HAL
open science

Etat des lieux sur la situation des carences ambulancières dans le département de la Meuse en amont de la convention tripartite SAMU, SDIS, ATSU

Nicolas Mathis

To cite this version:

Nicolas Mathis. Etat des lieux sur la situation des carences ambulancières dans le département de la Meuse en amont de la convention tripartite SAMU, SDIS, ATSU. Sciences du Vivant [q-bio]. 2007. hal-01734462

HAL Id: hal-01734462

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734462v1

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY 1 FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
2007 N°

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Nicolas MATHIS

Le 3 Décembre 2007

ETAT DES LIEUX SUR LA SITUATION DES CARENCES AMBULANCIERES DANS LE DEPARTEMENT DE LA MEUSE EN AMONT DE LA CONVENTION TRIPARTITE SAMU SDIS ATSU

Examinateurs de la thèse :

Monsieur A. BELLOU	Professeur	Président
Monsieur P-E. BOLLAERT	Professeur	Juge
Monsieur H. LAMBERT	Professeur	Juge
Monsieur F. BRAUN	Docteur en Médecine	Juge
Monsieur F. GALMICHE	Docteur en Médecine	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs :

du 1er Cycle :	**M. le Professeur François ALLA**
du 2ème Cycle :	**M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
du 3ème Cycle :	**M. le Professeur Marc BRAUN**
de la Vie Facultaire :	**M. le Professeur Bruno LEHEUP**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE –
Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT -
Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU - Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT
Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD
Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET –
Jean-Pierre DELAGOUTTE – Jean-Pierre MALLIÉ – Danièle SOMMELET – Professeur Luc PICARD
Professeur Guy PETIET

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2ème sous-section : *(Physiologie)*

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3ème sous-section : *(Biologie Cellulaire (type mixte : biologique)*

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LOZNIEWSKI

2ème sous-section : *(Parasitologie et mycologie)*

Professeur Bernard FORTIER

3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : *(Médecine et santé au travail)*

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : *(Immunologie)*

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : *(Génétique)*

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : *(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)*

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2ème sous-section : *(Réanimation médicale)*

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : *(Thérapeutique)*

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes)***

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie)***

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)***

Professeur François DAP

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie)***

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie)***

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2ème sous-section : ***(Chirurgie digestive)***

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne)***

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

4ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET – Professeur Cyril SCHWEITZER

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4ème sous-section : ***(Endocrinologie et maladies métaboliques)***

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***

Professeur Jean-François CHASSAGNE

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUEL

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION
Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD
2ème sous-section : *(Parasitologie et mycologie)*
Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
4ère sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*
Docteur Pierre GILLOIS

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Docteur François SCHOONEMAN
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*
Docteur Lina BEZDETNAYA épouse BOLOTINE
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Docteur Anne KENNEL – Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4ème sous-section : *(Génétique)*
Docteur Christophe PHILIPPE

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : *(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)*
Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50ème Section : RHUMATOLOGIE
1ère sous-section : *(Rhumatologie)*
Docteur Anne-Christine RAT

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction)*
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS
Monsieur Franck DALIGAULT

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA

66ème section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Professeur associé Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN - Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Paul VERT - Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Gilbert THIBAUT
Mme le Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Alain BERTRAND - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Danièle SOMMELET Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET

========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur A. BELLOU

Professeur de Médecine Interne, Gériatrie et Biologie du Vieillissement,

Vous nous avez fait le très grand honneur de présider cette thèse.

Nous avons apprécié au cours de nos études la qualité de votre enseignement.

Nous vous sommes reconnaissants de vos conseils et de votre disponibilité.

Veuillez trouver ici l'expression la plus sincère de notre admiration et de nos remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur P-E. BOLLAERT

Professeur de Réanimation Médicale,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Nous avons apprécié au cours de nos études la qualité de votre enseignement.

Nous tenons à vous remercier et à vous exprimer notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur H. LAMBERT

Professeur de Réanimation Médicale,

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques,

Vous nous faites le grand honneur de faire partie de notre jury.

Nous avons eu le bonheur de bénéficier de votre enseignement à jamais gravé dans nos mémoires.

Veuillez trouver ici l'expression de notre respect et de notre profonde gratitude.

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur F. BRAUN

Praticien Hospitalier, Urgentiste,

Vous êtes à l'origine de ce travail.

Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans notre jury de thèse,

Veuillez trouver ici l'expression de notre respect et de notre profonde gratitude.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur F. GALMICHE

Médecin Chef du Service Départemental d'Incendie et de Secours de la Meuse,

Nous vous sommes très reconnaissants de juger notre travail.

Veuillez trouver ici l'expression de notre haute considération.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE HENRI

EN MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS SUZANNE ET JEAN

A MA GRAND-MERE JULIETTE

En témoignage de mon affection.

A MES PARENTS

Qui m'ont permis de devenir ce que je suis aujourd'hui.

En témoignage de ma profonde affection et de mon infinie reconnaissance.

Avec tout mon amour.

A MON FRERE OLIVIER
En témoignage de mon immense tendresse.

A sa femme Sandra

A KAREN

Pour son amour, son soutien et son aide précieuse.

A ses parents.

A MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.
Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.
Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.
J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION **19**

1. L'Aide Médicale Urgente et les transports sanitaires **20**

2. Organisation des transports sanitaires dans l'Aide Médicale Urgente **24**

A. La mission des SDIS 24

B. La mission des ambulanciers privés 25

C. La garde ambulancière 26

D. De la mission du SAMU à la situation de carence 27

E. Le financement des situations de carence et sa définition 28

3. Réglementation relative aux véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres **31**

A. Les catégories de véhicules 31

1. Les véhicules médicalisés 31

2. Les véhicules non médicalisés 33

B. La réglementation relative à chaque catégorie de véhicules 33

1. Aspect extérieur des véhicules affectés aux transports sanitaires 33

a) Catégories A, C et D 33

b) Catégorie B 34

2. Le matériel embarqué 34

a) Catégories A, C et D 34

b) Catégorie B 35

C. L'équipage 37

1. Les catégories de personnels 37

a) Le conducteur ambulancier de catégorie 4 37

b) Le conducteur ambulancier de catégorie 3 38
c) La catégorie 1 38
d) La catégorie 2 40
2. L'équipage de chaque véhicule 40

4. La convention tripartite 41
A. Contenu de la convention tripartite 41
B. Modalités d'évaluation 42

II. SITUATION DU DEPARTEMENT 44

1. Géographie 44

2. Démographie 46

3. Répartition des sociétés d'ambulances privées 53

4. Répartition des moyens de transport du SDIS 58

III. ETUDE 63

1. Objectifs 63

2. Matériel et méthode 63
A. Dossiers étudiés 63
B. Méthodologie 63

3. Résultats 65
A. Analyse générale 65
1. Analyse de la population N = 3761 65
2. Répartition par mois 66
3. Répartition par jour de la semaine 67
4. Répartition par heure d'appel 68

5. Analyse par origine de l'appel 68
6. Répartition par pathologie dominante 69
7. Analyse par motif de la carence 70
8. Analyse de la répartition horaire des situations de carence selon la période de garde ou non 70
B. Période de Garde médicale N=1959 71
1. Répartition des situations de carence par secteur de garde 71
2. Analyse des motifs de carence hors choix du régulateur : proportion par secteur de garde 72
3. Analyse des motifs de carence (hors choix du régulateur) par tranche horaire 73
C. Analyse hors période de garde N=1802 74
1. Analyse par canton 74
2. Analyse des motifs de carence par tranche horaire (hors choix du régulateur) 75
D. Analyse des situations de carence par choix du régulateur 76
1. Analyse par tranche horaire 76
2. Analyse par type de pathologie dominante 77
3. Comparaison du type de pathologie avec les carences hors choix du régulateur 78
4. Analyse des situations de carence en fonction du régulateur 79

IV. DISCUSSION 80

1. Matériel et méthode 80

2. Discussion des résultats de l'étude 80
A. Données générales 80
B. Période de la garde ambulancière 81
C. En dehors de la période de garde 82

D. Discussion sur les situations de carence par choix du régulateur 82
E. Les attentes de la convention tripartite 83

CONCLUSION 85

BIBLIOGRAPHIE 87

TABLE DES ILLUSTRATIONS 91

ANNEXES 93

Annexe 1 : Abréviations 94

Annexe 2A : Projet de convention tripartite : Appel reçu par le « 18 » 95

Annexe 2B: Projet de convention tripartite : Cas Particuliers 96

Annexe 2C : Projet de convention tripartite : Analyse des situations particulières rencontrées 98

Annexe 3 : Projet de convention tripartite : Appel reçu par le C.R.R.A.15 100

Annexe 4 : Fiche de régulation du Centre 15 101

INTRODUCTION

Les carences ambulancières posent le problème de l'organisation des transports sanitaires terrestres. Les Services d'Aide Médicale Urgente, les Services Départementaux d'Incendie et de Secours et les sociétés d'ambulances privées sont les principaux intervenants de cette organisation.

Au niveau national, dans un souci de clarification des missions de chacun des intervenants, et avec pour objectif une diminution de ces situations de carence, il a été décidé que des conventions tripartites entre les SAMU, les SDIS et les ATSU doivent être élaborées. Les particularités propres à chaque département doivent être identifiées afin de les intégrer au sein de cette convention. Celles de la Meuse sont principalement liées à la faible densité de population.

Un certain nombre de critères a été identifié afin de permettre l'analyse de l'évolution des situations de carence et de vérifier l'adéquation de cette convention.

Cependant, il parait nécessaire de dresser un état des lieux avant l'entrée en vigueur de la convention tripartite afin d'optimiser sa conception et de pouvoir apprécier les premiers résultats de sa mise en application.

I. CADRE REGLEMENTAIRE

1. L'Aide Médicale Urgente et les transports sanitaires

Le 6 janvier 1986, le parlement a adopté la Loi n°86-11 relative à l'Aide Médicale Urgente et aux transports sanitaires ; l'Article 2 stipule que :
« *L'Aide Médicale Urgente a pour objet, en relation 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* ».
Sont alors créées des unités appelées SAMU qui participent à la mise en place de l'Aide Médicale Urgente (1).

Dans chaque département, le Préfet ou son représentant préside un comité ayant pour objet d'organiser et de faire appliquer l'Aide Médicale Urgente. Sa composition est définie par l'Article R 6313-1 du Code de la Santé Publique (2) initialement créé par le Décret n° 87-964 du 30 novembre 1987 (3) et modifié en 2006. Il se compose :

- De membres de droit : le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, le médecin inspecteur de la santé, le directeur départemental du service d'incendie et de secours, le médecin-chef départemental du service d'incendie et de secours ;

- De quatre représentants des collectivités territoriales : deux conseillers généraux désignés par le conseil général, deux maires désignés par l'association départementale des maires ou, à défaut, élus par le collège des maires du département, convoqué à cet effet par le commissaire de la

République, à la représentation proportionnelle à la plus forte moyenne, sans adjonction ni suppression de noms et sans modification de l'ordre de présentation ;

- De membres désignés par les organismes qu'ils représentent : un médecin représentant le conseil départemental de l'ordre des médecins, un médecin conseil désigné par le médecin conseil régional du régime général d'assurance maladie, trois représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie désignés respectivement par la caisse primaire d'assurance maladie, la caisse de mutualité sociale agricole et la caisse mutuelle régionale d'assurance maladie maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles, dans le ressort desquelles siège le comité départemental ; un représentant du conseil départemental de la Croix Rouge française ; un représentant de l'union régionale des caisses d'assurance maladie ; un médecin représentant l'union régionale des médecins exerçant à titre libéral ; un pharmacien représentant le conseil régional de l'ordre des pharmaciens ou, dans les départements d'outre-mer, la délégation locale de l'ordre des pharmaciens ;

- De membres nommés par le Préfet ainsi que leurs suppléants : un médecin responsable de SAMU et un médecin responsable de SMUR du département, un directeur de centre hospitalier doté de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence, un représentant de l'organisation la plus représentative de l'hospitalisation publique, le commandant du corps de sapeurs-pompiers le plus important du département, un médecin d'exercice libéral pour chacune des organisations représentatives au niveau national désigné sur proposition des instances localement compétentes, un représentant de chacune des associations de permanence des soins lorsqu'elles interviennent dans le dispositif de permanence des soins au niveau départemental, un pharmacien d'officine pour chacune des organisations représentatives au

niveau national, représentées dans le département ou, à défaut, dans la région, désigné sur proposition des instances localement compétentes ; deux représentants des organisations d'hospitalisation privées les plus représentatives au plan départemental, dont un représentant les établissements privés de santé mentionnés à l'Article L. 6161-5 ; quatre représentants des organisations professionnelles nationales de transports sanitaires les plus représentatives au plan départemental ; un représentant de l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative sur le plan départemental ; deux praticiens hospitaliers sur proposition des organisations représentatives au niveau national des médecins exerçant dans les structures des urgences hospitalières ; un médecin sur proposition des organisations représentatives au niveau national des médecins exerçant dans les structures de médecine d'urgence des établissements privés de santé, lorsqu'elles sont représentées dans le département ; un représentant des associations d'usagers.

Le sous-comité des transports sanitaires est constitué sous la présidence du commissaire de la République ou de son représentant, par les membres du comité départemental suivants : le médecin inspecteur de la santé, le médecin responsable du SAMU, les trois représentants des trois régimes d'assurance, le directeur départemental du service d'incendie et de secours, le médecin-chef départemental du service d'incendie et de secours, le commandant du centre de secours de sapeurs-pompiers le plus important du département, les quatre représentants des organisations professionnelles de transports sanitaires désignés, le directeur d'un établissement hospitalier public assurant des transports sanitaires, le représentant de l'association départementale des transports sanitaires, ainsi que de quatre membres désignés par leurs pairs au sein du comité départemental : deux représentants des collectivités

territoriales, un médecin d'exercice libéral et un directeur d'établissement d'hospitalisation privé assurant des transports sanitaires.

Les missions et l'organisation des unités participant au service d'Aide Médicale Urgente sont définies par le Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 (4). Il stipule entre autres que les SAMU ont pour mission d'assurer une écoute médicale permanente, de déterminer et de déclancher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ainsi que d'organiser, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires. Il établit également une mission de formation et d'enseignement aux professions médicales, paramédicales et aux professionnels du transport, ainsi qu'une mission de formation des secouristes.

2. Organisation des transports sanitaires dans l'Aide Médicale Urgente

La Circulaire n° 151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'Aide Médicale Urgente (5) est venue compléter la Circulaire du 18 septembre 1992, relative aux relations entre le service départemental d'incendie et de secours et les établissements publics hospitaliers dans la gestion quotidienne des secours (6). Elle précise le domaine de compétence de chaque structure ainsi que les relations qui les lient.

A. La mission des SDIS

Conformément à l'Article 2 de la Loi n° 96-369 du 3 mai 1996 (7), les victimes d'accidents ou de sinistres et leur évacuation relèvent des services d'incendie et de secours lorsque leur état nécessite un secours d'urgence ou lorsque l'intervention nécessite un secours en équipe (sauvetage, soustraction à un danger ou à un risque). La mission du SDIS est ainsi définie par l'Article L.1424-2 du Code Général des Collectivités Territoriales :
« *Les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation* » (8).

Les missions confiées aux services d'incendie et de secours consistent donc à délivrer des secours d'urgence lorsque l'atteinte à l'individu est caractérisée par un dommage corporel provenant d'une action imprévue et soudaine, d'une cause ou d'un agent agressif extérieur.
Le lieu d'intervention, s'il ne constitue pas un élément prépondérant dans l'attribution des missions, reste déterminant en ce qui concerne les demandes d'intervention sur la voie publique et dans les lieux publics présentant par leur

nature un risque d'aggravation ou de pauvreté des informations transmises lors de l'alerte. La rapidité requise dans ces circonstances peut justifier un envoi immédiat des moyens secouristes des services d'incendie et de secours.
Le SDIS dispose d'un Service de Santé et de Secours Médical qui, conformément à l'Article R1424-24 du Code Général des Collectivités Territoriales (9), participe aux missions de secours d'urgence et à l'Aide Médicale Urgente.
Dans le cadre de l'Aide Médicale Urgente, le médecin régulateur du SAMU peut s'adresser au SDIS afin de solliciter les moyens du SSSM.

B. La mission des ambulanciers privés

Au terme de l'Article L.6312-1 du Code de la Santé Publique (10), les transporteurs sanitaires assurent :
« *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* ».

Dans le cadre de leur participation à l'Aide Médicale Urgente, les ambulanciers privés sont chargés d'assurer, dans des délais estimés par le médecin régulateur comme étant compatibles avec l'état du patient, la prise en charge et le transport des patients vers les établissements de santé conformément à la décision du médecin régulateur et au libre choix du patient.

C. La garde ambulancière

Le 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 (11) stipule :
« Afin de garantir la continuité de prise en charge des patients pendant les périodes définies par arrêté du ministre chargé de la santé, une garde des transports sanitaires est assurée sur l'ensemble du territoire départemental ».

La garde ambulancière est ainsi rendue légalement obligatoire. Toutes les entreprises doivent y participer ; toutefois la fréquence de leur participation est liée à leurs moyens opérationnels. Ceux-ci sont appréciés selon la taille de l'entreprise, le nombre de salariés « roulants » équivalents temps plein et du nombre de véhicules de catégorie A ou C.

Pendant la garde, toutes les demandes de transports sanitaires urgents sont impérativement adressées au SAMU-Centre 15.
En effet, cette centralisation permet au médecin régulateur d'établir une priorité dans la prise en charge des transports, en fonction de l'état de santé du patient. Le médecin régulateur fixe le délai de départ des moyens ambulanciers à l'entreprise.

Pendant la garde, l'entreprise de garde s'engage à réserver un ou plusieurs véhicules et leurs équipages aux demandes de transports urgents adressées par le SAMU. Elle doit tenir informé le Centre de Réception et de Régulation des Appels médicaux du SAMU de leur départ en mission et de l'achèvement de celle-ci.

La garde s'effectue les samedis, dimanches et jours fériés de 8 heures à 8 heures le lendemain matin, et les autres jours de la semaine de 20 heures à 8 heures le lendemain matin (12).

Dans la mesure du possible et afin d'assurer des délais d'intervention identiques dans l'ensemble du secteur, il est recommandé de localiser la garde dans un local situé le plus au centre du secteur. Cette localisation dans un lieu unique doit permettre aux équipages de garde d'être constamment prêts à intervenir, et donc de garantir au SAMU une intervention immédiate (13).

D. De la mission du SAMU à la situation de carence

Le médecin régulateur est chargé d'évaluer la gravité de la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles (médecins généralistes, SMUR, ambulances) et, si besoin, de solliciter auprès du SDIS ses moyens, en vue d'apporter la réponse la plus appropriée à l'état du patient et de veiller à ce que les soins nécessaires lui soient effectivement délivrés.
A cet effet, le médecin régulateur coordonne l'ensemble des moyens mis en œuvre dans le cadre de l'Aide Médicale Urgente. Il vérifie que les moyens arrivent effectivement dans les délais nécessités par l'état de la personne concernée et assure le suivi des interventions.
La détermination par le médecin régulateur de la réponse la mieux adaptée se fonde sur trois critères :

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

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

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

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

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

E. Le financement des situations de carence et sa définition

L'Article 124 de la Loi 2002-276 du 27 février 2002 (14) complète l'Article L.1424-42 du Code Général des Collectivités Territoriales de la manière suivante :

« *Les interventions effectuées par les services d'incendie et de secours à la demande de la régulation médicale du Centre 15, lorsque celle-ci constate le défaut de disponibilité des transporteurs sanitaires privés, et qui ne relèvent*

pas de l'Article L. 1424-2, font l'objet d'une prise en charge financière par les établissements de santé, sièges des Services d'Aide Médicale Urgente ».

« *Les conditions de cette prise en charge sont fixées par une convention entre le service départemental d'incendie et de secours et l'hôpital, siège du Service d'Aide Médicale Urgente, selon des modalités fixées par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et du ministre chargé de la sécurité sociale* ».

Le constat du nombre d'interventions effectuées par le SDIS pour carence doit être dressé contradictoirement et partagé par les deux parties. Il doit également faire l'objet d'une communication suivie d'une discussion en sous-comité des transports sanitaires du Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des soins et des transports Sanitaires en présence de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Le coût forfaitaire par intervention est fixé à 90 euros pour 2005 (15). Il est révisable tous les ans par arrêté conjoint des ministères de la santé et de l'intérieur.
Au titre des modalités relatives à la facturation des missions réalisées par le SDIS, la définition de la carence est la suivante :
« *Toute mission devant être effectuée par les structures privées et effectuée par le SDIS constitue une carence, autorisant un dédommagement du SDIS par l'hôpital siège du SAMU* ».

