 septembre 2014, *Courriel du médecin-Chef du S.D.I.S. de Doubs à son directeur*.

POUX Odile, 13 septembre 2017, courriel du C.H.R.U. de Besançon adressé à l'agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté.

PRETOT Xavier ; ZACHARIE Clémence, 23 avril 2018, JCP/la semaine juridique – édition administration et collectivités territoriales n°16.

PRIBILE Pierre, 18 juin 2018, *courrier du directeur général de l'A.R.S. au président de l'A.A.F.C.* [Doc. Numérique].

SCHATT Amélie, 3 avril 2014, *Document S.D.I.S.25*, « *Liste des points mise en cohérence SDACR(s).SROS* » [Doc. Numérique].

Services d'incendie et de secours de Bourgogne-Franche-Comté, *Statistiques pluriannuelles partagée 2017* [Doc. Numérique].

Services d'incendie et de secours de Bourgogne-Franche-Comté, mai 2018, « *projet régional de santé 2018-2022, contribution des services d'incendie et de secours de Bourgogne-Franche-Comté Côte-d'Or, Doubs, Jura, Nièvre, Haute-Saône, Saône-et-Loire, Yonne et Territoire de Belfort, réalité opérationnelle des S.D.I.S., Observations, impacts du projet et propositions* ».

TROENDLE Catherine, 30 novembre 2017, *courrier adressé à Monsieur le Premier Ministre, relatif à la problématique des carences ambulancières/ambulances privées*.

### **Presse :**

SAMU de France, 30 novembre 2007, communiqué de presse.

## Sources Internet :

Agence Régionale de Santé Bourgogne-Franche-Comté, *Cadre d'Orientation Stratégique du P.R.S. 2018-2012* [Doc. En ligne].

Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté, 2017, Audit ARS AAFC, *SNIRAM système national d'information inter régimes de l'Assurance Maladie* [Document numérique].

Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté, [site internet, le 01/07/18, <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/la-conference-regionale-de-la-sante-et-de-lautonomie-3>].

DURAND Anne-Aël, POUCHARD Alexandre, 26 septembre 2016, « la réduction du « trou de la sécu » en trois points », *Le monde.fr*.

INSEE, *démographie des entreprises et des établissements*.

KPMG, juin 2009, *Etude comparative des coûts des prestations de transport sanitaire couché entre les SDIS et les T.S.P.* [Document en ligne].

Ministère de la santé, *Vademecum loi HPST*, [Document en ligne].

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, « *Rapport 2011 au parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC)* » [Doc. En ligne].

Ministère chargé de la santé, « *La loi HPST à l'hôpital les clefs pour comprendre* » [Doc. En ligne].

Observatoire Prospectif des métiers et des qualifications dans les Transports et la Logistique (OPTL), 2014.

S.D.I.S. 70, [Site Internet], 25 juin 2018, 70 centres de première intervention communaux ou intercommunaux.

S.D.I.S., Règlements opérationnels des S.D.I.S. Franc-Comtois [Site Internet].

Sécurité Sociale, 14 août 2018, Présentation de la direction de la sécurité sociale [Site Internet].

TOURAINÉ Marysol, 23 septembre 2016, *conférence de présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale* [Doc. Numérique].

Xerfi France, 8 septembre 2016, *Le secteur du transport sanitaire – Etude - Analyse sur la période 2008-2014 (estimations 2015)* [Doc. En ligne].

### **Entretiens :**

BONNET François, Président A.A.F.C., 2 mars 2018, *Entretien*.

DUPUIS Maud, Entrepreneur, 25 juin 2018, *Entretien*.

CAREL Didier, A.R.S., 25 mai 2018, *Entretien*.

FOURNEROT Christophe, S.D.I.S.25, 1<sup>er</sup> août 2018, *Entretien*.

JEANNEROD Fabrice, Entrepreneur, 5 juin 2018, *Entretien*.

LABOUREY Jean-Marc, C.R.R.A.15, 26 juil. 2018, *Entretien*.

MASSARO Marion, JEZEGOU Yvon, Assurance Maladie, 2 juil. 2018, *Entretien*.

