



# URGENCES PRE-HOSPITALIERES LES IMPACTS DE LA MISE EN ŒUVRE DU REFERENTIEL COMMUN

Dossier réalisé par KPMG en Février 2009

pour  
la CHAMBRE NATIONALE  
DES SERVICES D'AMBULANCES

Février 2009  
CNSA

*Ce rapport contient 16 pages*  
RAPPORT  
sur le RÉFÉRENTIEL COMMUN QUADRIpartite



KPMG, dans le cadre de sa mission d'accompagnement de la CNSA depuis 10 ans, a notamment accompagné l'évolution de la profession sur un certain nombre de sujets:

- réflexion sur l'évolution du métier de transporteur sanitaire
- accompagnement avec l'AFAQ pour la mise en place du référentiel de certification de service
- élaboration de différents modèles de simulation économique des impacts de l'évolution des pratiques et de la politique tarifaire.

Par ailleurs KPMG a contribué aux évolutions professionnelles en:

- réalisant un observatoire économique annuel depuis 2004 sur les entreprises de transport sanitaire
- en pilotant l'expérimentation préalable au décret de juillet 2003 sur la mise en place de la garde départementale dans un contexte post 35 heures, rendant inapplicable le dispositif antérieur.

Dans le cadre de cette mission. KPMG a :

- recueilli des informations sur le terrain (informations ayant trait aux pratiques actuelles et aux difficultés rencontrées)
- recueilli des informations quantitatives (nombre d'interventions, délais, moyens mis en œuvre, coût des moyens)
- conduit des entretiens avec des acteurs de l'urgence, en particulier sur les départements de la Corrèze et du Doubs.

L'étude réalisée ne prétend pas, cela nécessiterait d'autres moyens et une légitimité provenant du ministère de la santé, d'apporter une vision globale du dispositif sur le territoire français. Par contre, les faits exposés, les constats effectués, permettent d'identifier des dysfonctionnements et mettent en avant les enjeux importants qui nous semblent devoir être solutionnés pour répondre aux attentes des différents acteurs, tant en matière d'organisation des soins que de maîtrise budgétaire.



## **Sommaire**

Le contexte	3
Une problématique de santé publique	7
Un impact financier potentiellement lourd et un risque pour l'emploi	10
Conclusion	15

## **Le contexte**

Le Président de la République, souhaitant mettre un terme à la guerre « entre les rouges et les blancs dans le domaine de l'urgence », c'est-à-dire entre les SAMU et les Ambulanciers d'une part, et les Sapeurs-Pompiers d'autre part, a demandé une concertation entre tous les acteurs concernés.

Un comité dit "Quadripartite" regroupant le Ministère de la Santé, de l'Intérieur, SAMU de France et les Urgentistes Hospitaliers (AMUF) a été organisé, mais, contre toutes attentes, les Ambulanciers n'y ont pas été conviés. Cette exclusion des débats trouve sa conclusion dans la solution proposée dans le cadre du référentiel commun du 25 juin 2008.

Ce référentiel « dit commun » écarte les Ambulanciers Privés du champ d'intervention de l'urgence pour en réserver l'exclusivité aux seuls Sapeurs-Pompiers. Au-delà du constat concernant les Ambulanciers Privés, cette exclusivité remet en cause toute l'organisation actuelle de l'urgence comme nous serons amenés à l'explicitier dans ce dossier.

Pourtant un long chemin a été parcouru, avec le soutien de très nombreux SAMU, pour atteindre un niveau de professionnalisme reconnu. Ce chemin trouve son épilogue avec la sortie annoncée de l'officialisation du référentiel commun au travers d'un arrêté inter ministériel.

Retraçons en les principales étapes...

**2000 à 2007** Les ambulanciers effectuent une révolution culturelle sur la voie de la professionnalisation, avec l'appui des SAMU, à la demande et avec le soutien de la DHOS. Suite à l'arrêté du 23/07/2003, les ambulanciers s'organisent autour d'une garde départementale professionnalisée dédiée au SAMU pour répondre de façon coordonnée à l'urgence pré-hospitalière. Les premières conventions départementales « tripartites » (SAMU-SDIS-AMBULANCIERS) sont signées conformément à la circulaire d'application du 29 mars 2004.