Sur la voie publique, aucune carence ne peut être envisagée.
Elle ne peut être envisagée que lors des missions réalisées hors voie publique et hors « prompt secours ».
Constituent une carence, toutes les interventions réalisées par le SDIS et incombant en première intention aux ambulances privées, les interventions réalisées par le SDIS pour transport vers une structure d'accueil psychiatrique,

les interventions dans les locaux des forces de l'ordre, milieu carcéral, structure médicale.

La carence regroupe deux types de situations pour lesquelles les moyens SDIS sont engagés :

- D'une part la carence « avérée», lorsque le SAMU constate une indisponibilité des ambulanciers privés ;
- D'autre part la carence par « choix du régulateur », regroupant les indisponibilités techniques de réponse des ambulanciers privés (délai, problème de matériel) et l'ensemble des interventions effectuées par le SDIS de la compétence des ambulances privées.

3. Réglementation relative aux véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres

La Loi du 6 janvier 1986 et ses Décrets d'application ont donné un cadre juridique nouveau aux transports sanitaires. Ces dispositions ne se limitent pas aux véhicules mais concernent également le personnel et le local.

Il existe quatre catégories de véhicules sanitaires qui peuvent se répartir en deux sous-groupes : les véhicules dits « médicalisés » (Catégorie A, B et C) et les véhicules dits « non médicalisés » (Catégorie D).
Chaque catégorie dispose de son propre dispositif de caractéristiques techniques et le matériel obligatoire à bord (16,17).

A. Les catégories de véhicules

1. Les véhicules médicalisés

La catégorie A est constituée par les véhicules ambulances appartenant au SAMU-SMUR et par les véhicules catégorisés Ambulances de Secours et de Soins d'Urgence (ASSU) des entreprises de transports sanitaires. Affectées uniquement à l'Aide Médicale Urgente, les ASSU doivent assurer le transport en position allongée et l'installation du patient de manière à ce que l'équipage puisse effectuer si besoin des soins d'urgence.

La catégorie B correspond aux Véhicules de Secours aux Asphyxiés et aux Blessés (VSAB) et aux Véhicules de Secours et d'Assistance aux Victimes (VSAV) des sapeurs-pompiers. Ces personnels et véhicules relèvent du ministère de l'Intérieur qui fixe par arrêté les normes minimales relatives à

cette catégorie (18). La cellule est équipée de un ou deux brancards. Le brancard principal repose, par l'intermédiaire de glissières, sur un bâti qui doit pouvoir être facilement déplacé latéralement même en charge, pour réaliser la zone de soins, y compris quand la cellule est dotée d'un deuxième brancard et que celui-ci n'est pas utilisé.

La catégorie C, « les ambulances », est réservée au transport sanitaire d'un patient unique. Les transports simultanés ne sont autorisés que pour une mère et son nouveau-né, ou pour les nouveau-nés d'une même fratrie.
Outre l'impossibilité pour ces véhicules de participer à l'Aide Médicale Urgente, les différences les plus prégnantes par rapport aux véhicules de catégorie A se situent au niveau de la cellule sanitaire du véhicule.

Les ASSU, catégorie A, doivent disposer d'une cellule suffisamment vaste pour qu'un adulte puisse se tenir debout. Il doit être possible de circuler des deux côtés du brancard et à la tête du patient afin de permettre la pratique des gestes de réanimation respiratoire.

Quant à la cellule sanitaire des ambulances, catégorie C, celle-ci doit être suffisamment vaste pour qu'un accompagnateur, dont le siège est prévu, puisse se tenir assis à côté du patient de façon à assurer sa surveillance durant le transport.
Donc ces deux véhicules se distinguent par la possibilité pour l'un d'effectuer des soins et pour l'autre d'accomplir une fonction de surveillance du transporté.

2. Les véhicules non médicalisés

Il n'existe qu'une seule catégorie de véhicules non médicalisés : les Véhicules Sanitaires Légers (Catégorie D). Les VSL sont exclusivement réservés aux transports sanitaires de malades en position assise au nombre maximal de trois.

B. La réglementation relative à chaque catégorie de véhicules

1. Aspect extérieur des véhicules affectés aux transports sanitaires

a) Catégories A, C et D

Le signe caractérisant les transports sanitaires agréés est représenté par une croix régulière à 6 branches, l'une étant placée dans la position verticale s'inscrivant dans un cercle théorique de 0.2 mètre de rayon minimum, et de 0.25 mètre maximum avec comme largeur la moitié de la longueur. La couleur de cet insigne est bleue.

Les véhicules doivent être impérativement de couleur blanche. Des mentions obligatoires sont également prévues par la réglementation concernant le lettrage apposé sur les véhicules (nom commercial, adresse et téléphone…).

Les mentions obligatoires doivent en principe figurer trois fois, mais le nom commercial peut figurer en moindre nombre.

Des mentions complémentaires sont tolérées mais limitées à l'activité du transporteur. Les caractères doivent être inférieurs à la dimension des mentions obligatoires. Ces mentions complémentaires sont maximum au nombre de deux.

b) Catégorie B

Le V.S.A.V. doit être extérieurement de couleur rouge incendie selon la norme NF X 08.008, à l'exception des pare-chocs et du pavillon qui doivent être de couleur blanche.

Le véhicule doit porter les indications suivantes :

– Sur les faces latérales au niveau de la ceinture et au centre du panneau la mention : « véhicule DE SECOURS ET D'ASSISTANCE AUX VICTIMES » en lettres bâton blanches, majuscules de 80 mm de hauteur minimum.

– Au dessus de cette mention, et au niveau des vitres latérales, le logo « 18 ».

– Une signalisation complémentaire conforme aux prescriptions définies en annexe de la Notice d'information Technique n°330 (18).

2. Le matériel embarqué

a) Catégories A, C et D

Il existe un matériel commun aux ASSU et aux ambulances.

Chacun des véhicules est doté :

- d'un dispositif mobile d'oxygénothérapie homologué, comprenant au moins deux bouteilles d'oxygène d'un mètre cube normobare chacune, portables, dont l'une au moins, aisément accessible, munie d'un débitmètre gradué en litres d'oxygène par minute, faisant corps avec un manodétendeur ;
- d'un insufflateur manuel homologué pouvant être utilisé en cas d'urgence ;
- d'un dispositif mobile d'aspiration de mucosités homologué.

En outre, les véhicules de catégorie A doivent comporter plusieurs dispositifs porte perfusions, un lavabo et son réservoir d'alimentation en eau, un pré équipement électrique permettant le fonctionnement des appareils nécessaires

aux soins de réanimation et un pré-équipement pour le matériel de radiocommunication.

Quant aux ambulances, un seul dispositif permettant de recevoir un flacon de perfusion de 0.5 litre est requis.

Le nécessaire de secourisme d'urgence est commun aux trois catégories de véhicules étudiées sauf pour le matériel d'immobilisation qui n'est pas obligatoire pour les VSL.

Ce nécessaire se décompose en trois catégories de matériel :

- les pansements et protections : pansements, compresses, draps et champs stériles, gants, solution antiseptique, Clamp de Barr, couverture isotherme. Tous ces éléments sont repris dans l'Annexe I de l'Arrêté du 20/03/90 modifié par l'Arrêté du 7 février 2005 fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations affectés aux transports sanitaires terrestres ; il précise également leur quantité et leur type (15,16).
- Le matériel d'immobilisation comprend des attelles pour membres inférieurs et supérieurs et des colliers cervicaux antiflexion de trois tailles différentes.
- La troisième catégorie de matériel est qualifiée de divers. On y trouve une paire de ciseaux universels bout mousse, une pince à écharde, une canule oropharyngée, une canule de bouche à bouche, un rasoir de sûreté, du sucre en morceaux, un stylo et un carnet, des sacs poubelle de 10 litres, un bassin et un urinal.

b) Catégorie B

Il se compose du matériel des différentes catégories suivantes :

-Oxygénothérapie : d'un volume minimum de 4000 litres d'oxygène dont au minimum 2000 litres en bouteilles portatives d'au moins 5 litres ;

- Équipement de relevage et de brancardage du patient :

Un brancard principal, un portoir de type cuiller, un matelas à dépression, un dispositif de transport d'un patient en position assise, un portoir souple ou

matelas de transfert, un plan dur avec ou sans têtière d'immobilisation et brides de sécurité ;

- Immobilisation des extrémités et du rachis cervical :

Un dispositif de traction des membres inférieurs, un jeu d'attelles pour fractures de membres, un lot de colliers cervicaux, un dispositif d'immobilisation en extension de la partie haute du rachis ;

- Ventilation / Respiration :

Deux insufflateurs manuels complets adultes avec masques, deux insufflateurs manuels complets enfants avec masques, un dispositif d'aspiration de mucosités électrique avec sondes d'aspiration, un dispositif d'aspiration de mucosités mécanique avec sondes d'aspiration ;

- Dispositifs de diagnostic :

Un appareil à tension manuel, un oxymètre (en option), un stéthoscope, un thermomètre frontal hypotherme et un normotherme, une lampe diagnostic ;

- Circulation :

Un dispositif pour permettre l'administration de liquide chauffé (en option), un dispositif pour perfusion sous pression portable (en option), deux supports à soluté ;

- Dispositifs de réanimation :

Un moyen de défibrillation, soit un défibrillateur automatique externe ou moniteur défibrillateur ;

- Bandage et matériel d'hygiène :

Deux draps, deux couvertures bactériostatiques, un lot de matériel pour le traitement des plaies, un lot de matériel pour le traitement des brûlures thermiques et chimiques, un récipient pour réimplantation permettant de maintenir la température intérieure à 4° + 2° pendant 2 heures, un haricot, un sac à vomissements, un bassin, un urinal (non en verre), deux couvertures de survie, deux draps de survie (usage unique), une boite avec au moins une

centaine de gants en latex non stériles et de tailles différentes, ces matériels pouvant être doublés en vue d'être conditionnés dans un dispositif portable ;

- Matériel de protection et de sauvetage :

Un matériel de nettoyage et de désinfection immédiate des personnels et du matériel, un coupe ceinture de sécurité, deux triangles de pré-signalisation, trois projecteurs, un extincteur, un lot de sauvetage (en option) et un détecteur de monoxyde de carbone.

C. L'équipage

Le Décret du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres mentionne les personnes composant les équipages des véhicules spécialement adaptés au transports sanitaires terrestres (19).

1. Les catégories de personnels

Les catégories de personnels sont définies par l'Article R 6312-7 du Code de la Santé Publique relatif aux transports sanitaires. Il existe quatre catégories de personnels :

a) Le conducteur ambulancier de catégorie 4

Il doit être titulaire du permis de conduire B depuis plus de deux ans, validé pour la conduite ambulance. L'aptitude physique est validée par un examen médical auprès d'un médecin agréé. Une attestation est alors délivrée par le Préfet : attestation dite « R.127 » en référence à l'ancien article du Code de la Route qui conditionnait son obtention suite à l'accord d'une commission médicale. Cet article est aujourd'hui remplacé par les Articles R.221-10 et R.221-11 du Code de la Route. Le conducteur doit également être vacciné contre la tuberculose, le tétanos, la diphtérie, la poliomyélite, l'hépatite B et être à jour de ses rappels.

Le conducteur ambulancier est le second membre de l'équipage de l'ambulance.

b) Le conducteur ambulancier de catégorie 3

En plus des conditions liées au permis de conduire et à la vaccination, il doit être titulaire du Brevet National de Secourisme (BNS), ou du Brevet National des Premiers Secours (BNPS), ou de l'Attestation de Formation aux Premiers Secours (AFPS) ou de la carte d'auxiliaire sanitaire (médecins, sages-femmes, chirurgiens dentistes et infirmiers). La personne de catégorie 3 peut conduire les VSL ou être le second membre de l'équipage d'une ambulance.

c) La catégorie 1

Cette catégorie correspond au titulaire du Diplôme d'Ambulancier (ancien Certificat de Capacité d'Ambulancier). Il est obligatoirement présent dans l'équipage de l'ambulance. Il peut conduire un VSL. Les titulaires sont soumis aux mêmes conditions de permis de conduire et de vaccination que les autres catégories. Le diplôme d'ambulancier est délivré par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales aux candidats déclarés admis par un jury nommé par le préfet de région, sur proposition du directeur régional des affaires sanitaires et sociales.

L'ensemble de la formation comprend 18 semaines, soit 630 heures d'enseignement théorique et clinique en institut de formation et en stage, réparties comme suit (20) :

- Enseignement en institut de formation : 13 semaines, soit 455 heures ;
- Enseignement en stage clinique et en stage en entreprise : 5 semaines, soit 175 heures.

La participation à l'ensemble des enseignements est obligatoire. L'enseignement en institut de formation comprend des cours, des travaux

dirigés, des travaux de groupe et des séances d'apprentissages pratiques et gestuels.

Les stages cliniques et en entreprise sont organisés par les instituts de formation en collaboration avec les structures d'accueil. Ils s'effectuent dans des secteurs d'activité hospitalière ou extrahospitalière, au sein de structures bénéficiant d'un encadrement par un professionnel médical, paramédical ou un travailleur social.

Correspondent à l'acquisition des huit compétences du diplôme les modules suivants :

- Module 1 : dans toute situation d'urgence, assurer les gestes adaptés à l'état du patient ; 3 semaines (105 heures).
- Module 2 : apprécier l'état clinique d'un patient ; 2 semaines (70 heures).
- Module 3 : respecter les règles d'hygiène et participer à la prévention de la transmission des infections ; 1 semaine (35 heures).
- Module 4 : utiliser les techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des patients ; 2 semaines (70 heures).
- Module 5 : établir une communication adaptée au patient et à son entourage ; 2 semaines (70 heures).
- Module 6 : Assurer la sécurité du transport sanitaire ; 1 semaine (35 heures).
- Module 7 : rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins ; 1 semaine (35 heures).
- Module 8 : organiser les activités professionnelles dans le respect des règles et des valeurs de la profession ; 1 semaine (35 heures).

Les stages pratiques sont réalisés dans les structures suivantes :

- Service de court ou moyen séjour : personnes âgées ou handicapées, pédiatrie ou rééducation fonctionnelle : 1 semaine.
- Services d'urgence : 1 semaine.

- SAMU ou SMUR avec passage en salle d'accouchement si possible ou stage optionnel supplémentaire en service d'urgence : 1 semaine.
- Entreprise de transports sanitaires : 2 semaines.

d) La catégorie 2

Elle concerne les sapeurs–pompiers en exercice dans les services publics d'incendie et de secours : il doivent être soit titulaires du brevet national de secourisme et des mentions ranimation et secourisme routier, ou sapeurs-pompiers de Paris ou marins-pompiers de Marseille.

2. L'équipage de chaque véhicule

La composition des équipages effectuant des transports sanitaires est définie par l'Article R. 6312-10 du CSP :
- Pour les véhicules des catégories A et C : deux personnes appartenant aux catégories de personnels sus citées, dont l'une au moins de catégorie 1 ;
- Pour les véhicules de catégorie B : deux personnes au moins appartenant aux catégories de personnels sus citées, dont l'une au moins appartenant à la catégorie 1 ou 2. Il s'agit de la composition telle qu'elle est définie par le Code de la Santé Publique relatif aux transports sanitaires. Elle ne correspond pas à celle habituellement prise en compte par le corps des sapeurs-pompiers ;
- Pour les véhicules de catégorie D : une personne appartenant à la catégorie 1 ou 3.

4. La convention tripartite

La Circulaire n° 151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'Aide Médicale Urgente (5) prévoit l'élaboration de conventions tripartites entre les trois acteurs des urgences pré-hospitalières, afin de garantir une bonne coordination des moyens mis en œuvre. Deux objectifs principaux se dégagent de cette convention : un premier organisationnel et un second évaluatif.

A. Contenu de la convention tripartite

La convention doit être signée par le SDIS, le centre hospitalier siège de SAMU et le ou les associations de transports sanitaires d'urgence. Elle formalise les principes de répartition des compétences de chaque intervenant.
Elle doit être adaptée aux circonstances locales du département et donc évolutive afin que soit retenu le meilleur mode de prise en charge des patients, certains aménagements exceptionnels, dérogatoires aux principes de répartition des compétences pouvant être justifiés compte tenu des particularités de l'offre de transports sanitaires sur certaines zones.
La détermination de ces zones particulières ne doit pas rester figée pendant la totalité de la durée de la convention. Elle doit être adaptée aux réalités locales, démographiques, socio-économiques qui évoluent.
Cette convention a pour rôle d'établir précisément les procédures de traitement de l'alerte, d'intervention, et de formaliser les délais d'intervention.
Il est d'ailleurs précisé que cette convention est de caractère organisationnel et qu'elle ne se substitue en aucun cas aux conventions financières qui pourraient être passées entre le SAMU et le SDIS pour la prise en charge des transports

sanitaires effectués par les SDIS en cas d'indisponibilité des ambulanciers privés.

Enfin, cette convention doit préciser les modalités de suivi de sa mise en oeuvre ainsi que les modes d'évaluation par les trois acteurs, SAMU, SDIS et ambulanciers.
Il incombe au Préfet de s'assurer que ces derniers se réunissent régulièrement.

B. Modalités d'évaluation

La circulaire prévoit qu'une évaluation régulière trimestrielle du dispositif et qu'un état des lieux soient réalisés par les trois partenaires en présentant annuellement le bilan de la mise en œuvre de ces travaux devant le Comité Départemental d'Aide Médicale Urgente et de la permanence des soins. Cette présentation doit notamment être l'occasion de vérifier, au regard de la situation départementale, la légitimité du maintien de telles dérogations ou l'opportunité de créer de nouvelles zones.

L'évaluation doit s'appuyer sur les items suivants :
- Une appréciation du fonctionnement des modalités organisationnelles mises en œuvre ;
- Une analyse des dysfonctionnements éventuels ;
- Des données statistiques sur le nombre d'interventions réalisées par :
    - les transporteurs sanitaires privés, en fonction de la typologie retenue ci-dessus (en distinguant les périodes de garde et celles en dehors de la garde),
    - les SMUR,
    - les services d'incendie et de secours,
    - les autres intervenants (associations de secouristes…).

- Des données statistiques sur le type d'appel à l'origine de l'intervention d'un transport sanitaire (Centre 15, médecin libéral, hôpital, transfert du 18, particulier) ;

-Les délais d'intervention des transporteurs sanitaires, les délais d'intervention des SDIS, et des SMUR ;

- Le nombre de constats de carence des transports sanitaires et les modalités de prise en charge de l'intervention ;

- Le nombre de sorties, non suivies du transport de patient, réalisées par les ambulanciers privés, en détaillant les « sorties blanches » réalisées pendant la garde et en dehors de cette période, le nombre de bilans réalisés par des ambulanciers et suivis d'une intervention SMUR, le nombre de cas où, à l'arrivée de l'ambulance ou d'un véhicule du SDIS dans le service d'urgence, le patient est jugé dans un état beaucoup plus grave que celui annoncé et nécessitant une prise en charge immédiate ;

- Le nombre de prompt secours et le nombre d'évacuations réalisées suite à un prompt secours, le nombre de patients arrivant dans les établissements de santé en ambulance ou en VSAV sans régulation médicale préalable.

II. SITUATION DU DEPARTEMENT

1. Géographie

Le département de la Meuse couvre une superficie de 6 211 km² et s'oriente selon un axe longitudinal Nord-Sud d'environ 130 km, l'axe Est-Ouest étant d'environ 50 km.

Son relief inégal varie de 115 à 451 mètres d'altitude. Il est essentiellement marqué par une alternance de plaines et de plateaux donnant naissance à un relief de côtes.

L'agriculture, le travail forestier et le tourisme vert représentent les principales ressources professionnelles du département.

Le réseau routier se compose de 59 km d'autoroutes, de 257 km de routes nationales et de 3 335 km de routes départementales (21). Deux axes routiers majeurs traversent la Meuse :

- L'autoroute A4, au Nord reliant Paris à Metz en Moselle, Paris se trouvant ainsi à 2h30 de Verdun et Verdun à 1 heure de Metz ;
- La nationale 4 à 2x2 voies, au Sud, reliant Nancy (Meurthe-et-Moselle) à Saint-Dizier (Haute-Marne) traverse Void-Vacon et Ligny-en-Barrois et dessert ainsi Commercy et Bar-Le-Duc.