NARCY Jérôme, A.R.S., 15 fév. 2018, *Entretien*.

### **Documents et textes officiels :**

Code de la santé publique

Code de la Sécurité Sociale

Code général des collectivités territoriales

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986, relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.

Loi n°96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours.

Loi n°2003-1199 du 18 décembre de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale.

Loi n° 2015-29, du 16 janv. 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral.

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017, Art.61 modifiant l'Article 80 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Ordonnance n°96-346 du 24 avr. 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Décret n°65-1045 du 2 déc.1965 complétant le Décret n°59957 du 3 août 1959.

Décret n°87-965 codifié, 30 nov. 1987, *relatif à l'agrément des transporteurs sanitaires terrestres*, Art. 13.

Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique.

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

Décret 2003-880 du 15 septembre 2003 modifie la participation des médecins libéraux à la permanence des soins ambulatoires en la basant sur le volontariat

Décret n° 2014-1584, du 23 décembre 2014 relatif aux expérimentations portant sur les modalités d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents prévues à l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Décret n° 2016-713 du 31 mai 2016 relatif aux évacuations d'urgence de victimes par les associations agréées de sécurité civile, modifiant les articles R.6312-44 et ss. du code de la santé publique.

Décret n°2016-1023 du 26 juillet 2016, relatif au projet régional de santé.

Décret n°2018-354 du 15 mai 2018 portant sur la prise en charge des transports de patients.

Arrêté du 26 janv. 2006 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier.

Arrêté du 30 novembre 2006 fixant les modalités d'établissement de la convention entre les services d'incendie et de secours et les établissements de santé sièges des SAMU mentionnée à l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales.

Arrêté du 12 juillet 2006 fixant le seuil d'activité de médecine d'urgence.

Arrêté du 11 avr. 2008 portant approbation de l'avenant n° 5 à la convention nationale des T.S.P..

Arrêté du 21 novembre 2008, Avenant n°3 à l'accord du 4 mai 2000 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail.

Arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, JORF n°0098 du 26 avril 2009 page 7186.

Arrêté du 28 août 2009 modifiant celui du 10 février 2009 fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles.

Arrêté du 27 sept. 2011 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier.

Arrêté du 5 juin 2015 portant modification de l'annexe I et de l'annexe VI du référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente du 25 juin 2008.

Arrêté 2017-316 du 10 mars 2017 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence des infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat.

Arrêté n° ARSBFC/DS/2018/010 du 16 avril 2018 fixant la liste des membres de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de Bourgogne-Franche-Comté.

Arrêté ARSBFC/DG/2018-006 du 2 juillet 2018, portant adoption du schéma régional de santé 2018-2023 du projet régional de santé Bourgogne-Franche-Comté 2018-2028.

CJCE, 01/12/2005, affaire C-14/04, Abdelkader Dellas e. a. / Premier ministre e. a.

CE, sect., 3 oct. 1980, n° 16589, *Lemarquand*, Lebon

CE, 5 déc. 1984, n° 48639, *Ville de Versailles c/ Lopez*, Lebon

CE, 8 février 2017, Société Polyclinique Saint-Jean, req. n° 393311, AJDA 2017, p. 323; concl. Rémi Decout-Paolini, RDSS 2017, p. 469.

Ministère de l'Intérieur ; ministère chargé de la santé, circulaire interministérielle DHOS/O1/DDSC/BSIS n° 2007-457 du 31 déc. 2007 relative à la nécessité d'établir une mise en cohérence des schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) et des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS).

Ministère de l'intérieur ; ministère chargé de la santé, circulaire interministérielle n° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente.

Ministère de l'intérieur ; ministère chargé de la santé, instruction interministérielle n° DGOS/R2/DGSCGC/2016/399, 22 déc. 2016, relative aux arbres décisionnels d'aide à la décision de déclenchement des départs réflexes des sapeurs-pompiers.

Ministère chargé de la santé, circulaire du 18 sept.1992 concernant les relations entre le SDIS et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours.

Ministère chargé de la santé, circulaire du 2 février 1996 concernant les relations entre le SDIS et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours.