**2004 à 2008** Les organisations tripartites démontrent leur efficacité partout où il y a une volonté commune. Les Sapeurs Pompiers Professionnels « semblent voir » d'un bon œil la complémentarité avec les Ambulanciers. En revanche, certains Sapeurs-Pompiers Volontaires font pression pour une exclusivité de l'urgence réservée aux Sapeurs-Pompiers, rendant difficile ainsi la signature de nouvelles conventions tripartites.

**JANVIER 2007** Un rapport « inter inspection d'évaluation » sur le secours à personne dans le GARD rapporte que « *La situation qui prévaut dans le Gard est préjudiciable à l'intérêt général car la qualité de service rendu n'est pas bonne* ». Les têtes de chapitre sont claires :

- *Des moyens mis en œuvre par la collectivité surdimensionnés par rapport aux besoins*
- *Malgré l'abondance de moyens, la qualité de service à l'usager est perfectible*
- *La situation donne le sentiment que nous ne sommes pas à l'abri d'une crise grave*
- *Le SDIS prend en charge une série de prestations qui n'ont rien à voir avec ses missions*

**AVRIL 2007** Un rapport IGAS sur le secours à personne note l'évolution qualitative des ambulanciers qui : « ***sont appelés à devenir de véritables auxiliaires de santé et de sécurité civile auxquels il convient donc de reconnaître une véritable mission de service public.*** »

**SEPTEMBRE 2007** Au congrès de la Fédération Nationale des Sapeurs Pompiers, le Président de la République, Monsieur Nicolas Sarkozy, devant la Ministre de l'Intérieur, Mme Michèle Alliot Marie, demande aux Ministères concernés de clarifier la situation de collaboration entre les intervenants de l'urgence : « *Je vous sais gré de ne pas réduire le sujet à une querelle entre rouges et blancs.../...Je ne veux pas de querelles de chapelles.../... Une réflexion globale doit être engagée sur des idées simples... **une répartition des compétences dans le respect de chacun**.../... J'attends des propositions de Madame le Ministre de la santé et de l'ensemble des professionnels concernés... »*

**FÉVRIER 2008** Les Ministères concernés (Intérieur, Santé) mettent en place un comité appelé « Quadripartite », supposé réunir tous les acteurs. Le Ministère de l'Intérieur inclut ses représentants et invite la Fédération Nationale des Sapeurs Pompiers. La Santé inclut ses représentants, invite SAMU de France, les Urgentistes Hospitaliers (AMUF), mais, à la surprise de beaucoup d'acteurs du dispositif, les 4 Fédérations d'Ambulanciers sont exclues.



Les Ambulanciers s'insurgent, il leur est assuré qu'ils seront consultés, ce qui ne sera pas le cas. Les réunions quadripartites se tiennent sans représentants des Ambulanciers.

**22 MAI 2008** Un projet de référentiel « dit commun » est dévoilé. Il affirme le caractère exclusif de l'intervention des SDIS en départ réflexe en cas de détresse vitale, excluant de fait les Ambulanciers, qui pourtant effectuent quotidiennement des interventions d'urgence.

**Le référentiel va même jusqu'à obliger le SAMU à missionner par réflexe les seuls sapeurs-pompiers avant régulation médicale pour tout appel de détresse.**

**C'est la négation de la régulation médicale. Pour les Ambulanciers, c'est un séisme professionnel.**

A la lecture du projet, ils mettent alors immédiatement en garde leurs interlocuteurs contre les "effets ravageurs" d'une telle rédaction. La DHOS (Direction Hospitalisation et Offre de Soins) assure qu'il ne s'agit que d'un projet. Le Président de SAMU de France, confie aux Ambulanciers « l'écriture du projet est ambiguë, le sens du référentiel définitif sera tout autre ».

**JUIN 2008** Malgré les propos cités précédemment, le référentiel paraît, confirmant tous les termes du projet présenté en mai 2008.

**SEPTEMBRE 2008** Au congrès de la Fédération Nationale des Sapeurs Pompiers, Mme Michèle Alliot Marie, Ministre de l'Intérieur et Mme Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, valident officieusement le référentiel. La signature du référentiel est qualifiée lors de ce congrès « d'historique ».