Mais ces axes routiers orientés Est-ouest, assurent surtout les communications rapides avec les départements voisins et profitent peu aux liaisons internes du département. En effet, dans le sens Nord-Sud, la Meuse pâtit encore de l'absence d'axe(s) performant(s), et se contente de routes départementales, comme la D964 reliant Vaucouleurs à Stenay le long de la Meuse, en passant

par Commercy et Verdun, ou la N35 allant de Bar-le-Duc à Verdun, déclassée depuis peu.

Toutefois, l'ouverture depuis juin 2007 de la ligne TGV-Est et la création de la gare d'Issoncourt, à mi-chemin entre Bar-le-Duc et Verdun, doivent s'accompagner d'un projet de réaménagement de cet axe routier.

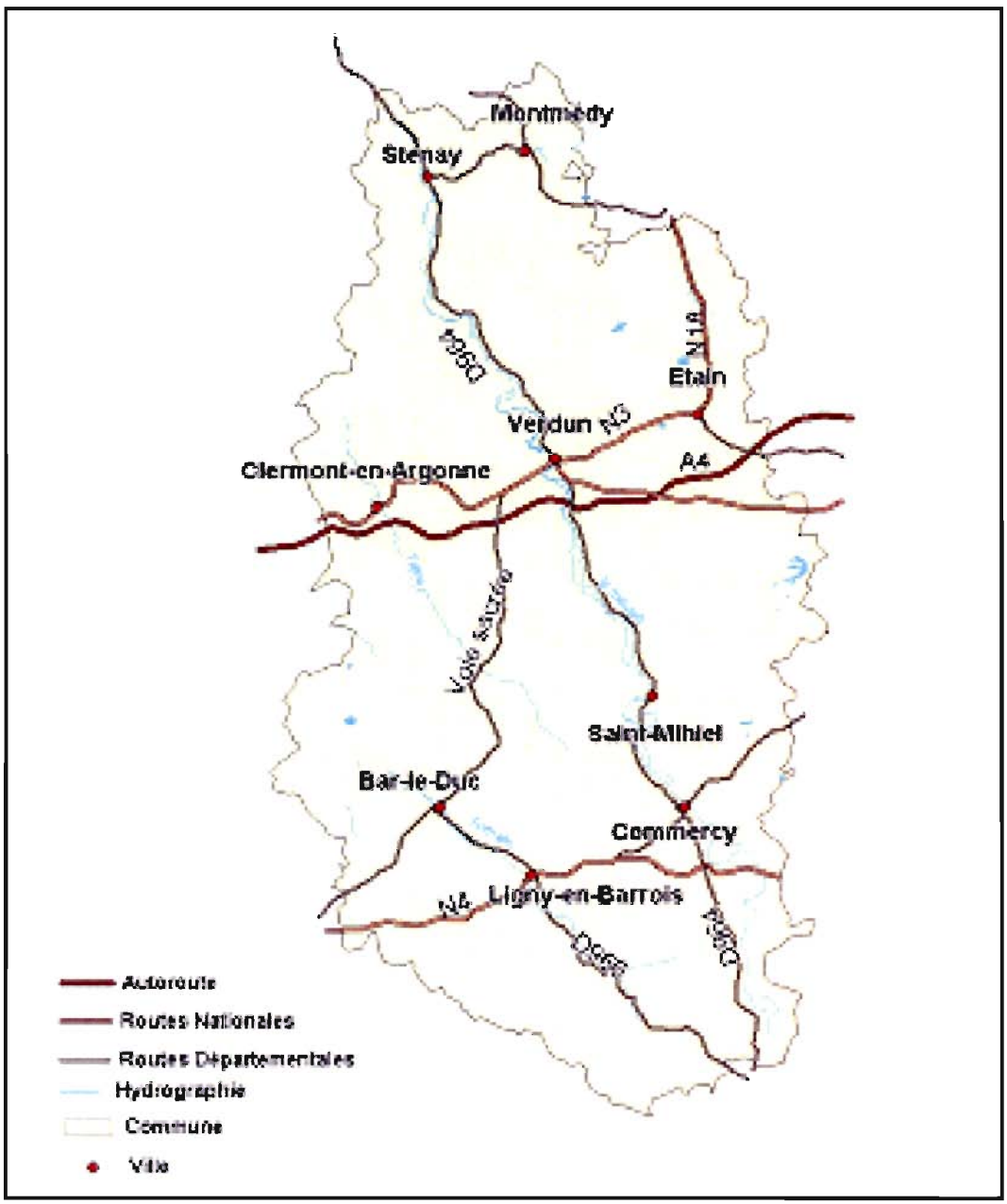


Figure 1 : Axes routiers de la Meuse

2. Démographie

Au niveau administratif, le territoire est divisé en 3 arrondissements, 31 cantons et 498 communes, dont à peine une vingtaine atteignent 1 500 habitants. Seules deux villes dépassent 10 000 habitants : Bar le Duc et Verdun.

La population se concentre essentiellement autour des plus grandes villes, délaissant ainsi la majorité du territoire. Celui-ci est parsemé de petites communes de moins de 100 habitants le plus souvent.

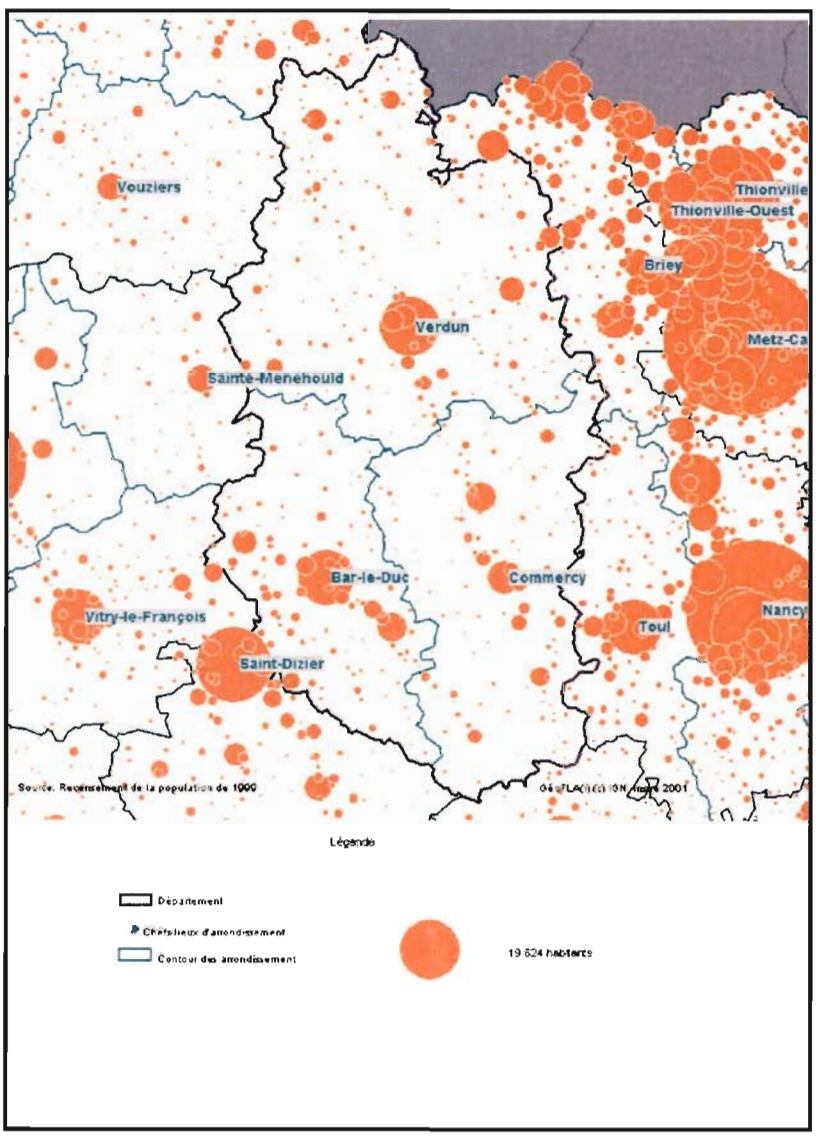


Figure 2 : Répartition de la population Meusienne par commune (source INSEE : recensement de 1999)

Le dernier recensement de 1999 dénombre une population de 192 198 habitants. Avec une moyenne de 31 habitants au km², le département prolonge la diagonale désertifiée de la France (Pyrénées - Ardennes) et fait ainsi partie des 13 départements français de moins de 200 000 habitants.

Cependant les estimations de 2004 sont plus favorables puisque la population de la Meuse est estimée à 192 700 habitants : la tendance historique à la baisse de la population meusienne semble enfin s'inverser, alors même que dans certains départements voisins (Ardennes, Marne et surtout Haute-Marne), la situation continue de se dégrader (18).

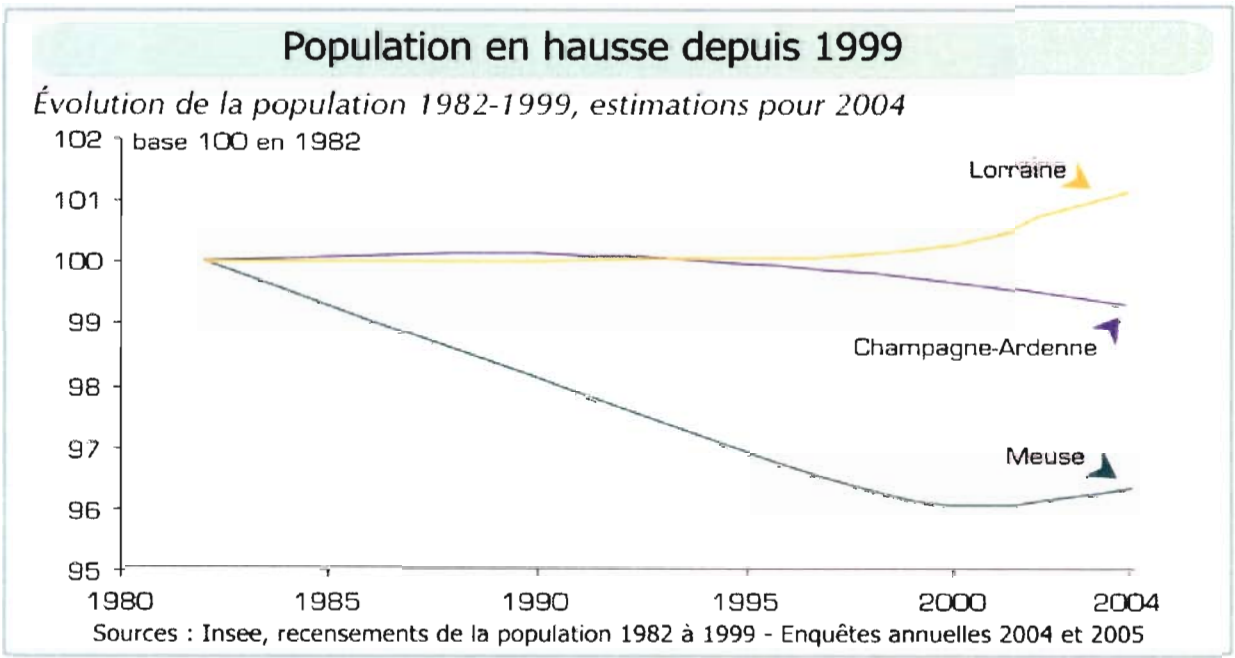


Figure 3 : Evolution de la population meusienne entre 1999 et 1982, estimations pour 2004

L'arrêt du déclin démographique observé récemment n'est toutefois pas homogène sur l'ensemble du territoire. Il proviendrait en grande majorité des secteurs situés sur la façade Est du département, comme les tendances observées lors de la décennie 1990.

Dans le Sud-Est, les cantons de Void-Vacon et Vaucouleurs tirent parti de leur position géographique qui les place d'une part sous l'influence des aires urbaines de Toul et Nancy, où un actif sur quatre en moyenne se rend

désormais chaque jour pour travailler, et d'autre part à proximité de la connexion RN4 - autoroute A31.

À côté, le canton de Commercy bénéficie de la présence de l'armée. Les quelques 1 000 militaires professionnels du 8ème RA, pour une majorité installés avec leur famille, participent en effet largement à la vie économique locale. Signes de repeuplement et de rajeunissement, le solde migratoire et le solde naturel du canton sont positifs et le nombre de naissances est en hausse.

Dans le Centre Est, les cantons de Fresnes-en-Woëvre et Vigneulles-lès-Hattonchâtel tendent aujourd'hui à se rapprocher du vaste marché du travail ancré sur Metz et prennent ainsi un caractère résidentiel.

Enfin dans le Nord-Est, les cantons d'Étain, Spincourt et Montmédy bénéficient du dynamisme du sillon mosellan proche, des effets moteurs induits par la présence de l'armée ainsi que du marché du travail luxembourgeois où, en 2004, près de 1 200 travailleurs frontaliers meusiens se rendent quotidiennement. Le canton de Montmédy doit sa bonne tenue, entre autres, aux activités attachées au site carcéral et à sa proximité avec la Belgique où 950 de ses actifs (dont 400 sont Belges) vont travailler chaque jour.

Malheureusement, une grande majorité du territoire, à l'Ouest d'une diagonale Verdun-Commercy, reste à l'écart de cette embellie. Le Pays Barrois illustre bien cette situation. Le statut de chef-lieu de département et la présence de groupes industriels renommés et performants assurent à Bar-Le-Duc et ses environs un bon nombre d'emplois. Malgré tout, il demeure un territoire excentré, en marge des zones de croissance, où le taux élevé d'activité féminine et le taux faible de chômage masquent un équilibre du marché du

travail se faisant autant sur le départ important des jeunes que sur la création d'emplois.

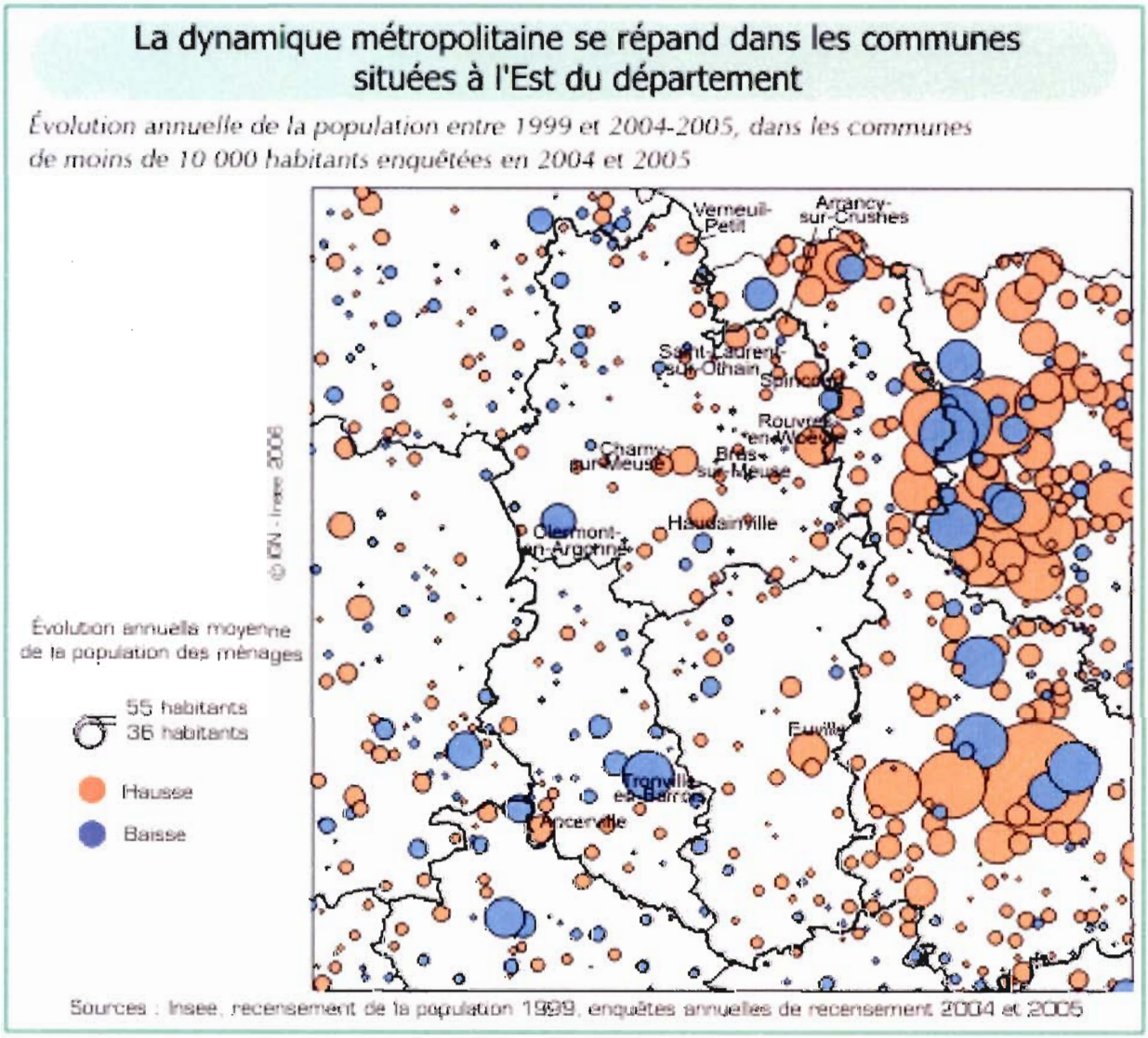


Figure 4 : Evolution annuelle de la population des communes meusiennes entre 1999 et 2004-2005

Des risques de rupture territoriale Est-Ouest existent donc entre une Meuse tournée vers l'Est et le Nord, bénéficiant du développement métropolitain et du potentiel de croissance des régions européennes proches, et une Meuse peu dense, dotée d'un tissu urbain fragilisé, loin des grands pôles d'emploi et adossée à des territoires eux-mêmes insuffisamment attractifs et en déclin.

Ainsi, la situation actuelle semble plutôt mener les deux parties du département vers des destins séparés. Les jeunes de moins de 18 ans sont proportionnellement plus nombreux en Meuse que dans la France provinciale. Par contre, étant peu dotée en établissements d'enseignement supérieur comme dans nombre de territoires ruraux, elle vit le départ de ses jeunes adultes vers leurs lieux d'études.

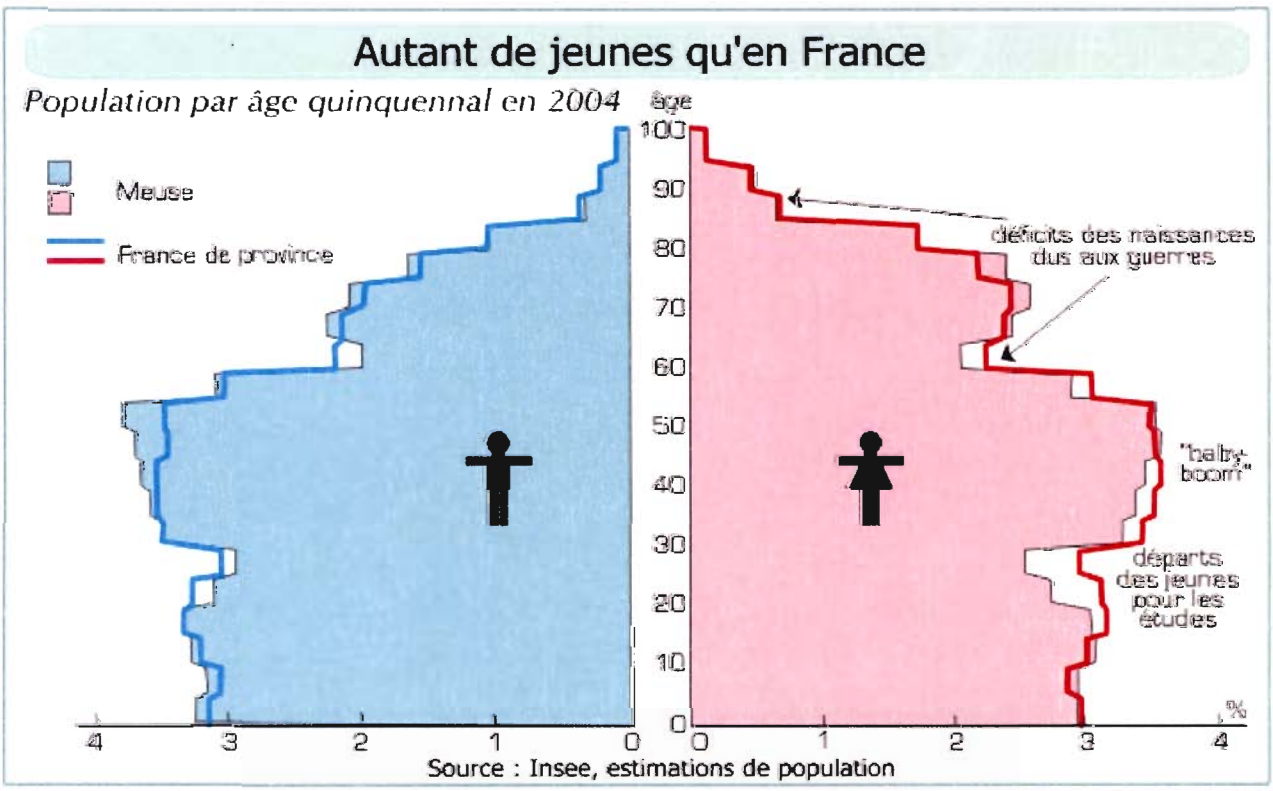


Figure 5 : Pyramide des âges de la population Meusienne en 2004

Le profil démographique de la Meuse est marqué par une représentation des personnes âgées plus élevée que la moyenne nationale. En 2004, 22% des habitants ont 60 ans et plus, contre 21% en France. Dans l'Est, cette situation se retrouve en Haute-Marne, Haute-Saône et dans les Vosges.