Ministère chargé de la santé, circulaire DHOS/O1 n°2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, Constats et enjeux.

Ministère chargé de la santé, circulaire DHOS/O1 n°2004-151 du 29 mars 2004 – relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente.

Ministère chargé de la santé, circulaire DGOS/R5/2013/57 du 19 février 2013 relative au guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général.

Ministère chargé de la santé, instruction n° DGOS/R2/2013/261, 27 juin 2013, relative aux plans d'actions régionaux sur les urgences.

Ministère chargé de la santé, instruction N° DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/201/25, 29 janvier 2015 relative à l'expérimentation prévue par l'article 66 de la LFSS 2012.

Ministère chargé de la santé, instruction DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence prévu par la circulaire n° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR.

Assurance Maladie, note d'information n° DSS/1A/DGOS/R2/2018/80 du 19 mars 2018 relative à la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017.

Ministère de la santé et des sports, règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé, services mobiles d'urgence.

Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales ; Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, lettre de mission du comité quadripartite, 26 nov. 2007.

Roselyne BACHELOT, lettre de mission aux Conseillers généraux des établissements de santé Eyssartier et Mallet, 2008.

Norme NF EN 1789 « Véhicules de transport sanitaire et leurs équipements. — Ambulances routières » et son guide d'application GA 64-022 « Guide d'application de la norme NF EN 1789 ».

## TABLE DES ABREVIATIONS

A.C.O.R.E.L.I.	Association Comtoise de Régulation Libérale
A.A.F.C.	Association Ambulancière de Franche-Comté
A.L.D.	Affections de Longue Durée
A.M.U.	Aide Médicale Urgente
A.R.H.	Agence Régionale de l'Hospitalisation
A.R.M.	Assistant de Régulation Médicale
A.R.S.	Agence Régionale de Santé
A.S.S.U.	Ambulances de Secours et de Soins d'Urgences
A.T.S.U.	Associations de Transports Sanitaires d'Urgence
C.E.S.U.	Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence
C.G.C.T.	Code Général des Collectivités Territoriales
C.H.R.U.	Centre Hospitalier Régional Universitaire
C.H.U.	Centre Hospitalier Universitaire
C.N.A.M.	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
C.N.A.M.T.S.	Caisse Nationale d'Assurance Maladie de Travailleurs Salariés
C.O.D.A.M.U.P.S -T.S.	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et du Transport Sanitaire
C.O.D.I.S.	Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours
C.P.A.M.	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
C.P.O.M.	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
C.R.R.A.	Centre de Réception et de Régulation des Appels
C.R.S.A.	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
C.T.A.	Centre de traitement des Appels
C.S.O.S.	Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins
C.S.S.	Code de la Sécurité Sociale



D.D.S.C.	Direction de la Défense et de la Sécurité Civile
D.E.A.	Diplôme d'Etat d'Ambulancier
D.G.O.S.	Direction Générale de l'Organisation des Soins
D.G.S.C.G.C.	Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion des Crises
D.H.O.S.	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
E.R.P.	Etablissements Recevant du Public
F.I.R.	Fond d'Intervention Régional
F.N.S.P.F.	Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers de France
H.P.S.T.	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
I.G.A.	Inspection Générale de l'Administration
I.G.A.S.	Inspection Générale des Affaires Sanitaires et Sociales
I.T.S.P.	Indisponibilité de Transporteur Sanitaire Privé
L.F.S.S.	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
M.C.S.	Médecin Correspondant de S.A.M.U.
M.I.G.A.C.	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
O.N.D.A.M.	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
O.P.C.A.	Organisme Paritaire Collecteur Agréé
P.A.R.U.	Plan d'Action Régional sur les Urgences
P.D.S.A.	Permanence Des Soins Ambulatoires
P.R.S.	Plan Régional de Santé
R.R.U.	Réseau Régional des Urgences
S.A.M.U.	Service d'Aide Médicale Urgente
S.A.P.	Secours A personne
S.A.U.	Service d'accueil des Urgences
S.D.A.C.R.	Schéma Départemental d'Analyse et de Couverture des Risques
S.D.I.S.	Service Départemental d'Incendie et de Secours