**OCTOBRE 2008** A l'initiative de la DHOS, un comité dit « tripartite », avec les SAMU et les Ambulanciers, annoncé comme le « pendant » du comité quadripartite, version Ambulanciers, est mis en place pour écrire le référentiel applicable aux relations entre les Ambulanciers et les SAMU en présence de la Fédération Hospitalière de France.

**NOVEMBRE 2008** De nombreux médecins, Directeurs de SAMU, s'inquiètent officieusement d'une mise en œuvre du Référentiel Quadripartite... Le Président de SAMU de France affirme aux ambulanciers en réunion officielle à la DHOS que ce référentiel n'est pas adapté.

**FEVRIER 2009** Alors que le Président de SAMU de France avait dénoncé par voie de communiqué le référentiel commun, à la surprise générale, il se désolidarise du référentiel miroir avec les Ambulanciers. Dans un courrier à Madame le Ministre de la Santé, il recommande l'application en l'état du référentiel commun.

La FHF, par ailleurs, s'inquiète ouvertement de la parution prochaine de ce référentiel commun.



**SUR LE TERRAIN, de MAI à DÉCEMBRE 2008, l'exigence de complémentarité des moyens apparaît comme une évidence.**

**Par exemple, nous observons en Corrèze :**

#### **Des capacités de mobilisation de moyens professionnels mal utilisées**

Un dimanche de décembre sur la commune de Meyssac, une jeune fille présente un traumatisme au bras dans un gymnase. Les sapeurs pompiers sont déclenchés. Le centre de secours pompiers de la commune n'a pas le personnel suffisant pour intervenir. **Le VSAV de Brive (distant de 20 km) est sollicité.**

**Une ASSU avec des professionnels de santé était disponible à 5 minutes de l'intervention.**

Le 21/11 à 5h30 à Vignol : Mme R. appelle sur le standard d'un pôle ambulancier, pour malaise. Elle précise que les pompiers ont été appelés, mais ne viennent pas. » Le pôle ambulancier contacte le SAMU qui répond : « N'intervenez pas, les pompiers sont partis en départ réflexe ». 20 mn plus tard, le SAMU rappelle le pôle ambulancier pour intervenir car ce patient est suivi en neuro-chirurgie à Limoges **et les sapeurs-pompiers sur place ne peuvent pas y aller parce c'est hors secteur.**

#### **Des conséquences dramatiques liées à une mauvaise utilisation des moyens disponibles**

Le 02/09 à 19h 50, Objat : Le SAMU déclenche une ambulance ASSU au 2 rue Jean Moulin pour « personne inconsciente, peut être OAP (oedème aigu du poumon), engagement également du SMUR ». Le délai d'intervention est de 4 mn mais l'ASSU est annulée presque à destination, les pompiers étant engagés. L'ASSU rentrera disponible pour laisser place aux pompiers volontaires qui se présenteront 10 mn après l'annulation de l'ambulance privée. Monsieur T, 72 ans est décédé...

#### **Les moyens ambulanciers sont-ils performants ?**

Le 11/12 à Objat : M. L. 46 ans est victime d'un malaise cardiaque Place Jean Lagarde. L'appel arrive au Centre 15 à 10h41, qui déclenche une ambulance privée à 10h45. L'ASSU arrive sur les lieux à 10h48. Les ambulanciers confirment au SAMU l'arrêt cardio-ventilatoire, et procèdent aux soins, dont défibrillation. Le SMUR se présente sur les lieux à 11h05. La victime ira directement au bloc de chirurgie cardio-vasculaire d'où elle sortira sans séquelle. Le délai des pompiers sur ce lieu aurait été de 13 mn minimum. Le même cas (homme de 54 ans) se reproduit deux jours plus tard, dans un salon de coiffure à Objat.