Plusieurs secteurs du département comptent une proportion de personnes âgées supérieure à la moyenne. Ils se situent préférentiellement aux frontières du département et côtoient d'autres secteurs des Ardennes, de la Marne, Haute-Marne ou des Vosges présentant le même profil.

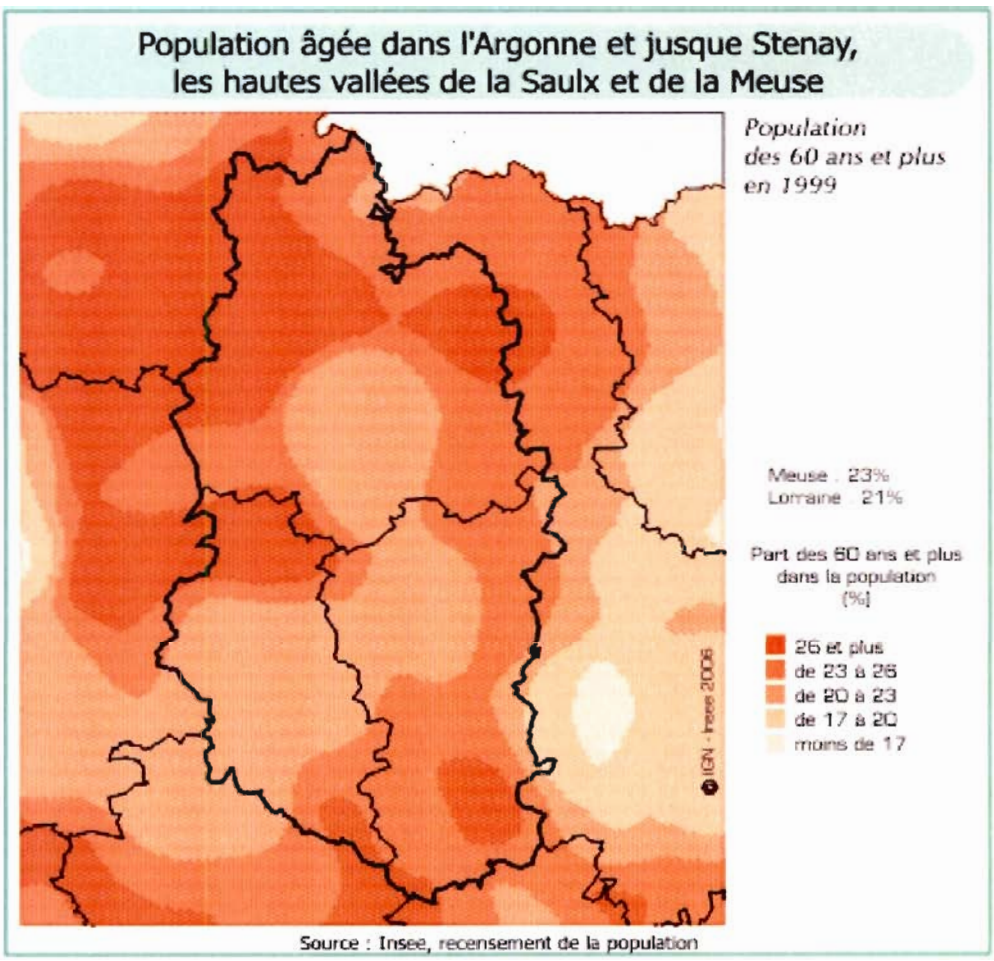


Figure 6 : Répartition de la population de plus de 60 ans en Meuse (sources : recensement de 1999)

Il est toutefois nécessaire de distinguer les secteurs géographiques « naturellement » plus âgés, tels Seuil-d'Argonne et Montfaucon-d'Argonne, de ceux qui le sont « artificiellement », par la présence d'établissements spécialisés dans l'accueil des personnes âgées, notamment au- delà de 75-80 ans ; il s'agit du cas de Varennes-en-Argonne et Stenay où la présence de foyers logements, maisons de retraite expliquent la forte proportion de

personnes âgées dans la population. Enfin, il existe des secteurs comme Vaucouleurs et Dun-sur-Meuse où les deux phénomènes se cumulent.

Il se dégage ainsi en Meuse un clivage marqué opposant des secteurs excentrés et ruraux « âgés », à d'autres, urbains ou périurbains « jeunes » proches des marchés du travail dynamiques de la région.

D'autant plus que dès 2005, et surtout 2010, l'arrivée des enfants du « baby boom » gonflera les effectifs des plus âgés. Si les tendances démographiques observées lors de la décennie 1990 se confirment, la part des moins de 20 ans dans l'ensemble de la population du département passerait de 25% en 1999 à 22% en 2020. Dans le même temps, celle des 60 ans et plus passerait de 22% à 30%, correspondant à une augmentation du nombre des personnes de plus de 60 ans de 42 400 à 55 600 et parmi elles le nombre de celles de plus de 75 ans passerait de 16 600 à 18 700.

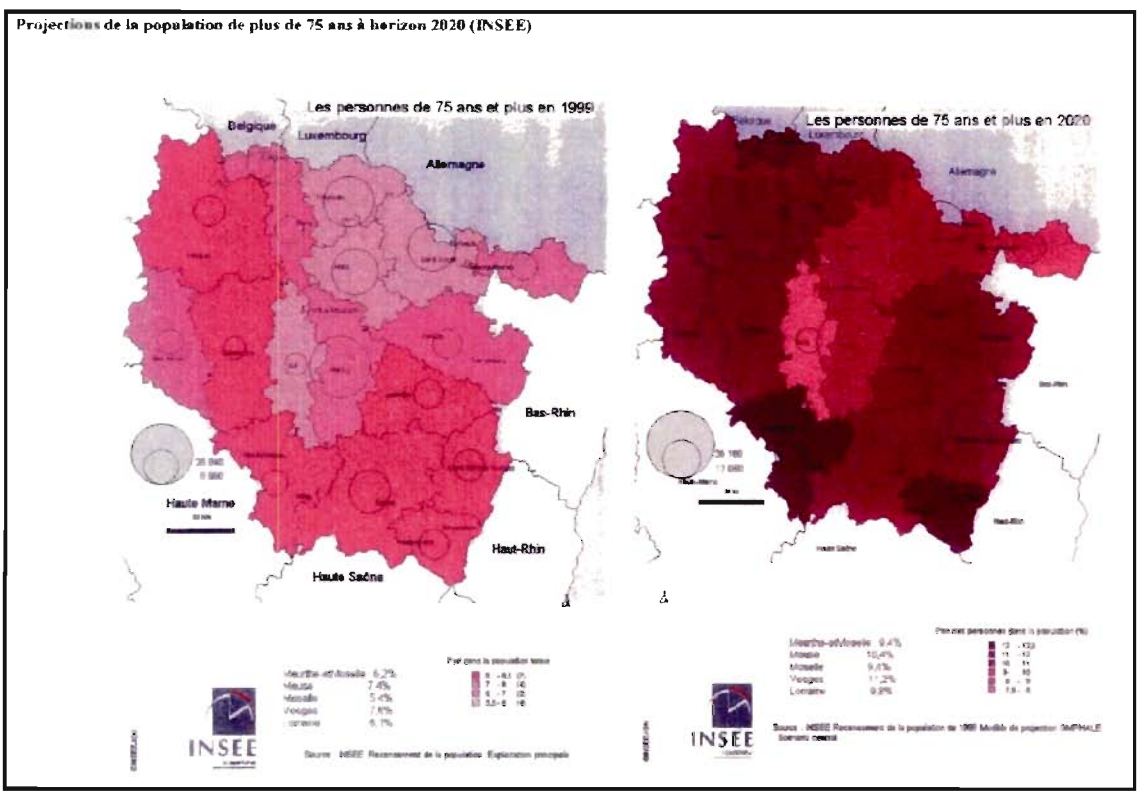


Figure 7 : Projection de la population de plus de 75 ans en Lorraine à l'horizon 2020

Si l'on compte en Meuse, 1,14 jeune de moins de 20 ans pour une personne de 60 ans ou plus en 2004, ce ratio irait en s'inversant à horizon 2020 et ne serait plus que de 0,72. En Lorraine, il passerait de 1,20 à 0,80. Le vieillissement de la population meusienne serait plus accentué que celui de la population lorraine.

3. Répartition des sociétés d'ambulances privées

Le département de la Meuse compte 36 entreprises d'ambulances privées qui gèrent un parc de 174 véhicules dont 110 véhicules sanitaires légers (VSL) et 64 ambulances (40 de type C et 24 de type A).

Secteur de garde	Nombre d'entreprises	Nombre de Véhicules			Population	Superficie en km²
		Catégorie A	Catégorie C	Catégorie D		
BAR LE DUC	10	6	13	35	58835	1330,69
NORD MEUSIEN	6	3	6	15	23157	1125,85
SAINT MIHIEL	6	6	3	12	35308	1394,81
SUD MEUSIEN	1	1	1	4	15598	680,39
VERDUN	13	8	17	44	59363	1679,7
	36	24	40	110	192261	6211,44

Le cahier des charges de la garde ambulancière dans le département de la Meuse a été arrêté le 13 août 2004. Le département est divisé en cinq secteurs de garde : Bar-le-Duc, Saint-Mihiel, Verdun, Nord meusien et Sud meusien (22).

Un véhicule est mobilisé sur chaque secteur, à partir d'un lieu de garde connu qui peut être au sein d'un centre hospitalier (comme à Bar-le-Duc, Saint-Mihiel et Verdun). Les véhicules plus médicalisés, de type A, sont privilégiés pour assurer la garde.

Les différentes entreprises de transports sanitaires se repartissent sur le territoire départemental de la manière suivante :

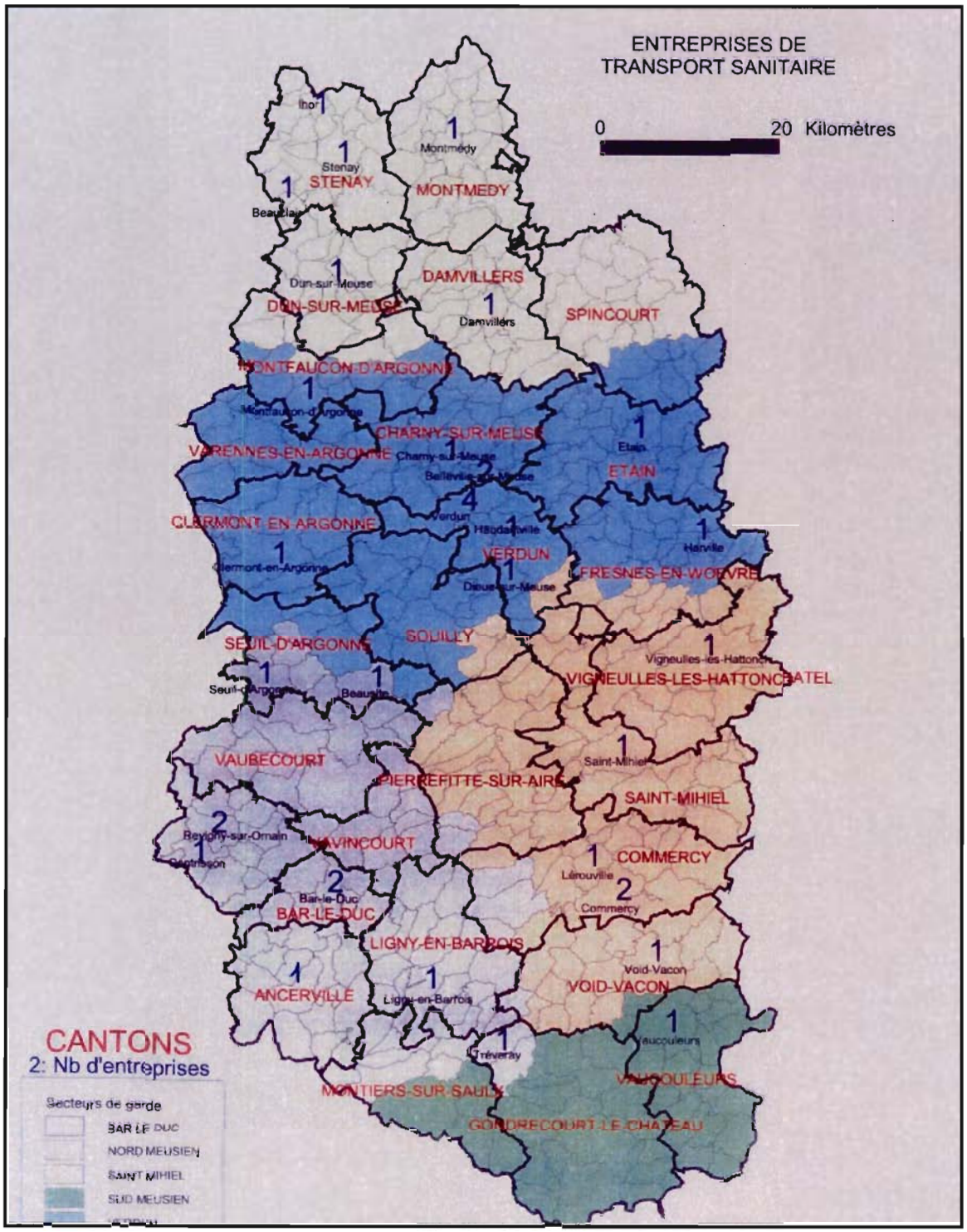
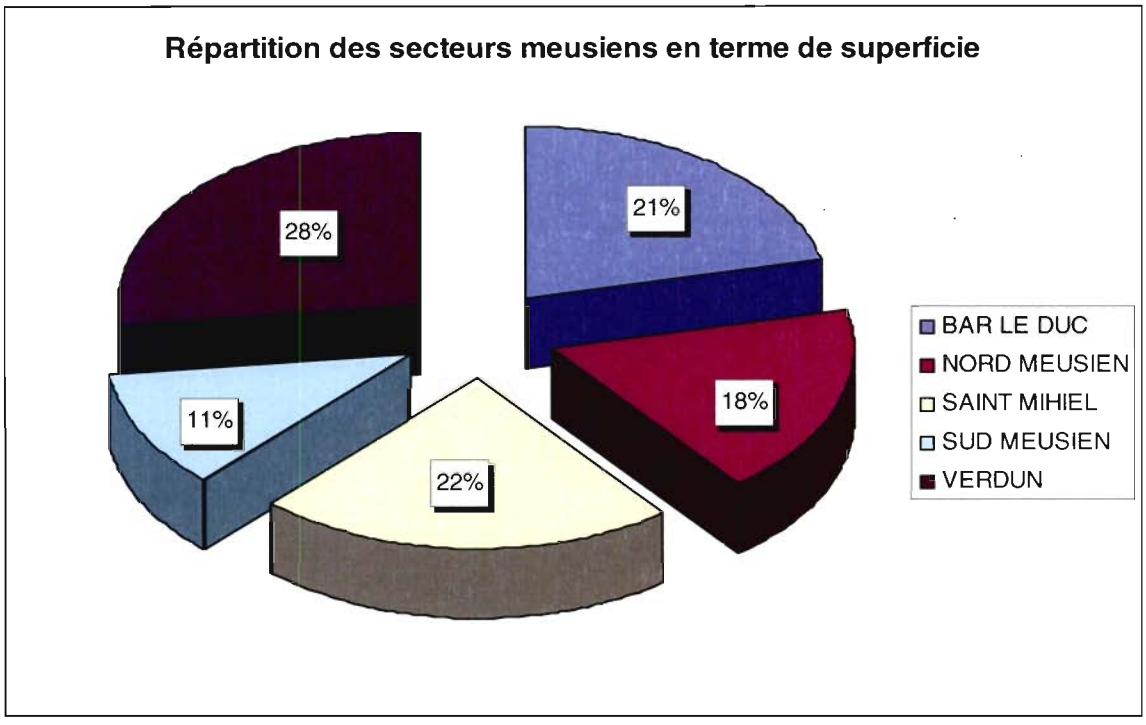
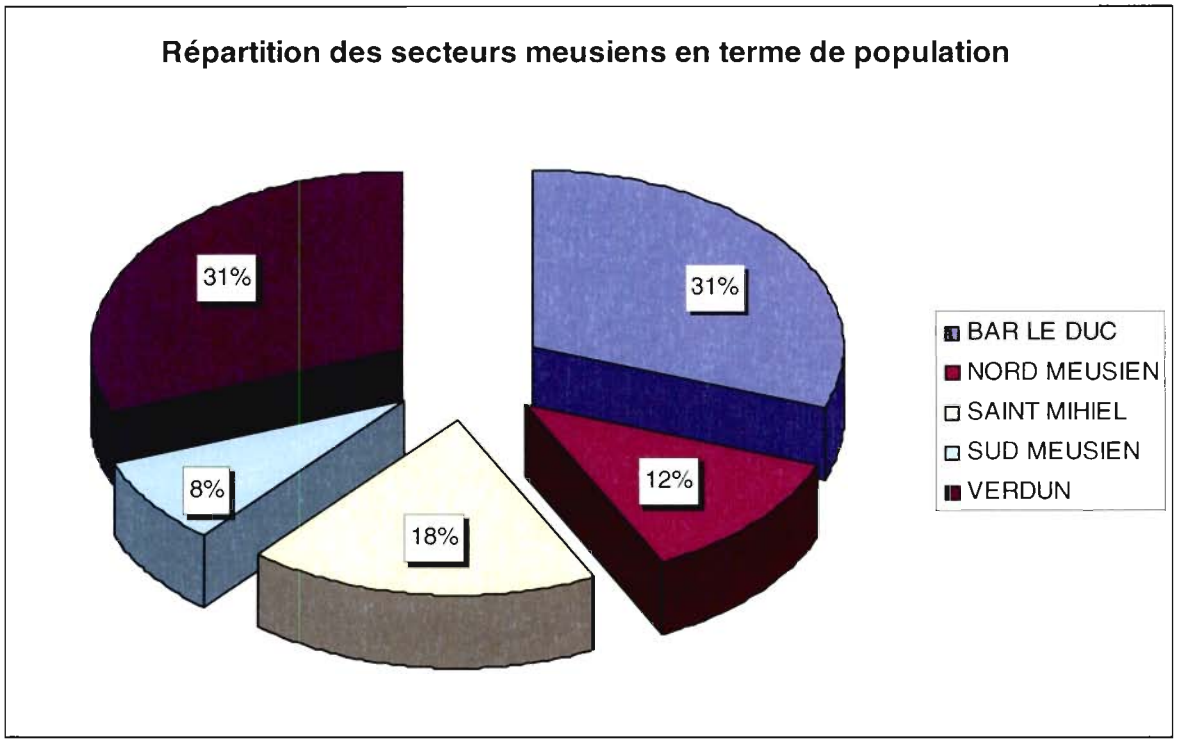


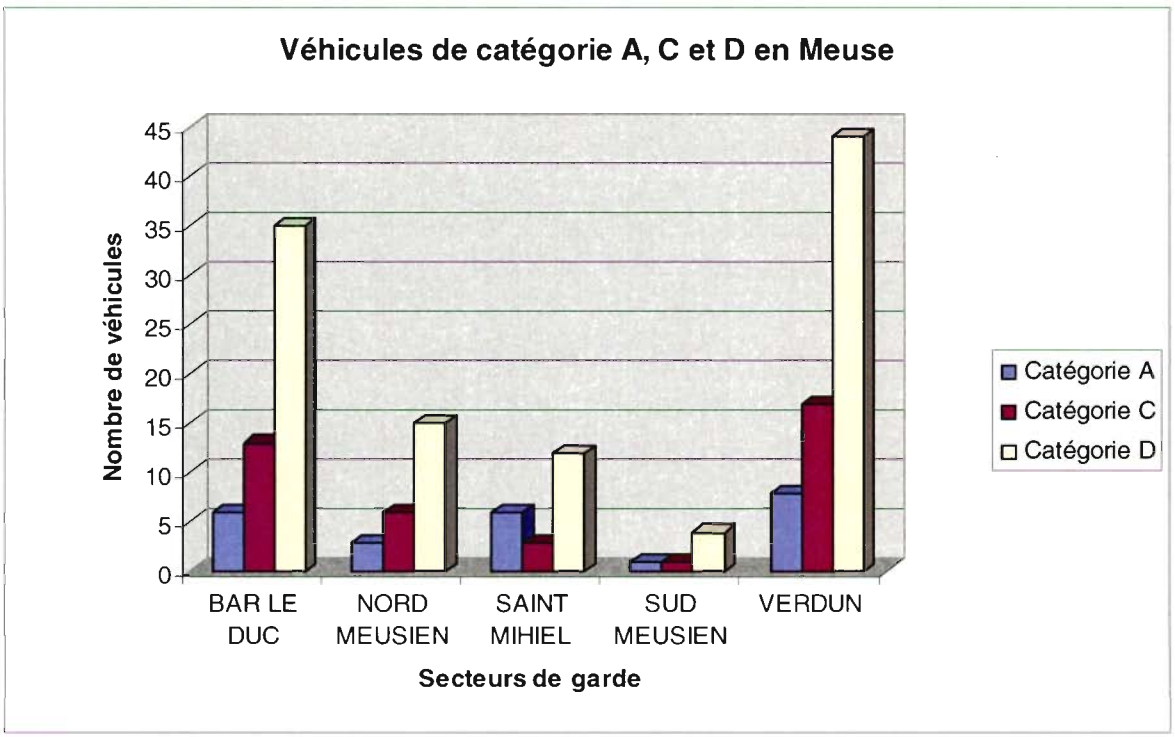
Figure 8 : Secteurs de la garde ambulancière et répartition des entreprises de transport ambulancier en Meuse (Source : D.D.A.S.S.)