S.I.S.	Services d'Incendie et de Secours
S.M.U.R.	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
S.R.O.S.	Schéma Régional d'Organisation des Soins
S.S.S.M.	Service de Santé et de Secours Médical
S.U.A.P.	Secours d'Urgence A Personne
T.2.A.	Tarifification A l'Activité
T.S.P.	Transporteur Sanitaire Privé
T.V.A.	Taxe sur la Valeur Ajoutée
U.M.H.	Unité Mobile Hospitalière
U.N.C.A.M.	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
U.P.H.	Urgence Préhospitalière
V.S.A.V.	Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes
V.S.L.	Véhicule Sanitaire Léger

## TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE.....	3
INTRODUCTION.....	4
<b>1. LE DIFFICILE PARTAGE DES MISSIONS PREHOSPITALIERES ENTRE LES ACTEURS PUBLICS ET PRIVES DE FRANCHE-COMTE.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1. Des acteurs Franc-Comtois aux enjeux propres.....</b>	<b>11</b>
1.1.1. Les trois acteurs opérationnels de l'urgence préhospitalière.....	11
1.1.1.1. Le S.A.M.U., sa régulation Régionale et les établissements de santé.....	11
1.1.1.2. Le secteur privé : les transporteurs sanitaires.....	14
1.1.1.3. Les services départementaux d'incendie et de secours (S.D.I.S.).....	18
1.1.2. Les acteurs stratégiques et financiers.....	21
1.1.2.1. L'Agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté.....	21
1.1.2.2. L'assurance maladie, le financeur des transporteurs sanitaires privés.....	24
1.1.2.3. Les organes de régulation entre partenaires de l'U.P.H.....	26
<b>1.2. Une répartition complexe et hétérogène des missions entre les acteurs opérationnels régionaux.....</b>	<b>28</b>
1.2.1. Une tentative de régulation au niveau central.....	28
1.2.1.1. Loi 1986, une base commune, qui glisse... ..	28
1.2.1.2. Trois circulaires interministérielles pour tenter de clarifier les missions.....	31
1.2.1.3. Un changement de méthode pour enfin clarifier les missions entre les S.A.M.U. et les S.D.I.S. et entre les S.A.M.U. et les T.S.P.....	35
1.2.2. L'adaptation des missions par les acteurs Franc-Comtois de l'U.P.H.....	40
1.2.2.1. Une spécificité Franc-Comtoise insufflée par l'A.R.H., la D.D.A.S., puis par l'A.R.S.....	40
1.2.2.2. Des acteurs opérationnels contraints de s'adapter.....	43
1.2.2.3. Des Liens entre les acteurs opérationnels qui restent fragiles.....	46

<b>2.</b>	<b>LES LIMITES DU SYSTEME FRANC-COMTOIS DE PRISE EN CHARGE PREHOSPITALIERE.</b>	<b>48</b>
.....		
<b>2.1.</b>	<b>Des acteurs soumis à des contraintes toujours plus nombreuses.</b>	<b>48</b>
2.1.1.	Des contraintes sociétales, sociales et économiques.....	48
2.1.1.1.	Démographie, dépistage des A.L.D. et consumérisme de secours en Franche-Comté. ....	48
2.1.1.2.	Politiques de santé, économie de la santé. ....	51
2.1.1.3.	Un modèle de financement de l’U.P.H., source de déséquilibre. ....	54
2.1.2.	La mise en péril des acteurs opérationnels par les contraintes environnementales d’abord, puis par d’autres plus sectorielles.....	57
2.1.2.1.	Un modèle économique du transport sanitaire privé défaillant en Franche-Comté. ....	57
2.1.2.2.	Un modèle de sécurité civile sur-sollicité. ....	61
2.1.2.3.	La crise.....	64
<b>2.2.</b>	<b>Une synergie régionale et interservices pour une sortie de crise.....</b>	<b>68</b>
2.2.1.	Un besoin régional et interservices de comprendre les rouages du système. ....	68
2.2.1.1.	La période 2012 - 2016, naissance d’une synergie. ....	68
2.2.1.2.	Une entité de travail pertinente. ....	70
2.2.1.3.	La réforme des régions marque un coup d’arrêt. ....	71
2.2.2.	Des expérimentations locales nécessitant une validation nationale. ....	73
2.2.2.1.	Une première demande officielle d’expérimentation en 2014-2015. ....	73
2.2.2.2.	Une nouvelle candidature en suivant d’autres modalités. ....	75
2.2.2.3.	Une nécessaire implication du niveau central. ....	78
<b>CONCLUSION.....</b>		<b>82</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>		<b>85</b>
<b>TABLE DES ABREVIATIONS.....</b>		<b>94</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>		<b>97</b>