**Le facteur « temps » est fondamental dans la prise en charge.**

**Aucun des cas cités ci-dessus ne met en cause la compétence des sapeurs-pompiers.**

**Ils conduisent à tout mettre en œuvre pour une meilleure complémentarité des moyens, sans exclusive ni exclusion, au service de la population.**



**Nous sommes amenés par le présent document à attirer votre attention sur les enjeux, tels que nous les percevons au regard des études et constatations objectivées, en terme de :**

- **Santé publique**
- **Impacts financiers**
- **Emplois.**

### **Une problématique de santé publique**

L'observation de la régulation médicale, communiquée par des responsables et médecins régulateurs de SAMU-Centre 15, laisse apparaître les constats suivants :

- l'économie globale du système exige le respect des prérogatives de chacun par l'ensemble des acteurs afin :
  - de dispenser un simple conseil ( environ 40 % des appels)
  - d'orienter les patients vers la médecine de ville en journée ou dans le cadre de la PDS (Permanence des soins),(environ 30 % des appels)
  - de faire effectuer les secours par les secouristes que sont les Sapeurs-Pompiers et les Ambulanciers
  - de faire effectuer les bilans et les transports sanitaires par les professionnels de santé que sont les Ambulanciers Privés
  - de mobiliser le SMUR dans les cas de nécessité de médicalisation sur site (environ 5 % des appels).

Les interventions des SDIS et des Ambulanciers Privés couvrent environ 25 à 30 % des appels.

- les difficultés rencontrées partent principalement de la notion de prompt-secours qui conduit les CTA (centre de traitement des appels 18) à missionner des VSAV en départ réflexe sur des interventions ne relevant pas toutes (loin de là) des prérogatives actuelles des SDIS. Le référentiel commun du 25 juin 2008 est de nature à amplifier les problèmes observés relatés en première partie de ce document en terme de manque de complémentarité des moyens.

Sous le Titre 1 Ch B § 1, le référentiel établi par le comité quadripartite mentionne :

***Avant régulation médicale, "Si l'appel de la personne en détresse parvient au CRRA (régulation du centre 15), le PARM (permanencier régulateur du centre 15) demande au CTA (régulation des Sapeurs-Pompiers) l'engagement d'un moyen SIS (moyen d'intervention des Sapeurs-Pompiers), en précisant le motif, puis transfère l'appel au médecin régulateur du SAMU, pour un engagement éventuel du SMUR (unité d'intervention mobile du SAMU)".***

Cela conduira, à ne pas utiliser, dans le cadre de l'urgence pré-hospitalière, des moyens ambulanciers :

- Professionnels à 100%, les ambulanciers sont aujourd'hui Professionnels de Santé avec un Diplôme d'Etat. Ils sont très attachés à leur hiérarchie opérationnelle SAMU,
- disponibles et souvent formés par le SAMU depuis des années dans le cadre d'une politique partenariale,
- mobilisables dans des délais courts car en tenue et prêts à intervenir,
- regroupés par département autour des ATSU (Association des Transports Sanitaires Urgentes ou Association Départementale de Réponse à l'Urgence), les Ambulanciers ont particulièrement développé leurs structures urgentistes autour de cahiers des charges techniques : véhicules grand volume, matériel de secours et soins, protocoles de soin,
- en casernement sur les périodes de permanence et mettant en œuvre des solutions en place ou en cours d'élaboration pour améliorer la réponse en journée, soit par géo-localisation, soit par un casernement sur les secteurs à nombre d'interventions élevé.

et à mobiliser des moyens SDIS :

- parfois distants car la recherche de moyens disponibles se fait par approches successives, en effet le « départ réflexe » ne signifie pas départ immédiat, le permanencier du CTA doit ensuite trouver puis mobiliser les moyens,
- et le plus souvent, des Sapeurs Pompiers « Volontaires » (80 % des effectifs) qui doivent se rendre sur les lieux du départ et se mettre en tenue avant de partir en intervention.

Le manque de complémentarité des moyens est patent, il se traduit :

- par une mauvaise utilisation des ressources disponibles
- une guerre stérile entre le SDIS et les Ambulanciers Privés
- et parfois, ce qui est beaucoup plus grave, la perte de vies humaines.

Des entretiens, fin 2008 et début 2009, avec des acteurs ou responsables de l'organisation de la réponse sur le terrain, médecins chefs de SAMU, médecins régulateurs, directeurs de DASS, amène à considérer que les acteurs opérationnels ont su faire évoluer leurs compétences pour améliorer le service rendu. Les progrès restant à réaliser passent par :

- une professionnalisation encore plus marquée des « Ambulanciers », qui deviennent de véritables auxiliaires des médecins de SAMU en réalisant des pré-bilans permettant de fiabiliser le diagnostic médical et de contribuer à l'orientation du patient vers l'établissement de santé le plus adapté,
- une généralisation des « solutions » efficaces qui fonctionnent dans les départements où les acteurs ont consacré le temps, l'énergie et la compétence pour déployer l'organisation en conformité avec le décret de juillet 2003 et sa circulaire d'application d'avril 2004,
- une complémentarité réaffirmée et reconnue entre les Sapeurs-Pompiers, professionnels du secours, et les Ambulanciers, professionnels de santé.