L'analyse des secteurs de garde en terme de superficie du territoire et en terme de population se compose de la manière suivante :



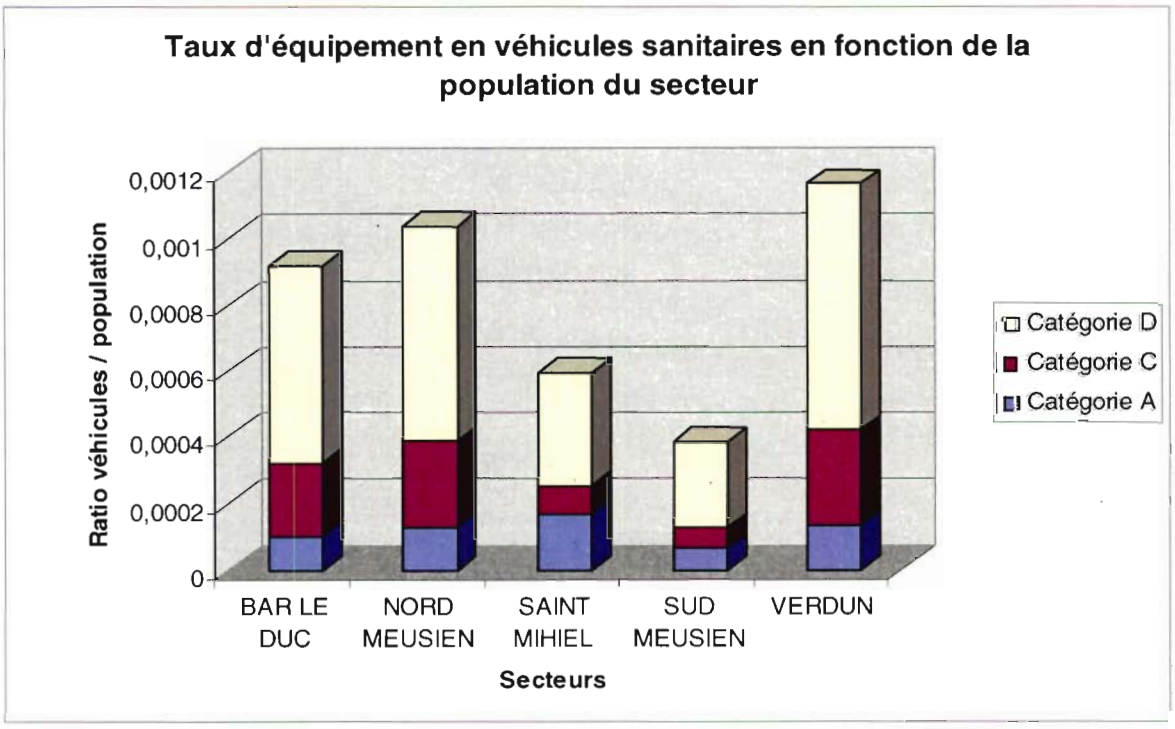


Pour analyser la répartition des véhicules, nous avons retenu la circonscription géographique des secteurs de garde.

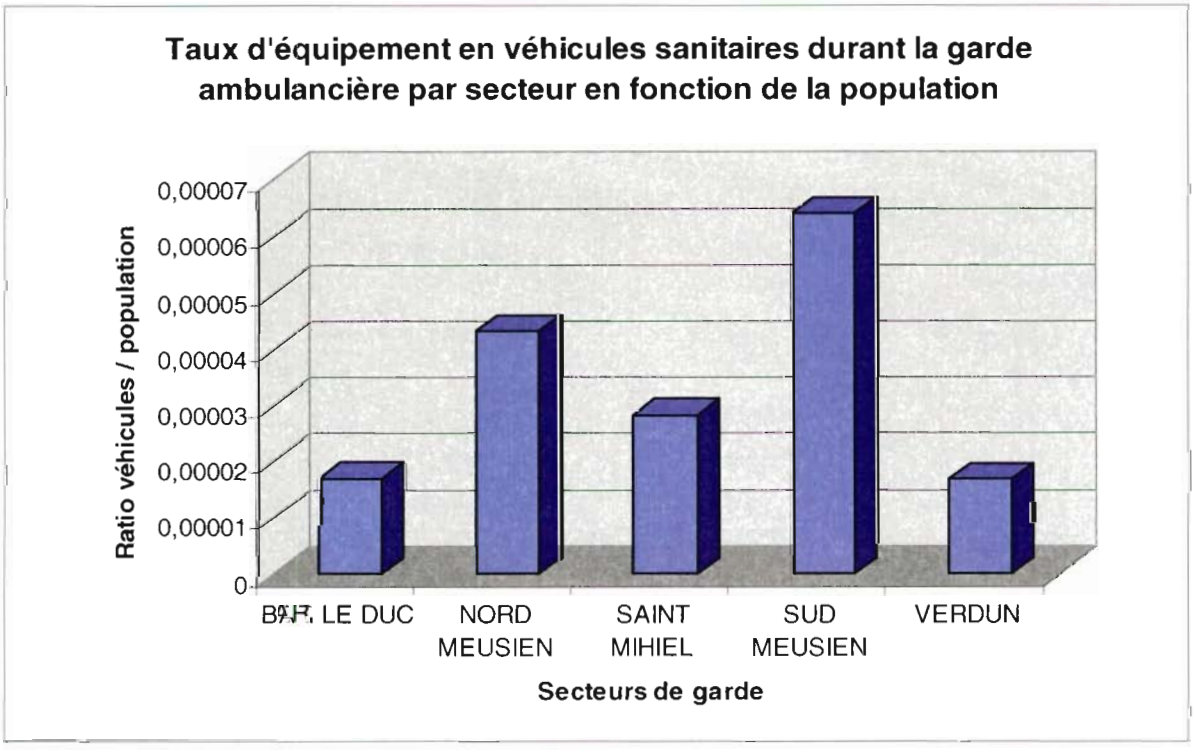


Cette répartition des véhicules par secteur de garde peut être comparée à la population de ces mêmes secteurs grâce aux données de l'INSEE issues du recensement de 1999.

Cette comparaison aboutit à l'établissement d'un taux d'équipement en véhicules par secteur.



Nous pouvons alors ramener le taux d'équipement en véhicules sanitaires à la période de garde ambulancière en fonction de la population du secteur.



4. Répartition des moyens de transport du SDIS

Le département de la Meuse compte 40 centres d'incendie et de secours répartis en 9 centres de secours et 31 centres de première intervention.

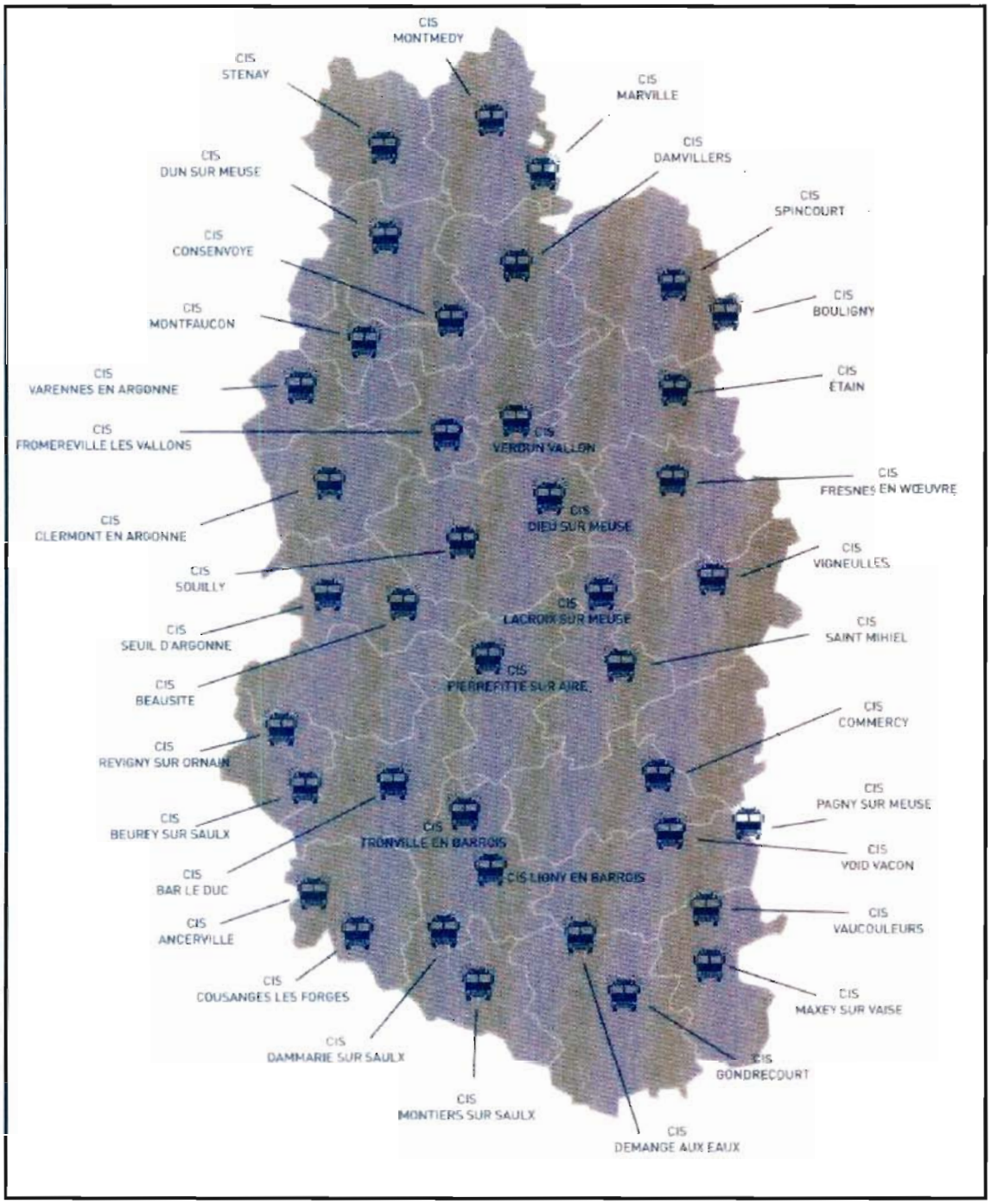
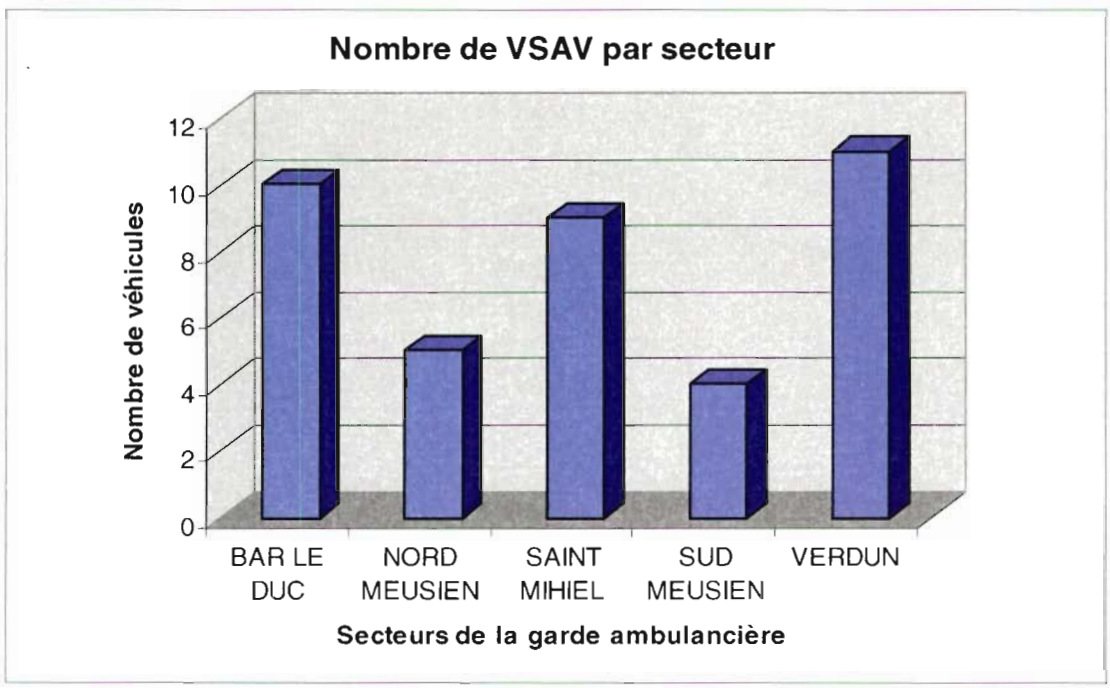


Figure 9 : Répartition des centres d'intervention et de secours dans le département de la Meuse

Le personnel du SDIS se compose de 1212 sapeurs-pompiers volontaires, 62 sapeurs-pompiers professionnels et 53 personnels administratifs, techniques et spécialisés (23). En 2004, on dénombre un total de 8274 interventions tous motifs confondus.

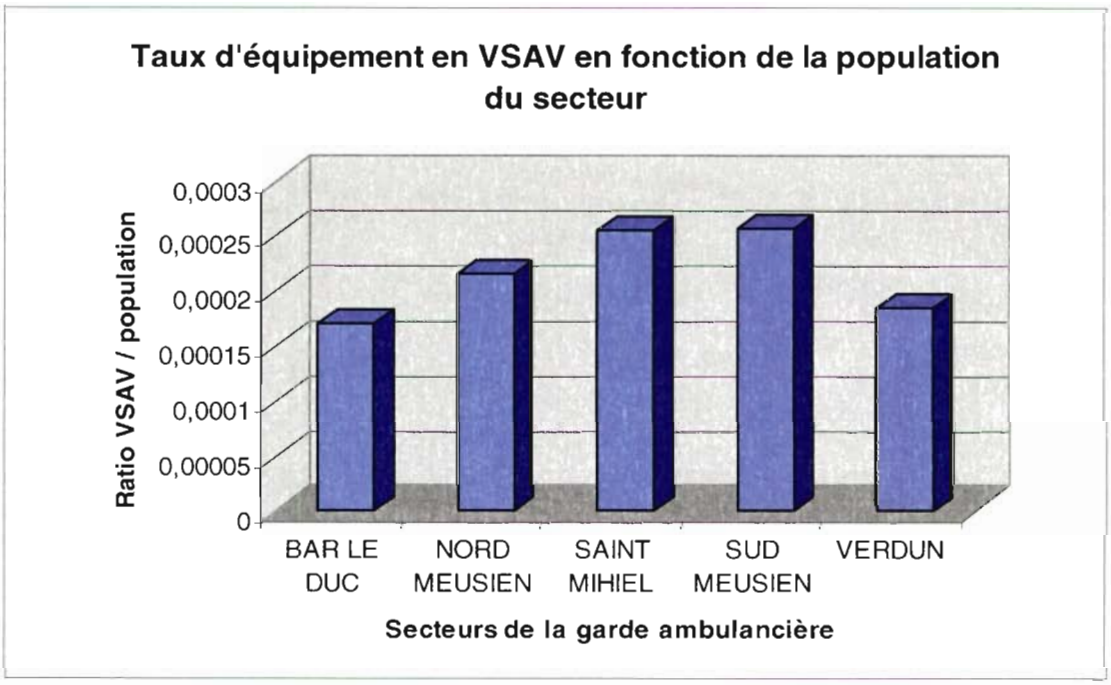
Parmi l'ensemble des centres d'intervention, 34 sont dotés de VSAV. Seuls les centres d'intervention de Verdun, Bar Le Duc, Commercy, Ligny en Barrois et Saint-Mihiel sont pourvus de deux VSAV, les autres centres n'en possédant qu'un. On dénombre donc 39 VSAV opérationnels sur l'ensemble du département de la Meuse. Durant la période 2005-2006, le schéma départemental du SDIS s'organisait autour de 9 secteurs d'intervention.

En reprenant le découpage par secteur de la garde ambulancière, nous retrouvons la répartition suivante :



Cette répartition des véhicules par secteur de garde peut être comparée à la population de ces mêmes secteurs grâce aux données de l'INSEE issues du recensement de 1999.

Cette comparaison aboutit à l'établissement d'un taux d'équipement en véhicules par secteur.