## **Résumé**

L'urgence préhospitalière est formée d'une chaîne que la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 attribue à trois acteurs. Au service d'aide médicale urgente (S.A.M.U.) les soins urgents, aux services départementaux d'incendie et de secours (S.D.I.S.) les secours urgents et les cas nécessitant des moyens spécifiques au sauvetage, et aux ambulanciers privés le transport sanitaire des personnes.

Toutefois, la réalité opérationnelle et les écarts d'interprétations entre les maillons de cette chaîne laissent apparaître certaines zones « grises » sur le champ desquelles plusieurs acteurs revendiquent une compétence exclusive.

Des contraintes externes viennent parallèlement accentuer cette situation de tension. Elles sont sociétales (vieillesse de la population, désertification médicale, consommation des secours, ...) ou liées aux réformes d'un monde hospitalier en quête d'efficacité (fermeture des services d'accueil des urgences de proximité, déshospitalisation, modèle économique des transports urgents déficitaire,...). La Franche-Comté a connu sa « révolution » de la santé entre 2005 et 2015, avant la réforme territoriale et l'éloignement de sa gouvernance régionale en Bourgogne. Aujourd'hui, la continuité du service public de l'urgence préhospitalière est en jeu.

En 2018, un incubateur regroupant les partenaires du secteur, dont la régulation régionale du centre 15, tente d'assurer la continuité du service public de l'urgence préhospitalière en expérimentant localement ses innovations.

## **Abstract**

The prehospital emergency is formed by a chain that Act No. 86-11 of 6 January 1986 assigns to three actors. In the emergency medical service, emergency care, departmental fire and rescue services, personal assistance and cases requiring specific means of rescue, and private ambulance transport of persons.

However, the operational reality and the differences of interpretation between the links of this chain reveal certain "fuzzy" zones on the field of which several actors claim an exclusive competence.

External constraints at the same time accentuate this tension situation. They are societal (aging of the population, medical desertification, consumption of relief, ...) or related to the reforms of a hospital world in search of efficiency (closing of the services of reception of emergencies of proximity, de-hospitalisation, economic model of transport urgent deficit, ...). Franche-Comté experienced its "revolution" in health between 2005 and 2015, before the territorial reform and the removal of its regional governance in Bourgogne. Today, the continuity of the public service of the prehospital emergency is questioned.

In 2018, an incubator bringing together the sector's partners, including the regional regulation of the center 15, tries to ensure the continuity of the public service of the pre-hospital emergency by experimenting locally with its innovations.