Au-delà des problématiques opérationnelles exposées, le recours au vecteur le plus adapté, le plus rapide, exige un respect mutuel et l'abandon de considérations corporatistes par les acteurs sur le terrain. Cet ensemble de constats pose deux problématiques majeures :

- le choix d'un système de réponse en matière d'urgence pré-hospitalière qui oppose, le "Scoop & Run," dont les sapeurs-pompiers sont les acteurs majeurs, qui consiste à « secourir » au plus vite pour acheminer le patient vers l'établissement de santé le plus proche, et , le "Stay & Play", dont les ambulanciers sont un des acteurs auprès des SAMU, qui consiste à établir un diagnostic pré-clinique le plus qualitatif possible par le régulateur médical du SAMU qui envoie les moyens adaptés et oriente le patient vers l'établissement de santé le plus susceptible de l'accueillir en terme de spécialisation médicale ou de disponibilité,
- le mode de déclinaison opérationnelle des décisions prises en matière d'Urgence Pré-Hospitalière dans le cadre du décret du 23 juillet 2003 et de sa circulaire d'application. Les réponses hétérogènes d'un département à l'autre proviennent bien évidemment des acteurs sur le terrain (Ambulanciers, SDIS, SAMU), mais également d'une carence dans le pilotage par la puissance publique. Le système à mettre en œuvre a été imaginé, expérimenté, validé, mais le pilotage et la conduite du changement nécessaire à sa mise en œuvre ont fait défaut.

## **Un impact financier potentiellement lourd et un risque pour l'emploi**

Sur un plan financier également, la désorganisation actuelle conduit à des coûts élevés :

- les SDIS ont besoin de ressources financières pour accroître l'efficacité de leur réponse (centre de secours, moyens VSAV, rémunération des volontaires, indemnisation des employeurs, rémunération des ISP (infirmiers Sapeurs Pompiers ayant pour ambition d'effectuer une para médicalisation), etc....,
- les Ambulanciers Privés mobilisés dans le cadre de la garde préfectorale ont mis en place des moyens qualitatifs reconnus par tous mais n'ont pas un nombre satisfaisant de missions pour trouver un équilibre économique,
- Les emplois des entreprises de transports sanitaires sont, pour partie, menacés par l'utilisation de « volontaires » pour accomplir des missions qui sont du ressort et de la compétence des premiers.

Un débat parlementaire a mis en exergue les problématiques financières rencontrées.

### **EXTRAIT COMPTE RENDU ASSEMBLÉE NATIONALE**

**séance du mercredi 12 novembre 2008 Projet de loi de finance de la sécurité civile :**

**La parole est à M. Georges Ginesta, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du plan.**

*« Monsieur le Président, mes chers collègues, la sécurité civile représente un budget de plus de 5,5 milliards d'euros en France.../... **Plus de 4,2 milliards d'euros ont été dépensés par les services départementaux d'incendie et de secours, selon les comptes de gestion pour 2007 ; à quoi il faut ajouter les dépenses de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris – plus de 300 millions d'euros – et de la brigade des marins pompiers de Marseille – près de 100 millions d'euros. Ces 5,5 milliards d'euros représentent beaucoup plus que ce que l'État consacre aux missions « Culture » – 2,8 milliards d'euros – ou « Agriculture » – 3,5 milliards d'euros - et proche de ce qu'il consacre au logement – 5,9 milliards d'euros – ou à la justice – 6,7 milliards d'euros.../... L'État parvient donc à tenir ses dépenses à la différence des services départementaux d'incendie et de secours, dont les budgets augmentent fortement année après année.../... Depuis 2001, date de l'achèvement de la départementalisation des SDIS, leurs dépenses ont augmenté de 45,8 %, alors que le nombre de leurs interventions a progressé de seulement 8,4 %. En nombre d'interventions des SDIS, les incendies ne s'élèvent qu'à 8 %, alors que le secours à victime et l'aide à personne en représentent 65 %. Les sapeurs-pompiers ne sont donc plus seulement les « soldats du feu » qu'ils ont été historiquement.***