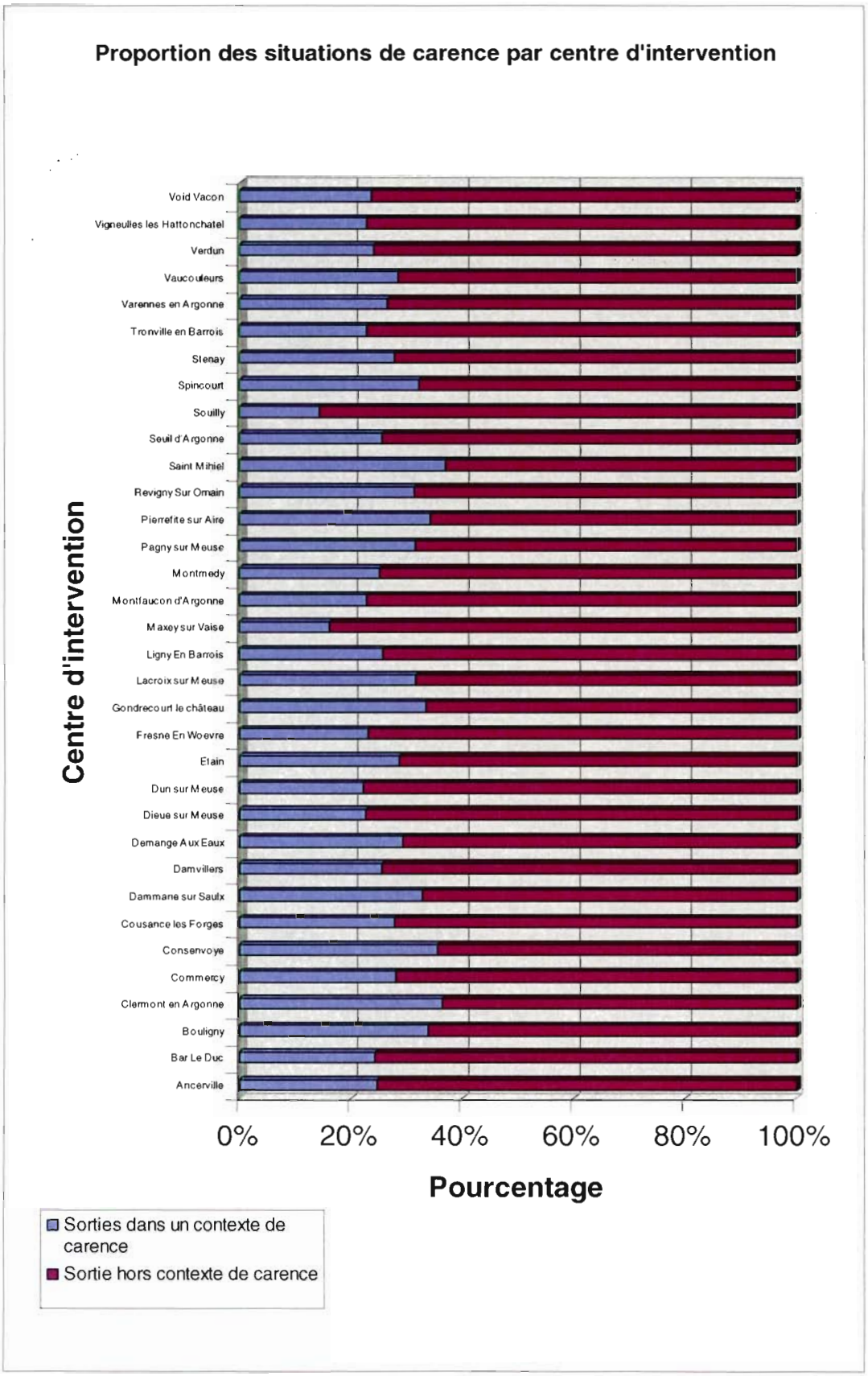
Les interventions réalisées par les VSAV au niveau de chaque centre d'intervention durant la période de notre étude se répartissent de la manière suivante :

Centre de secours	Sorties dans un contexte de carence	Sorties hors contexte de carence	Total des sorties
Ancerville	87	265	352
Bar Le Duc	543	1696	2239
Bouligny	119	231	350
Clermont en Argonne	138	241	379
Commercy	319	817	1136
Consenvoye	33	60	93
Cousance les Forges	43	111	154
Dammarie sur Saulx	57	116	173
Damvillers	53	154	207
Demange Aux Eaux	12	29	41
Dieue sur Meuse	72	246	318
Dun sur Meuse	44	154	198
Etain	103	257	360
Fresne En Woevre	75	251	326
Gondrecourt le château	89	177	266
Lacroix sur Meuse	59	127	186
Ligny En Barrois	181	518	699
Maxey sur Vaise	7	36	43
Montfaucon d'Argonne	8	27	35
Montmedy	68	202	270
Pagny sur Meuse	25	54	79
Pierrefitte sur Aire	46	88	134
Revigny Sur Ornain	158	345	503
Saint Mihiel	252	427	679
Seuil d'Argonne	36	105	141
Souilly	7	42	49
Spincourt	51	107	158
Stenay	125	322	447
Tronville en Barrois	49	165	214
Varennes en Argonne	17	47	64
Vaucouleurs	88	220	308
Verdun	643	2031	2674
Vigneulles les Hattonchatel	64	215	279
Void Vacon	73	236	309
	3744	10119	13863

Sources SDIS de la Meuse

Les situations de carence représentent près de 27 % du total des interventions VSAV du SDIS.

La proportion de ces situations de carence dans chaque centre est la suivante :



III. ETUDE

1. Objectifs

La mission principale de cette étude descriptive est d'évaluer l'ensemble des facteurs aboutissant en Meuse à une prise en charge du patient par le service d'incendie et de secours, prise en charge incombant en première intention aux ambulances privées.

2. Matériel et méthode

A. Dossiers étudiés

Nous avons analysé tous les dossiers de facturation relatifs aux missions effectuées par le SDIS à la demande du SAMU et qui incombaient en première intention aux ambulances privées, et ce sur une période de 26 mois allant du 01 janvier 2005 au 28 février 2007.

B. Méthodologie

La situation de carence a été établie après analyse conjointe des dossiers par le Médecin directeur adjoint du SAMU et par le Médecin Chef du SDIS.
L'étude repose sur l'analyse des données circonstanciées dans les rapports de régulation du CRRA 15 (Annexe 4).
Les informations extraites de ces dossiers sont les suivantes :
- La date
- L'heure d'appel
- L'âge
- Le sexe du patient

- Le lieu d'intervention
- Le motif d'intervention (type de pathologie)
- Le motif de non prise en charge par les transporteurs ambulanciers privés
- Les circonstances particulières
- Le nom du Médecin Régulateur.

Les données ont été saisies au moyen du logiciel EPI-INFO® (distribué par Epiconcept®) afin de permettre leur croisement.

3. Résultats

Au cours de la période étudiée, 3761 dossiers de situations de carence ont été traités.

A. Analyse générale

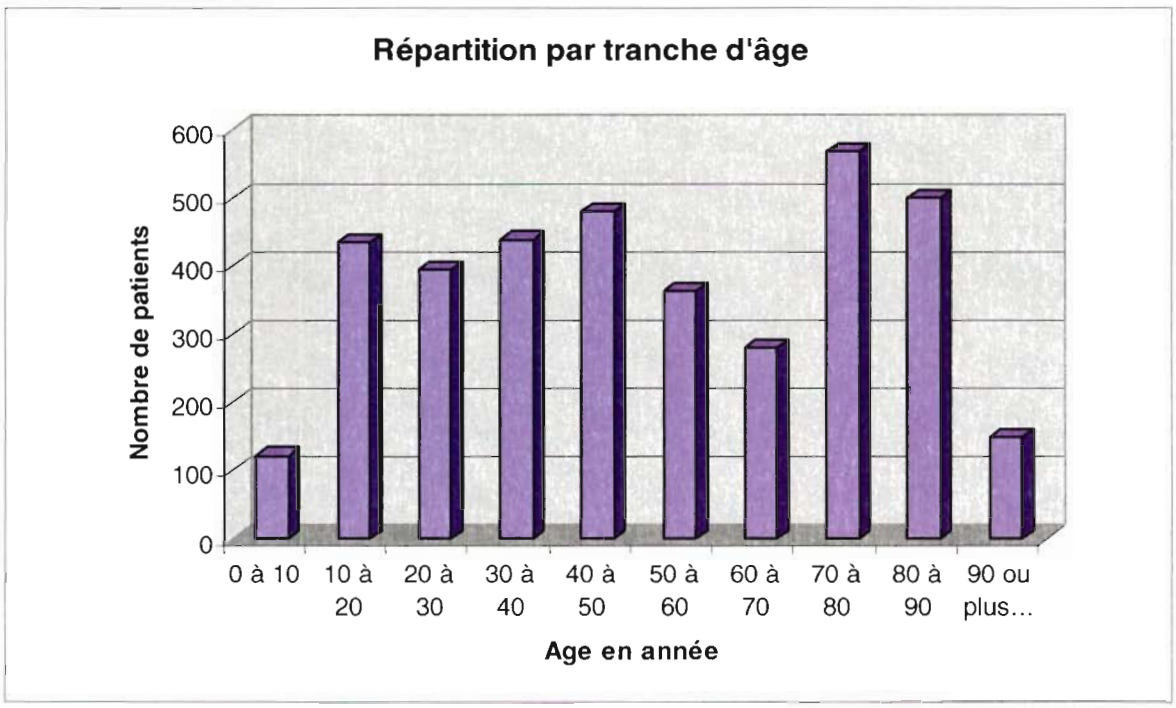
1. Analyse de la population N = 3761

Les personnes transportées durant l'étude se répartissent en 1918 hommes et 1834 femmes. (N = 3752)

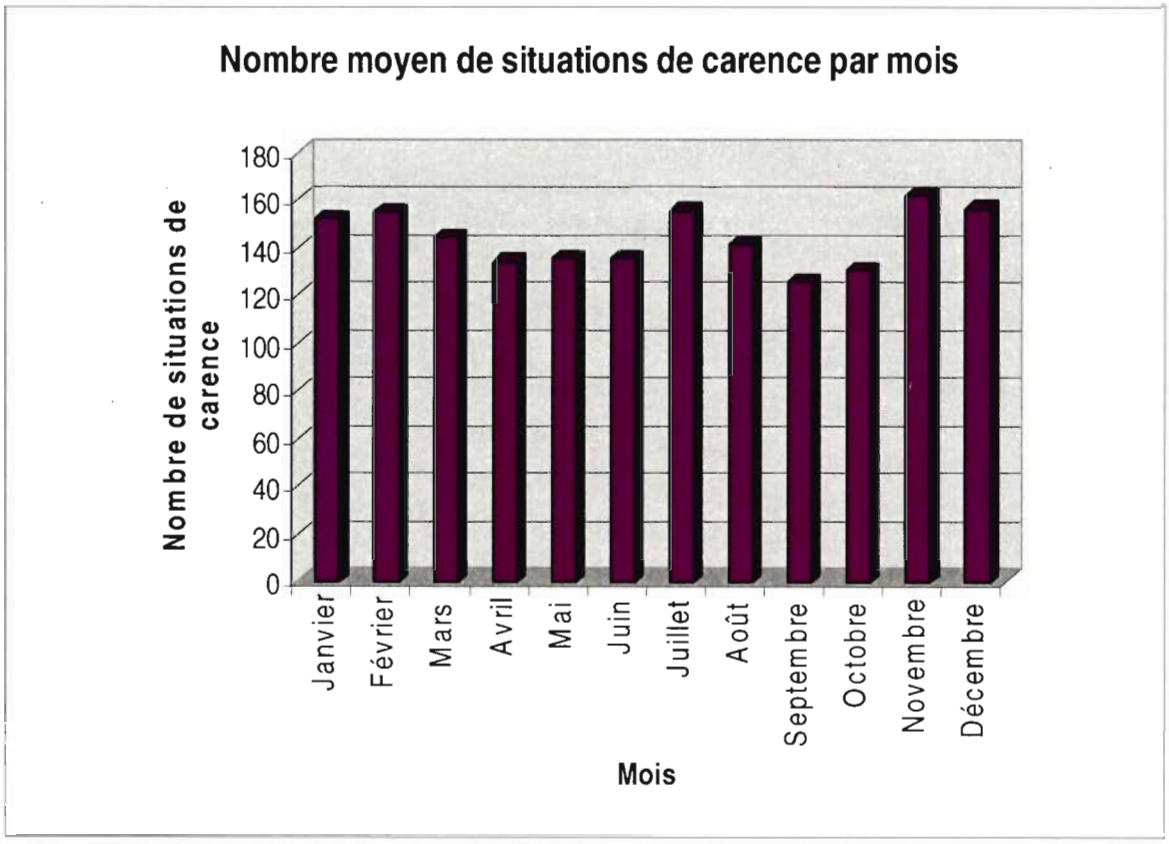
Le sex ratio et de 1,046.

La moyenne d'âge est de 52,01 ans. (Écart-type=25.57) (N = 3728)

La médiane est de 50 ans.

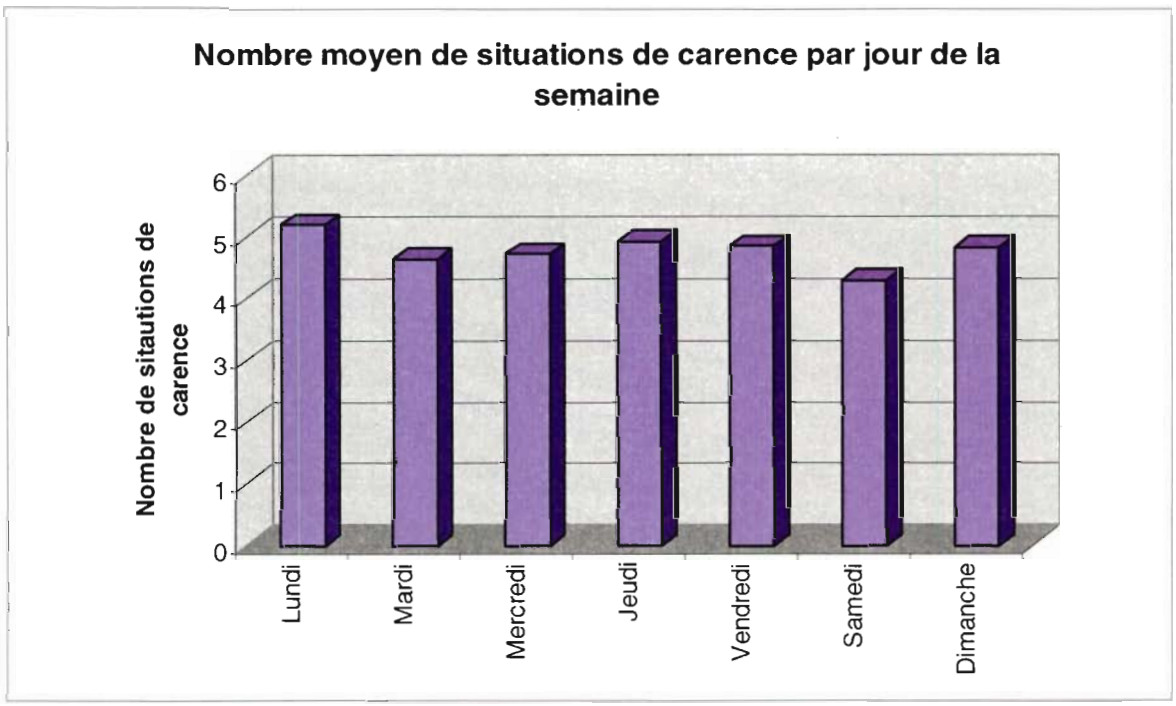


2. Répartition par mois



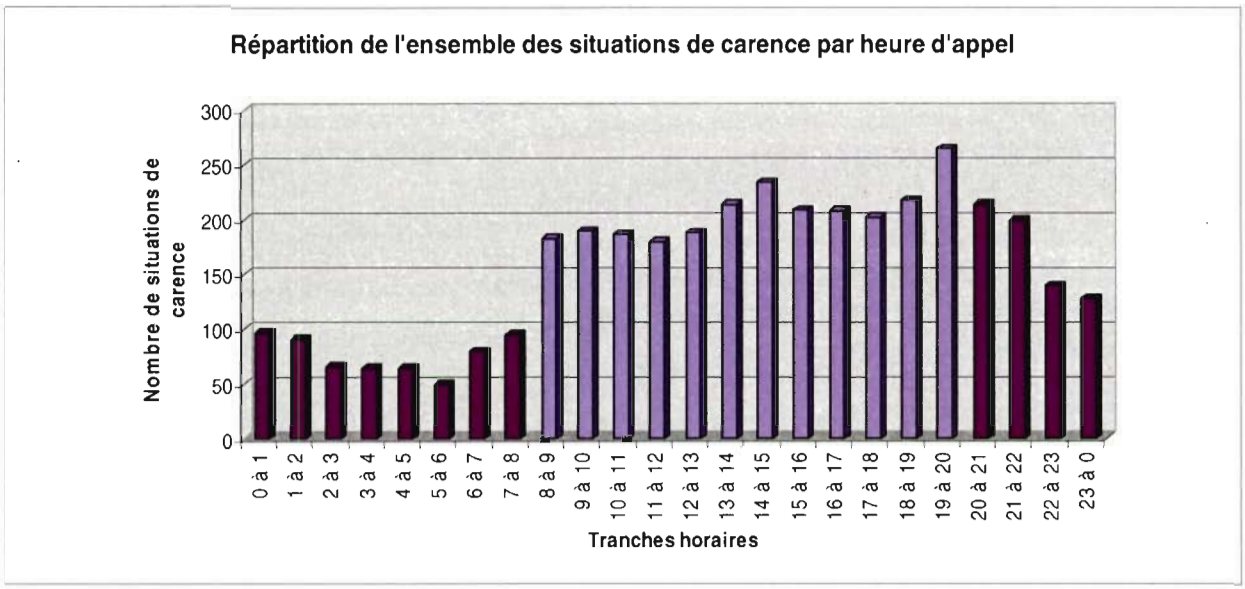
La moyenne du nombre de situations de carence par mois est de 144,65 (écart-type = 27,33) et la médiane est de 145.

3. Répartition par jour de la semaine

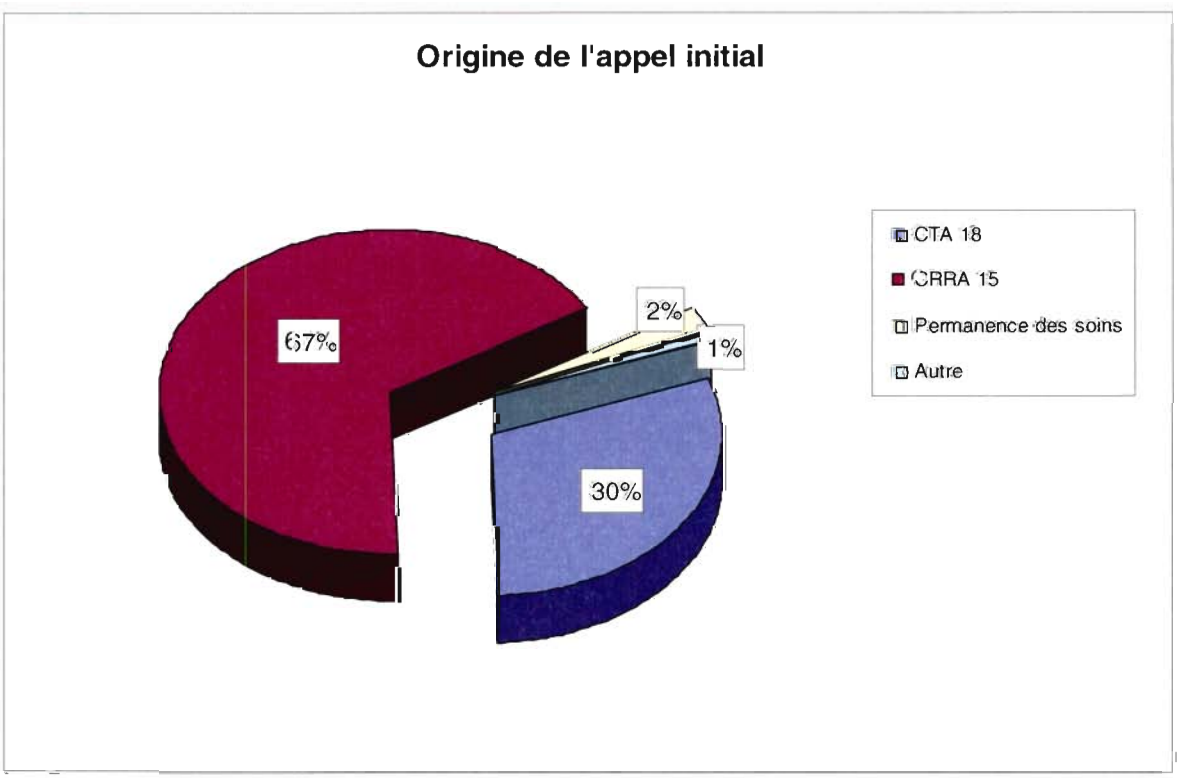


La moyenne du nombre de situations de carence par journée est quant à elle de 4.77 (écart type = 2.62) et la médiane est de 4.