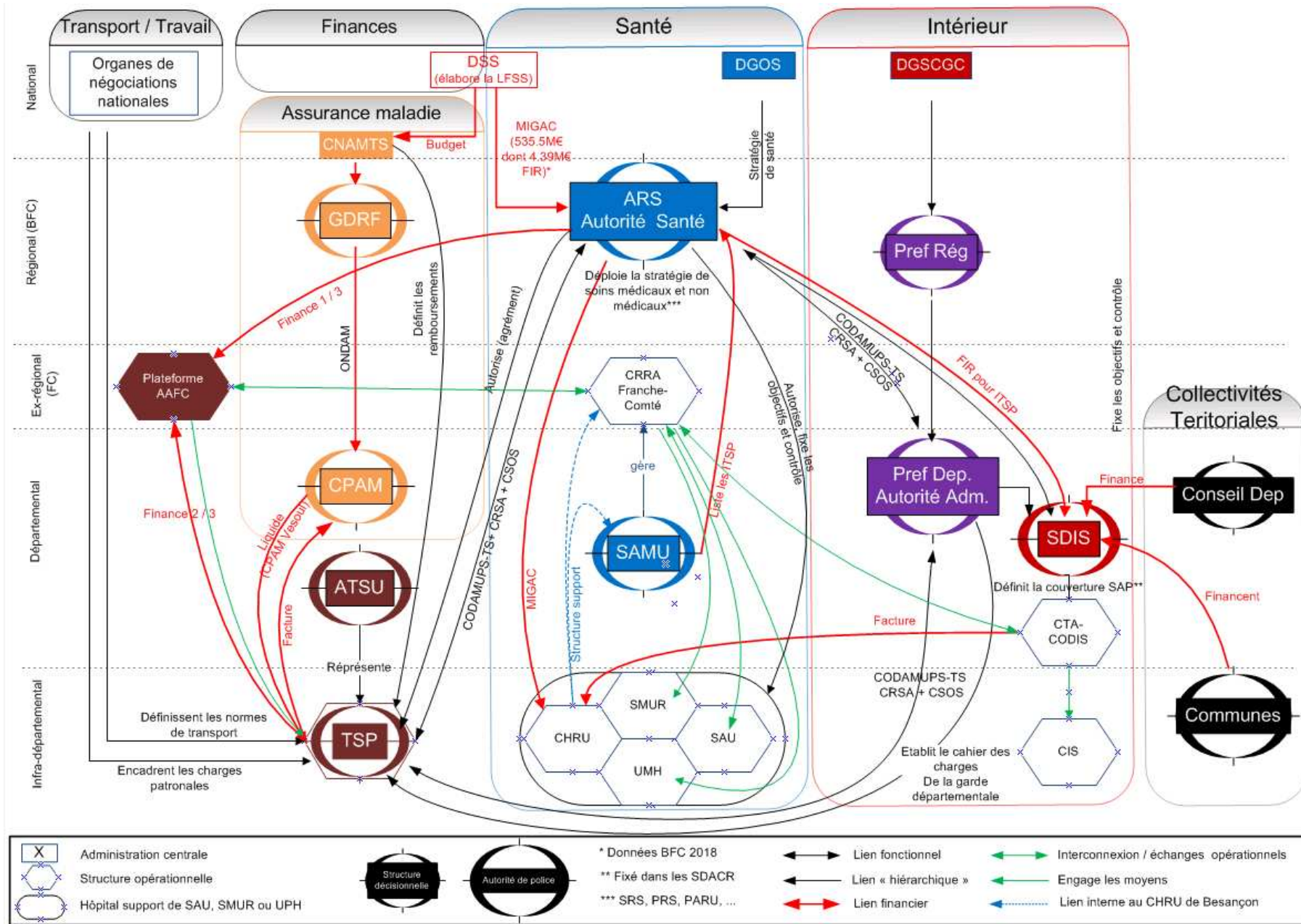
## **TABLE DES ANNEXES**

Annexe 1 : Cartographie des acteurs de l'urgence préhospitalière

Annexe 2 : Cocarde de l'urgence préhospitalière

Annexe 3 : Annexe 1 du référentiel commun relatif à l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente du 25 juin 2008