*Les comptes de gestion de 2007 des SDIS montrent qu'en moyenne nationale leurs dépenses représentent un coût de 79 euros par habitant. Dans certains départements, la charge par habitant est supérieure à la taxe d'habitation pour une famille de quatre personnes. De telles augmentations rendent l'effort contributif de nos concitoyens difficilement supportable. Ces dépenses font défaut dans d'autres secteurs tout aussi prioritaires de l'action locale. Il faut maintenant faire une pause dans les dépenses. Cette question du financement des SDIS mériterait de faire l'objet d'une évaluation par le Parlement.../...*

*De nombreux sapeurs-pompiers professionnels exercent des vacations – exonérées d'impôt – en tant que sapeurs-pompiers volontaires...*

*La revue générale des politiques publiques ne s'est pas encore penchée sur l'architecture institutionnelle et la gouvernance de la sécurité civile dans notre pays. Je le regrette. Force est, une fois de plus, de constater que notre système de sécurité civile n'est pas piloté. La loi de modernisation de la sécurité civile du 13 août 2004 n'est pas appliquée sur plusieurs éléments fondamentaux. Certes, vingt-trois décrets d'application sur vingt-quatre ont été publiés, mais l'article 1<sup>er</sup> de cette loi n'est pas respecté. Il dispose en effet : « L'État est garant de la cohérence de la sécurité civile au plan national Il en définit la doctrine et coordonne ses moyens ». On ne peut pas parler de pilotage, si l'on se contente de définir la doctrine d'emploi et de coordonner les moyens opérationnels en se désintéressant du coût qu'ils représentent pour nos concitoyens.../... L'État doit reprendre la main. Par son émiettement, la gestion des services d'incendie et de secours par les départements a montré les limites du système. La dérive budgétaire que nous constatons en est la conséquence. »*

**La parole est à M. Thierry Mariani, rapporteur pour avis de la commission des lois :**

**« Au 31 décembre 2007, on dénombrait 199 221 sapeurs-pompiers volontaires. Or, alors que le nombre d'interventions ne cesse d'augmenter, en hausse encore de 4 % entre 2006 et 2007, le nombre de sapeurs-pompiers volontaires est passé de 207 583 au 31 décembre 2004 à 199 221 au 31 décembre 2007. »**

**La parole est à Monsieur Yves Vandewalle**

*« Les SDIS, en revanche, soulèvent de grandes questions, sur la maîtrise de leurs dépenses et de leur financement, ainsi que sur l'optimisation de leurs capacités. Depuis l'achèvement de la départementalisation en 2001, les dépenses des SDIS ont augmenté de 45,8 %, l'effectif des sapeurs-pompiers professionnels s'est accru de plus de 25 %, alors que le nombre des interventions, à 65 % du secours à victime ou de l'aide à la personne, n'a augmenté que de 8,4 %. Il est plus que temps de marquer une pause dans les dépenses et je vais évoquer ici quelques pistes. »*

*« Je ne voudrais pas finir sans évoquer la question centrale du volontariat. Il concerne près de 200 000 sapeurs-pompiers volontaires, dont il faut impérativement améliorer les conditions d'exercice, sur le plan financier, ce qui est en partie fait, et, surtout, dans l'organisation du travail. Il faut aussi les former sans leur imposer des obligations décourageantes tant elles pèsent à l'excès sur leur vie familiale et professionnelle. N'oublions pas que ce n'est pas leur métier et qu'ils rendent un service de proximité capital. Le volontaire étant sur place, cela permet souvent de mieux utiliser les moyens. Nous devons vraiment les protéger et les soutenir. »*

**Les extraits ci-dessus permettent de poser clairement la problématique à laquelle sont confrontés les SDIS :**

- besoin de moyens supplémentaires,
- missions majoritairement orientées vers le secours à personne,
- difficulté de maintien des effectifs de « volontaires ».



### **Des coûts d'intervention significatifs des SDIS**

Le coût moyen d'une intervention SDIS (toute nature de missions confondues) ressort autour 1 100 €. Ce chiffre résulte de l'analyse des statistiques établies pour 2007 par la Direction de la Défense et de la Sécurité Civile, bureau des services d'incendie et de secours.