4. Répartition par heure d'appel



5. Analyse par origine de l'appel

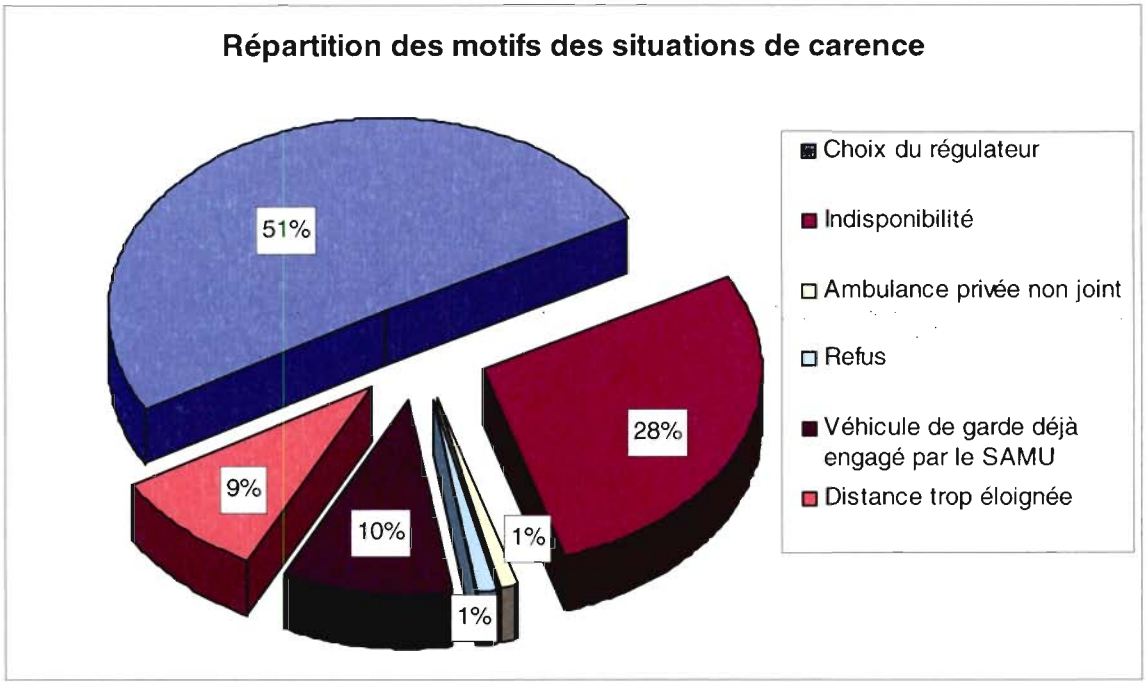


6. Répartition par pathologie dominante

(Dossiers renseignés N = 3758)

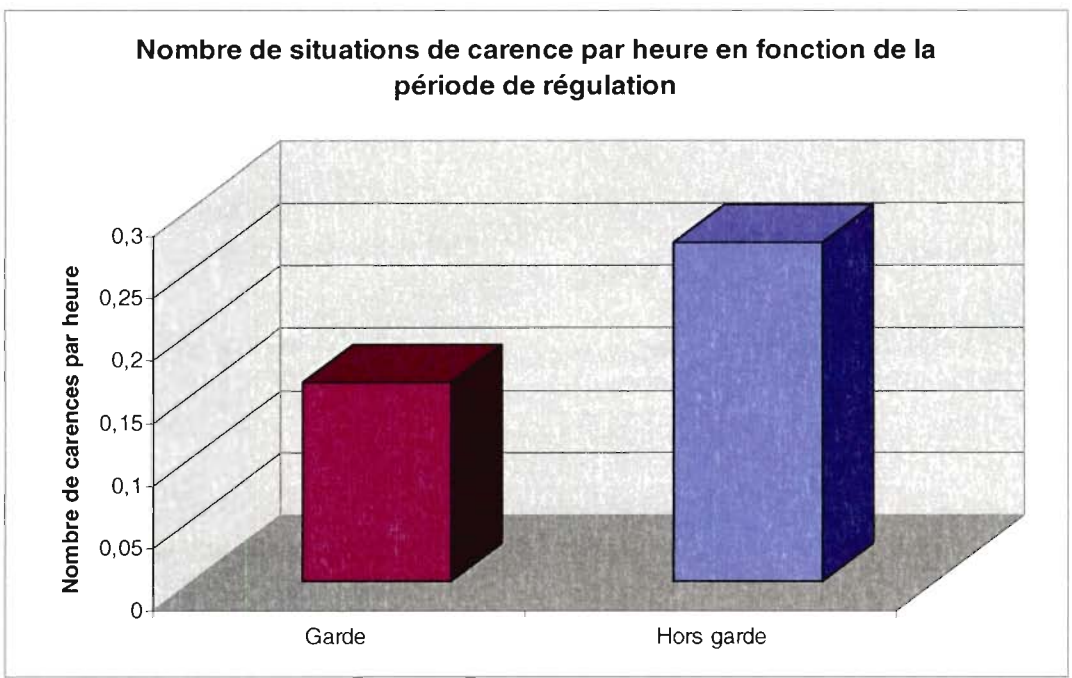
TRAUMATOLOGIE	1086	29%
PSYCHIATRIE	656	17%
NEUROLOGIE	557	15%
RESPIRATOIRE	316	8%
DIGESTIVE	268	7%
CARDIOLOGIE	249	7%
TOXICOLOGIE	181	5%
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	69	2%
AUTRE	376	10%
	3758	

7. Analyse par motif de la carence



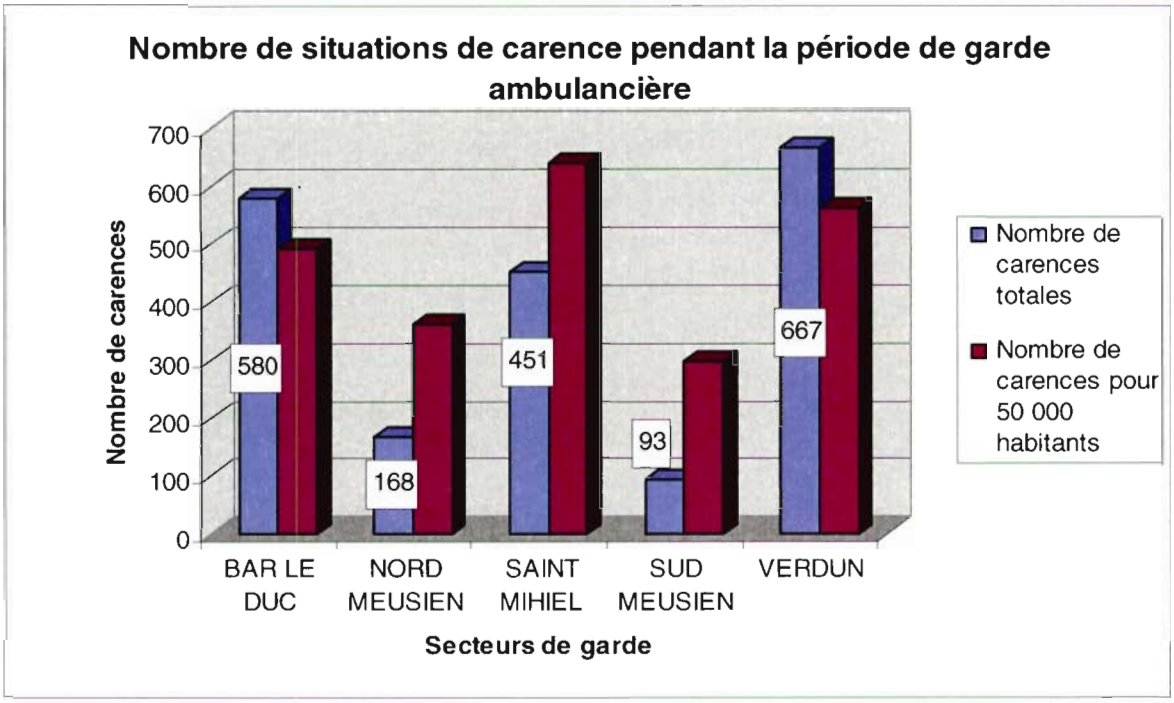
8. Analyse de la répartition horaire des situations de carence selon la période de garde ou non

On dénombre 1959 situations de carence pendant la période de la garde ambulancière et 1802 en dehors.



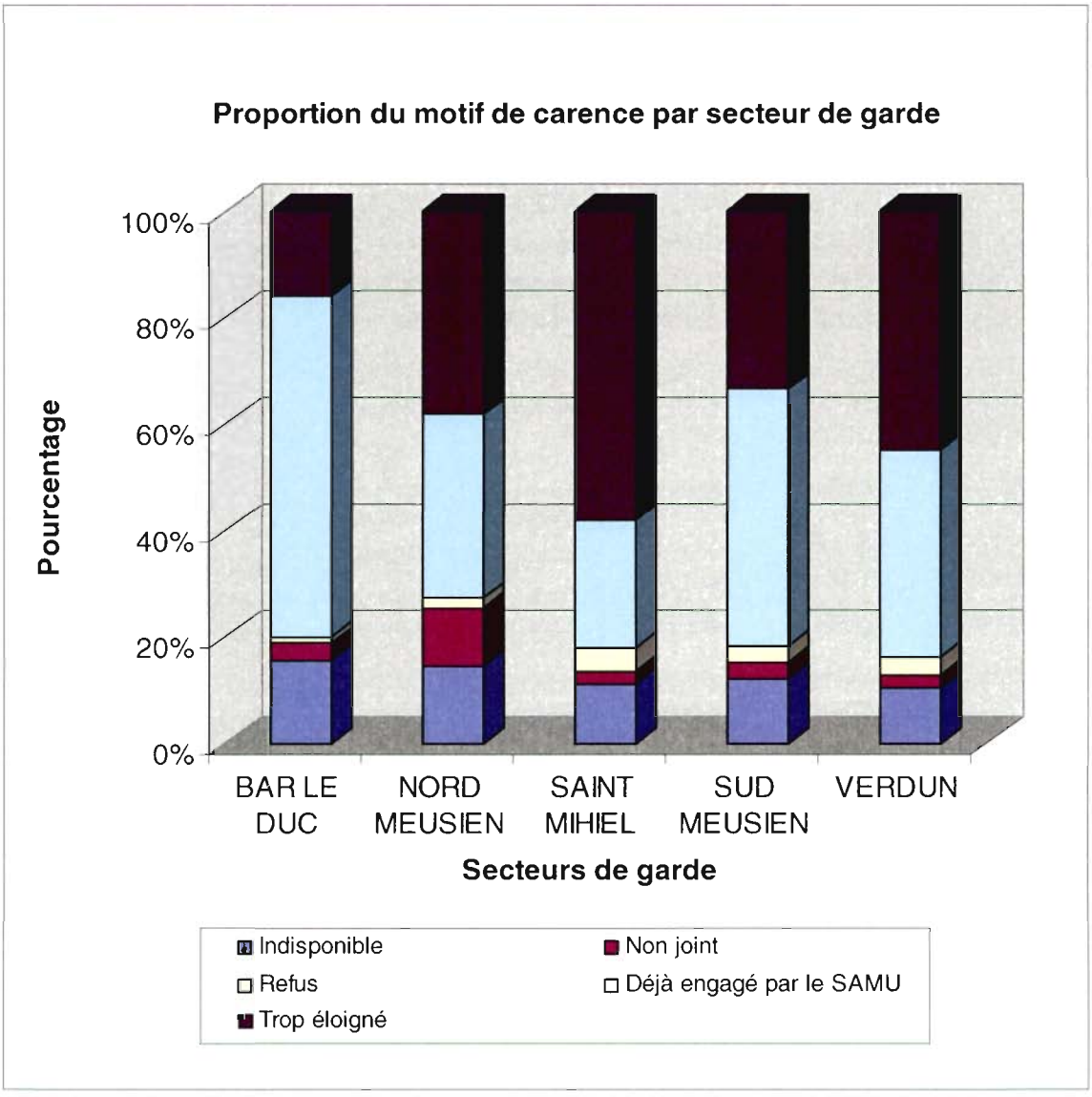
B. Période de Garde médicale N=1959

1. Répartition des situations de carence par secteur de garde

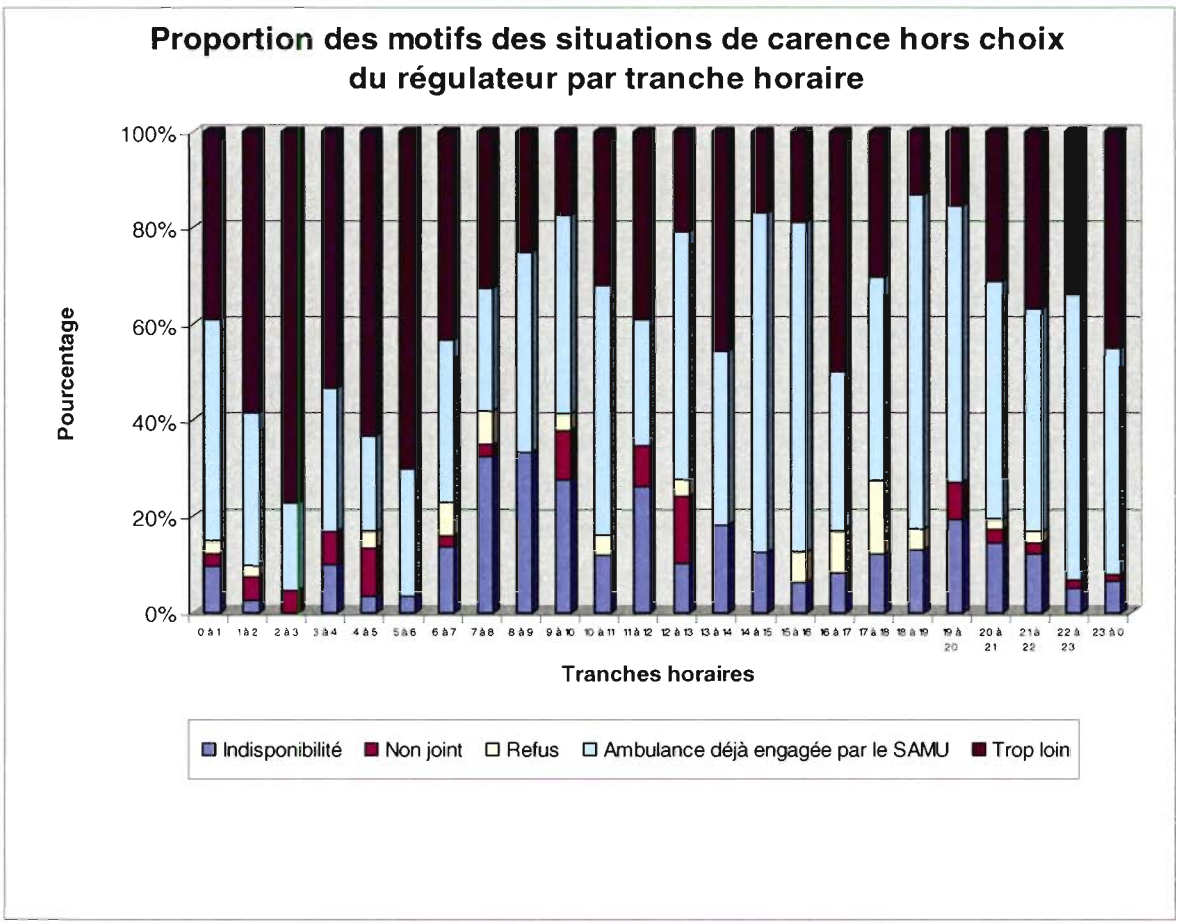


2. Analyse des motifs de carence hors choix du régulateur : proportion par secteur de garde

Le nombre de situations de carence durant les périodes de garde non liées au choix du régulateur est de 869.