# Annexe 1: Cartographie des acteurs de l'urgence préhospitalière.

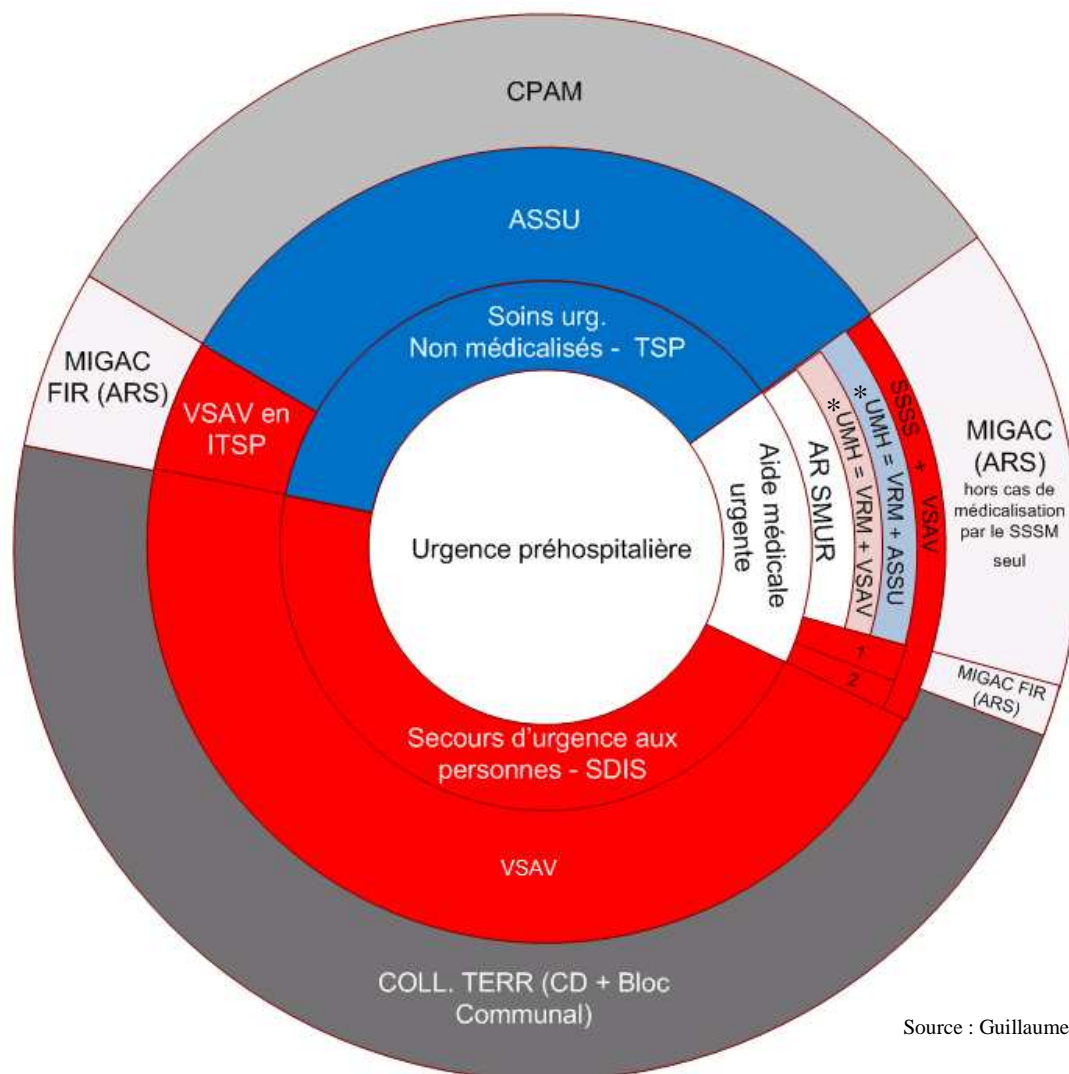




## Table des abréviations :

A.A.F.C.	Association Ambulancière de Franche-Comté	D.S.S.	Direction de la Sécurité Sociale
A.R.S.	Agence Régionale de Santé	F.I.R.	Fond d'Intervention Régional
A.T.S.U.	Associations de Transports Sanitaires d'Urgence	I.T.S.P.	Indisponibilité de Transporteur Sanitaire Privé
C.H.R.U.	Centre Hospitalier Régional Universitaire	L.F.S.S.	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
C.N.A.M.T.S.	Caisse Nationale d'Assurance Maladie de Travailleurs Salariés	M.C.S.	Médecin Correspondant de S.A.M.U.
C.O.D.A.M.U.P.S -T.S.	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et du Transport Sanitaire	M.I.G.A.C.	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
C.O.D.I.S.	Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours	P.A.R.U.	Plan d'Action Régional sur les Urgences
C.P.A.M.	Caisse Primaire d'Assurance Maladie	P.R.S.	Plan Régional de Santé
C.R.R.A.	Centre de Réception et de Régulation des Appels	S.A.M.U.	Service d'Aide Médicale Urgente
C.R.S.A.	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie	S.A.P.	Secours A personne
C.T.A.	Centre de traitement des Appels	S.A.U.	Service d'accueil des Urgences
C.S.O.S.	Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins	S.D.A.C.R.	Schéma Départemental d'Analyse et de Couverture des Risques
D.G.O.S.	Direction Générale de l'Organisation des Soins	S.D.I.S.	Service Départemental d'Incendie et de Secours
D.G.S.C.G.C.	Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion des Crises.	S.M.U.R.	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
		T.S.P.	Transporteur Sanitaire Privé
		U.M.H.	Unité Mobile Hospitalière