Le coût fixe des SDIS évoqué dans la discussion parlementaire est de 79 € par an et par habitant. Notre approche du coût fixe par an et par habitant « SDIS » se situe plutôt autour de 68 €. Les moyens mis en œuvre correspondent, en terme d'intervention, pour 60 à 65 % à du secours à personne. Il convient de remarquer que le budget fixe ambulancier de 146 M2 d'€ par an correspond à 3.3 % du budget global des SDIS, 4 379 M2 d'€.

### **Des coûts « Ambulanciers » structurels optimisés, là où l'organisation de la réponse est efficace**

Ces constats sont à rapprocher des moyens ambulanciers mobilisés pour répondre aux exigences de couverture géographique et qualitative en matière d'urgences pré-hospitalières.

Le coût fixe de la garde préfectorale supporté par la collectivité dans le cadre des finances de l'assurance maladie est de 146 M2 d'€ en 2008, soit 2.25 € par an par habitant en moyenne nationale. Ce coût ne couvre que partiellement les frais de personnels mobilisés, toutefois une couverture exhaustive conduirait à un coût de 180 M2 d'€, soit 2.8 € par an par habitant en moyenne nationale. Ce coût moyen peut s'accroître dans des régions plus rurales pour atteindre par exemple 5 € sur une région comme la Franche-Comté, voire 8 € sur un département rural comme la Corrèze.

Il paraît important de rappeler que le coût fixe correspond à la mise à disposition de 2 personnes formées pendant 12 heures sur les périodes de permanence, soit un coût chargé horaire par personne de 14.42 € (on peut constater que ce coût est très nettement inférieur à la moyenne du coût horaire chargé en France).

### **Un coût variable « Ambulancier » inférieur au coût SDIS**

Le coût de l'intervention, en fonction des périodes (permanence ou journée) et des distances à parcourir, se situe autour de 60 € (ce calcul résulte d'une extrapolation du coût moyen d'une mission en ambulance calculé par la CNAM, ramené à la période de permanence pour tenir compte de la décote de 60 % (induite dans la tarification applicable) et des majorations liées aux périodes travaillées (nuit, dimanche) et à la prise en charge SAMU).

Le montant moyen d'intervention ambulancière de 60 € est à comparer au surcoût de la prise en charge des missions SDIS facturées aux établissements de santé 105 €, ce surcoût étant un coût marginal pour une mission réalisée avec des Sapeurs-Pompiers Volontaires très majoritairement.



### **Un coût de l'ensemble des moyens « Ambulanciers » mis en œuvre compétitif là où l'organisation est optimisée et la complémentarité des moyens effective**

A titre d'exemple, dans le département du Doubs, la réponse à l'urgence pré-hospitalière par les transporteurs sanitaires répond aux attentes de l'ensemble des acteurs, un transfert des missions d'UPH dans la continuité de la parution du référentiel aurait pour effet de multiplier par plus de 2 le nombre des interventions au titre du secours à personnes des SDIS. Les Ambulanciers du Doubs accomplissent 11 268 missions d'Urgence Pré-Hospitalières dans les périodes de permanence. Le coût actuel du dispositif est de 2 052 K€, composé de 564 k€ de coûts variables liés aux interventions et de 1488 K€ de coûts fixes liés à l'indemnisation de deux personnes de permanence pendant 4 302 permanences (9 secteurs \* 478 permanences), soit un coût de 182 € par mission et de 477 € par permanence.

Cette efficacité de la réponse, dans le Doubs, la Haute-Savoie, la Corrèze, et bien d'autres départements, ne s'arrête pas aux périodes de permanence, des solutions sont expérimentées, voire déjà mises en place pour la journée, et ce sans tarif forfaitaire, en recherchant, compte tenu des volumes d'activité, une optimisation des moyens mobilisables.