## Annexe 2 : Cocarde de l'urgence préhospitalière.

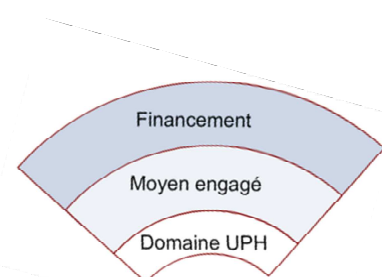


Source : Guillaume Royer - 2018

*Nota : L'activité opérationnelle étant variable par nature, la proportion de chaque secteur représenté ici est à regarder sous la forme de tendances.*

### Légende :

- 1 Intervention d'un moyen du S.D.I.S. sur le champ de missions de l'aide médicale urgente agissant pour le compte de l'équipe S.M.U.R (ouverture de porte, aide au brancardage, évacuation médicalisée) dont une convention définit le cadre.
- 2 Evacuation d'une victime par un V.S.A.V. médicalisé par une équipe S.M.U.R. demandée en renfort par les sapeurs-pompiers. Sans conventionnement, la charge financière de cette seconde partie du transport primaire (l'évacuation médicalisée), bien que relevant d'une mission S.A.M.U., est généralement assumée par le S.D.I.S.



\* La définition et les modalités financières de l'U.M.H. font l'objet d'une convention établie entre le centre hospitalier siège de la S.M.U.R. et le prestataire (T.S.P. ou S.D.I.S.).

Table des abréviations :

ARS	Agence Régionale de Santé
AR SMUR	Ambulance de Réanimation du SMUR
ASSU	Ambulances de Secours et de Soins d'Urgences
CD	Conseil Départemental
COLL. TERR	Collectivités Territoriales
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
FIR	Fond d'Intervention Régional
ITSP	Indisponibilité de Transporteur Sanitaire Privé
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SMUR	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSSM	Service de Santé et de Secours Médical
TSP	Transporteur Sanitaire Privé
UMH	Unité Mobile Hospitalière
VRM	Véhicule Radio-Médicalisé
VSAV	Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

**Annexe 3 : Annexe 1 du référentiel commun relatif à l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente du 25 juin 2008.**

**ANNEXE I**

**MOTIFS DE DEPART REFLEXE DES MOYENS DU SIS**

**Situations d'urgence**

Arrêt cardio-respiratoire (patient inconscient sans mouvement ventilatoire)  
Détresse respiratoire  
Altération de la conscience  
Hémorragie grave extériorisée ou externe  
Section complète de membre, de doigts  
Brûlure  
Accouchement imminent ou en cours  
Ecrasement de membre ou du tronc, ensevelissement

**Circonstances particulières de l'urgence**

Noyade  
Pendaison  
Electrification, foudroiement  
Personne restant à terre suite à une chute  
Rixe ou accident avec plaie par arme à feu ou arme blanche  
Accident de circulation avec victime  
Incendie ou explosion avec victime  
Intoxication collective  
Toutes circonstances mettant en jeu de nombreuses victimes  
Tout secours à personne sur la voie publique, dans un lieu public, dans un établissement recevant du public  
Tentative de suicide avec risque imminent<sup>41</sup>

Cette liste n'est pas exclusive des motifs de départ dans le cadre des missions propres des SIS.

<sup>41</sup> Si le risque imminent n'est pas détecté à la prise d'appel, il peut l'être ensuite par la régulation qui peut solliciter secondairement l'envoi de moyens sapeurs-pompiers.