### **Un coût des moyens SDIS nécessaires pour se substituer aux Ambulanciers privés peu évident à définir**

La prestation rendue par le SDIS, si on applique le coût facturé dans le cadre des carences est de 105 € de coût variables par intervention, soit, par exemple dans le Doubs, un budget de 1 183 K€, soit + 619 K€ par rapport au coût variable Ambulancier actuel. Le coût fixe dépendra des moyens nécessaires à mettre en œuvre, mais un doublement du nombre d'interventions ne paraît pas pouvoir être réalisé à moyens constants. Le coût calculé sur la base du coût moyen actuel des interventions des SDIS toutes natures de missions confondues serait de 11 268 K€ (ce coût constituant un maximum). L'impact budgétaire mesuré en croissance du budget du SDIS pour le département irait donc de + 3 % pour un coût équivalent au coût actuel supporté par l'assurance maladie à + 37 % si l'on se base sur le coût moyen global par intervention des SDIS. La vérité se situe probablement entre ces deux extrêmes, la seule certitude étant le transfert du coût au département.

### **Toutefois, les organisations départementales sont tellement hétérogènes que, dans certains départements le coût des moyens « Ambulanciers » ramenés à l'intervention sont élevés**

Nous devons toutefois constater que, comme évoqué au chapitre des problématiques liées à la Santé Publique, la garde départementale a connu un déploiement hétérogène, et ne permet pas la même qualité de réponse partout. Certains chiffres interpellent, à titre d'exemple « les départements de la région Franche-Comté, la Haute-Savoie et la Corrèze qui pèsent ensemble environ 3 % de la population française représente environ 12 % des interventions.

Là où une réponse ambulancière de qualité existe, là où les instances publiques s'impliquent, parfois avec des difficultés à surmonter, pour faire appliquer le décret de juillet 2003 et la circulaire de mars 2004, la garde préfectorale apporte la réponse attendue à un coût très compétitif.



### **Le dispositif actuel nécessite une meilleure utilisation pour pérenniser son développement avec une meilleure maîtrise des coûts**

Les évolutions passées ont amené les entreprises de transport sanitaire à améliorer en permanence leurs pratiques afin de répondre, sur le plan qualitatif, mais aussi en terme de compétitivité sur le plan économique.

Des réponses collectives ont été mises en place sur les périodes de permanence, au travers de la mutualisation des moyens qui a permis de réduire le coût fixe à la mobilisation du personnel. La mobilisation des moyens est optimisée en fonction du nombre d'interventions et des délais acceptables, les moyens techniques (véhicules, matériels) ne sont rémunérés qu'en fonction de l'utilisation, les locaux, les systèmes assurant la traçabilité sont mutualisés au travers des ATSU.

Toutefois, l'économie du système repose sur une contrepartie en terme de missions confiées, surtout lorsque, comme dans beaucoup de départements, la compétence est reconnue et les formations par les médecins des SAMU sont régulières et permettent de gagner en professionnalisme d'année en année.

### **Un risque important pour l'emploi ambulancier, perte d'attractivité et baisse d'activité.**

La conséquence de la parution et de l'application du référentiel va amener à faire disparaître cette organisation sur le plan de son efficacité sanitaire, mais aussi sur le plan économique. Les entreprises, là où le dispositif est effectif, en perdant 15 à 20% de leur activité en moyenne, seront fragilisées. La disparition de l'urgence entraînera des problèmes financiers, les moyens investis, les formations dispensées, ne trouveront plus à être employés, le métier d'Ambulancier va perdre de son attractivité.

Sur le plan de l'emploi, la traduction concrète va être la suppression d'emplois ambulanciers, cette disparition provenant pour partie, de la perte d'activité, mais également de la perte d'attractivité du fait de la disparition des missions d'urgence.

A ces emplois ambulanciers qui constituent de « vrais emplois » au sens économique, dans un secteur structurellement créateur d'emplois, nous allons voir se substituer des postes de volontaires, ceci ne nous paraît pas correspondre aux enjeux de professionnalisme et aux enjeux sociaux actuels.



## CONCLUSION

En synthèse, les enjeux majeurs liés aux décisions en cours, et notamment à la parution du référentiel commun, nous semblent être de plusieurs ordres :

- en terme de santé publique et notamment une remise en cause :
  - de l'application de la loi Patient-Hôpital-Santé-Territoire.
  - de la prévalence de la médecine dans la prise en charge d'un patient
  - de la qualité par la pluralité et l'émulation de moyens complémentaires
- en terme de dépense de santé et de transferts importants de charges aux départements :
  - sur les budgets des collectivités territoriales
  - sur l'assurance maladie, sur les budgets hospitaliers
- en terme de chômage sur le territoire.