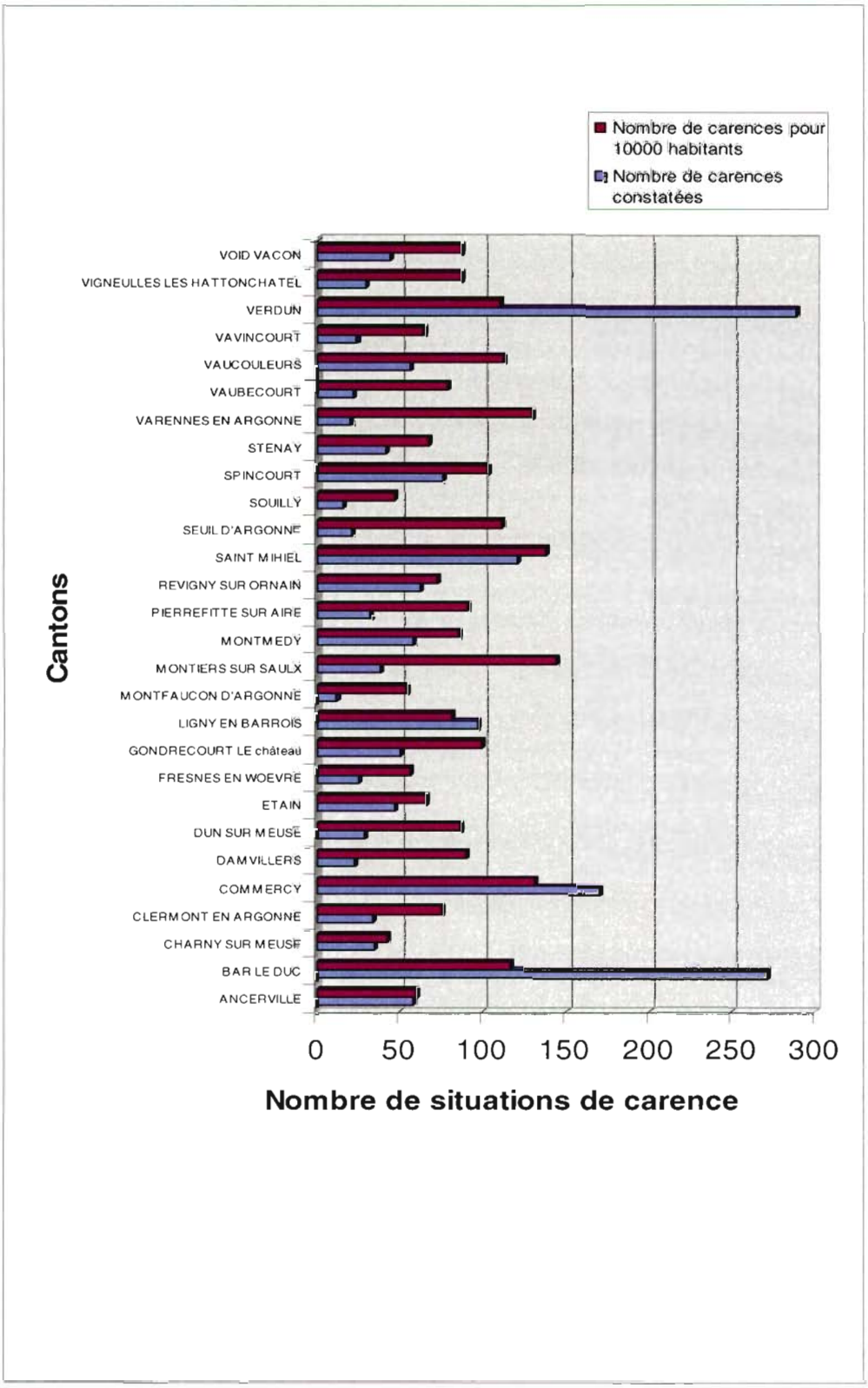


3. Analyse des motifs de carence (hors choix du régulateur) par tranche horaire



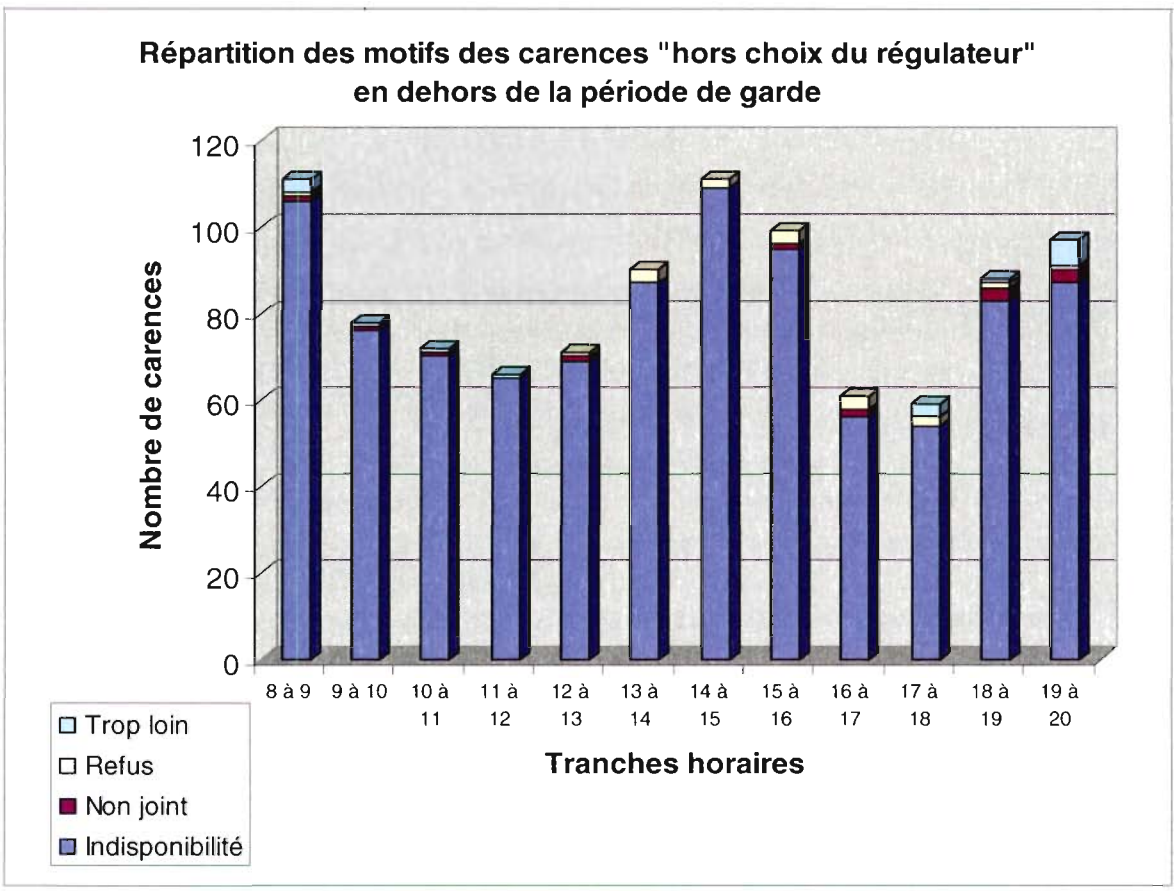
C. Analyse hors période de garde N=1802

1. Analyse par canton



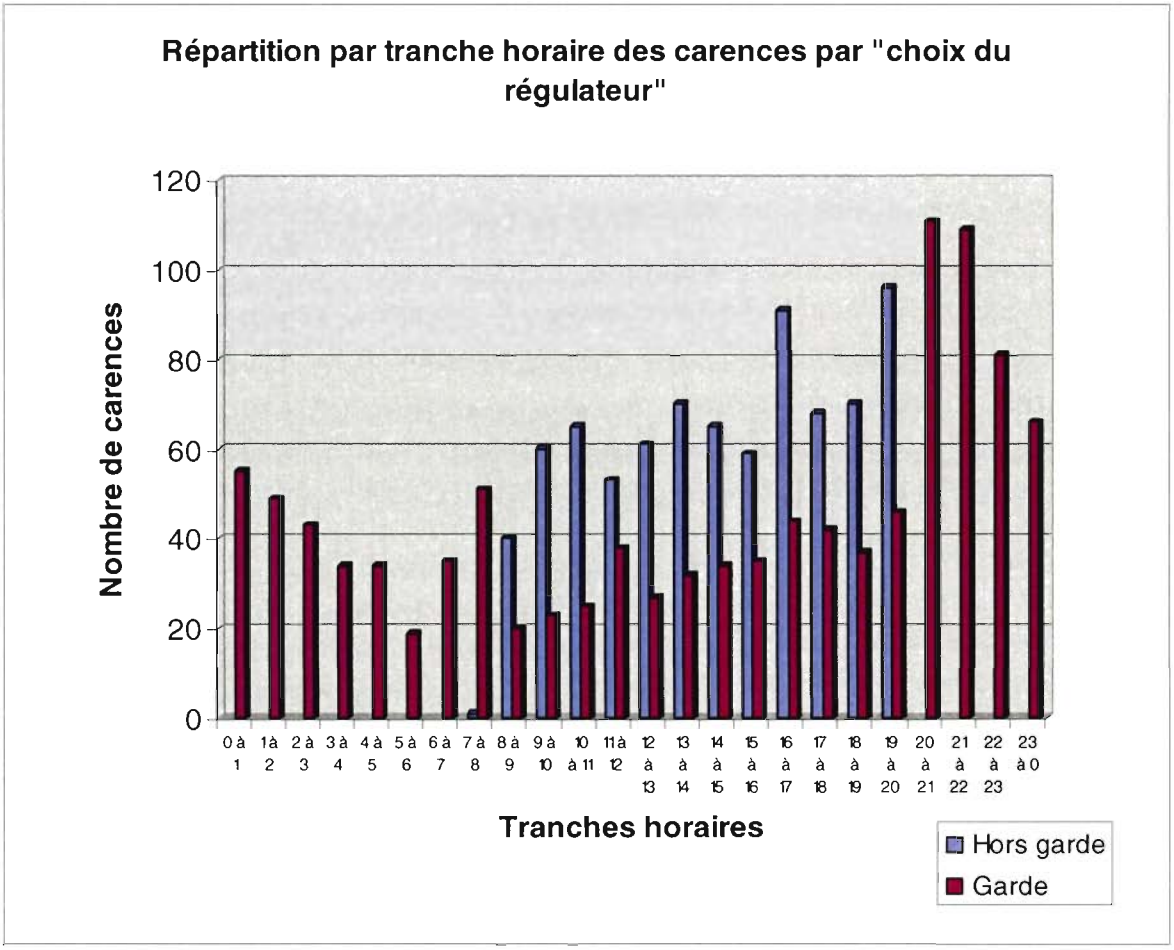
2. Analyse des motifs de carence par tranche horaire (hors choix du régulateur)

Le nombre de situations de carence hors période de garde non liées au choix du régulateur est de 1003.

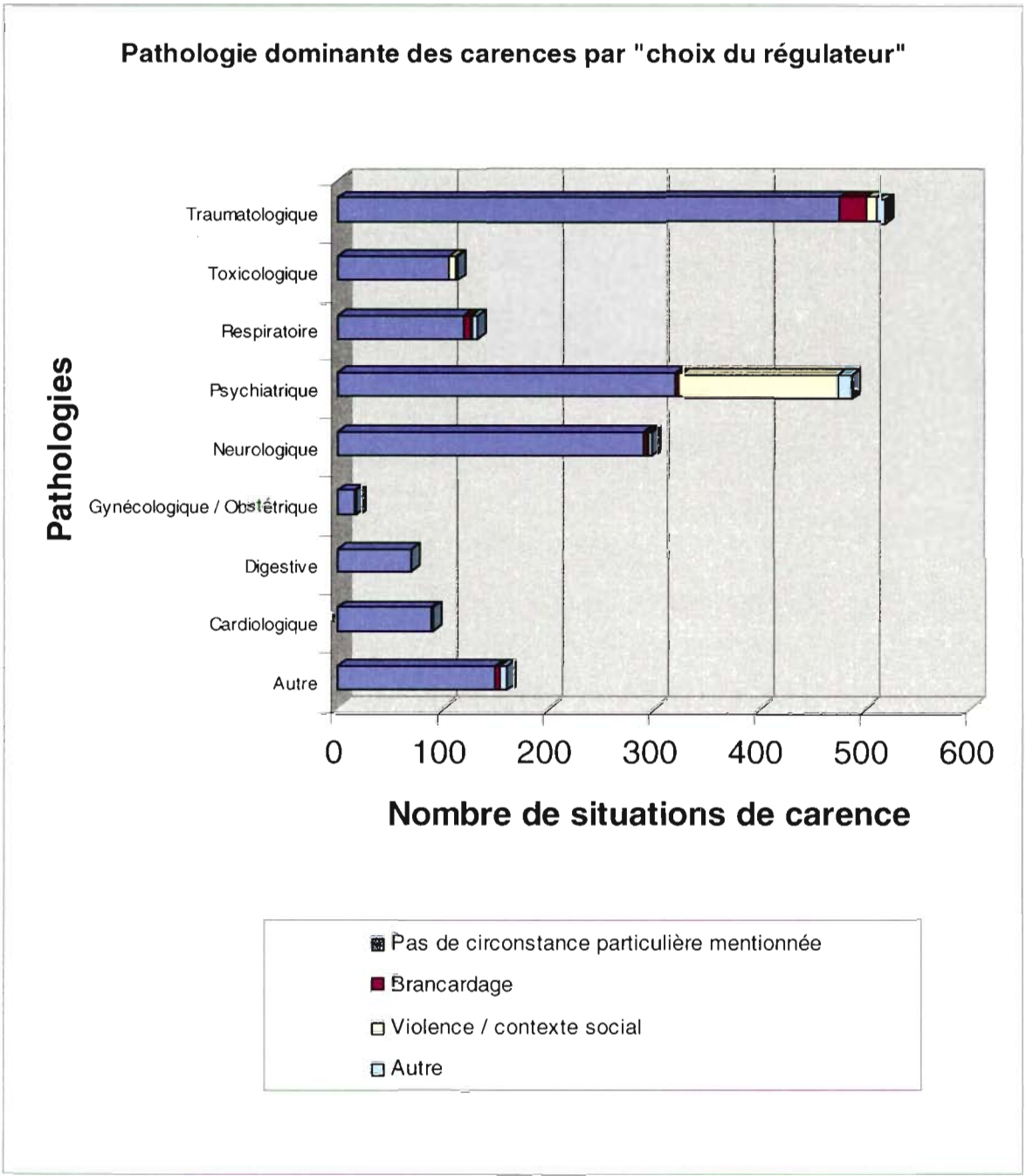


D. Analyse des situations de carence par choix du régulateur

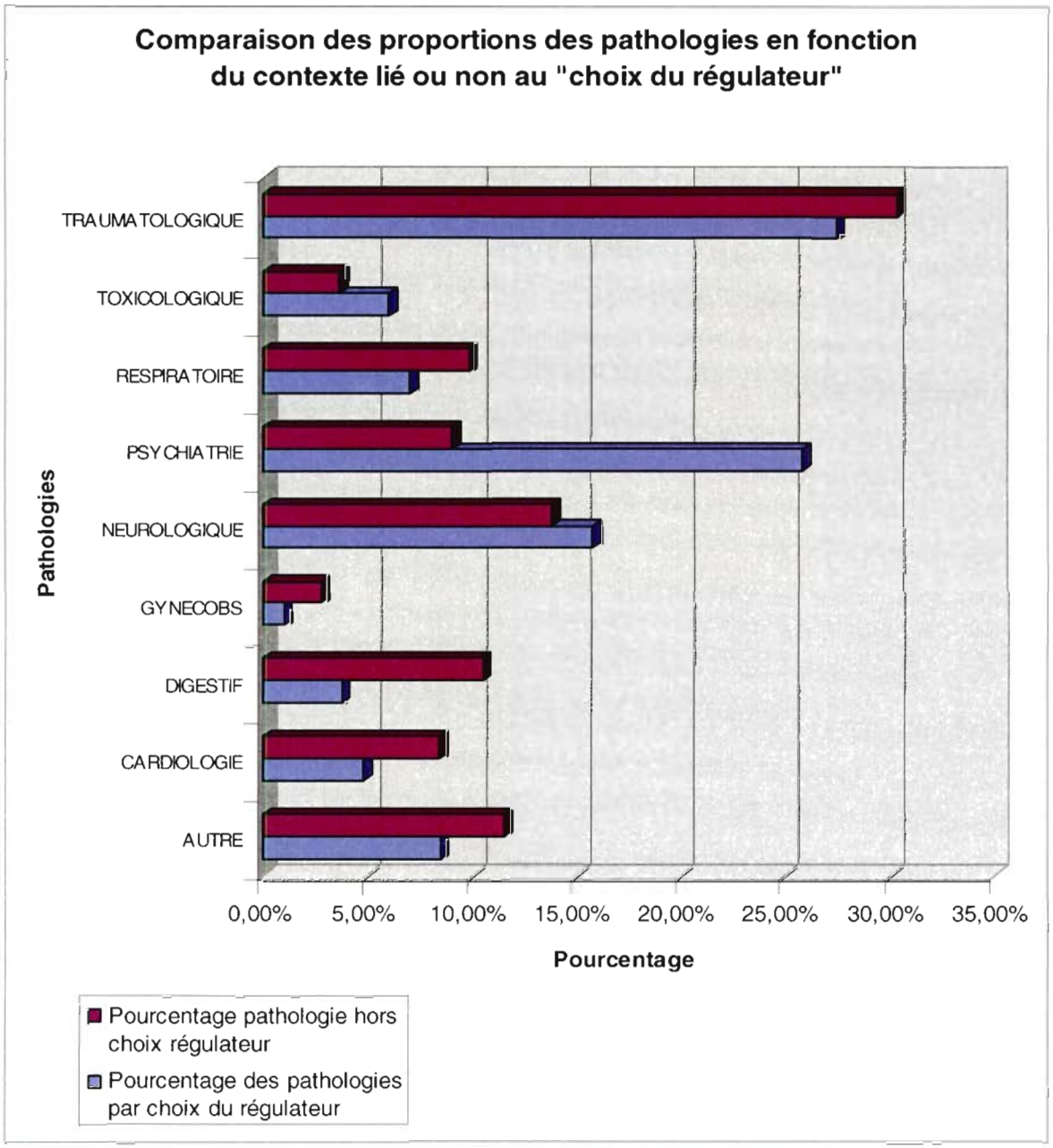
1. Analyse par tranche horaire



2. Analyse par type de pathologie dominante



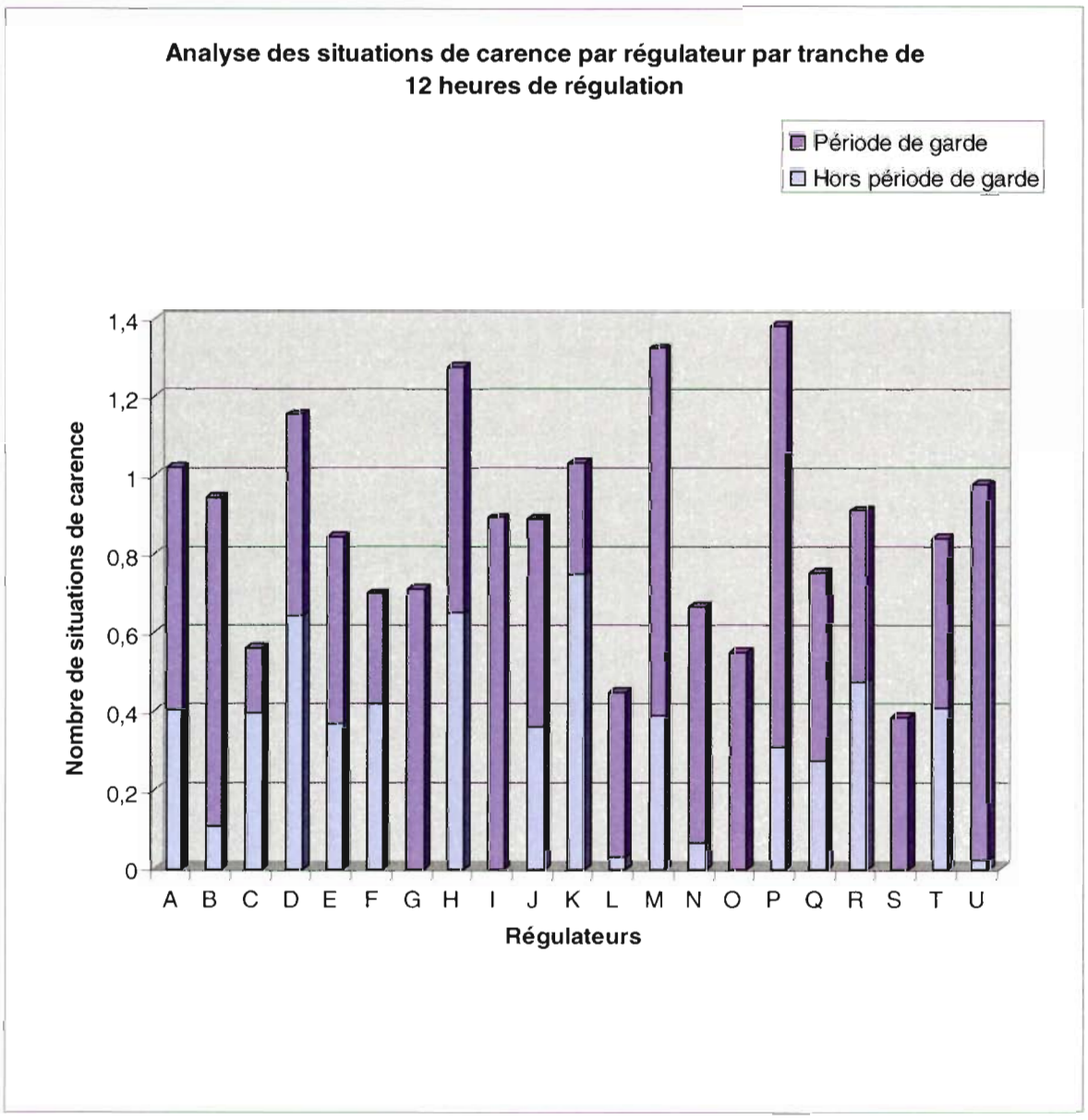
3. Comparaison du type de pathologie avec les carences hors choix du régulateur



4. Analyse des situations de carence en fonction du régulateur

Nous avons volontairement exclu les régulateurs ayant effectué moins de 6 périodes de régulation, soit une analyse de 1815 situations de carence.

Dans le groupe étudié, la moyenne du nombre de périodes de régulation par régulateur est de 86.42 (écart type=67,4) et la médiane est de 87.



IV. DISCUSSION

1. Matériel et méthode

Les données recueillies pour cette étude représentent l'ensemble des situations de carence constatées par le SDIS et facturées par ce dernier au SAMU. Ces dossiers ont été validés conjointement par le Médecin Chef du SDIS de la Meuse et le Directeur Médical adjoint du SAMU du Centre Hospitalier de Verdun.

L'analyse des situations de carence repose sur le dossier circonstancié de l'appel reçu par le CRRA 15.

L'absence de motif précis de la carence a été attribuée par défaut au choix du régulateur.

2. Discussion des résultats de l'étude

A. Données générales

Les interventions liées aux carences représentent environ 27% de l'activité des VSAV du département.

L'étude montre une répartition des situations de carence sensiblement équivalente quel que soit le jour ou le mois de l'année.

On note également une disparité au niveau des horaires, avec une diminution de leur fréquence entre 22 heures et 8 heures du matin.

Bien que leur nombre total soit un peu plus important pendant la période de la garde ambulancière (1959 contre 1802), en le rapportant au ratio horaire, on

s'aperçoit que la période hors de la garde est 1,7 fois plus pourvoyeuse de situations de carence.

Les principales catégories de pathologies retrouvées au cours de ces situations sont la traumatologie et la psychiatrie.

B. Période de la garde ambulancière

Concernant cette période, le découpage des secteurs n'est pas identique en terme de superficie et de population, ces dernières pouvant varier du simple au double.

En effet lorsque l'on compare le secteur de garde de Verdun et celui du Sud Meusien, le premier représente 28 % de la superficie du territoire total et 31 % de la population de la Meuse alors que le second ne représente que 11% de la population et 8% du territoire. Pourtant, ces deux secteurs sont pourvus du même nombre de véhicules de garde durant cette période.

Les conséquences en terme de situations de carence sont sans équivoque : au cours de la période étudiée, on en dénombre 93 dans le sud Meusien contre 667 dans le secteur de Verdun. Ces résultats montrent qu'elles ne sont pas uniquement liées à la population du secteur. En effet, une faible dotation en effecteur majore le risque de situations de carence liées à l'engagement préalable du véhicule de garde ; la taille du secteur est quant à elle pourvoyeuse de situations de carence liées à l'éloignement.
Il se produit ensuite un phénomène de potentialisation de ces situations.

Durant la période de l'étude, plusieurs compagnies ont assuré la garde depuis leur lieu d'installation majorant ainsi les distances et donc le nombre des

situations de carence par éloignement, et ce malgré les recommandations sur la nécessité de centraliser les véhicules au cœur du secteur de garde.

C. En dehors de la période de garde

En dehors de la période de garde, on constate que la majorité des situations de carence est liée à une indisponibilité des entreprises d'ambulances privées.
En effet durant cette période, elles n'ont pas l'obligation de maintenir un véhicule à la « disposition » du SAMU. Le personnel ambulancier est engagé dans les missions de transports programmés, les situations urgentes n'étant assurées que si le personnel et le véhicule sont disponibles.
Il faut également prendre en compte le fait que le département de la Meuse ne dispose pas d'un plateau technique complet permettant une prise en charge globale du patient. De ce fait, les équipes ambulancières se trouvent souvent mobilisées en dehors du département, et dans l'incapacité de pouvoir réaliser un transport semi urgent.

D. Discussion sur les situations de carence par choix du régulateur

Il ressort de cette étude qu'environ 51% des situations de carence sont liées au choix des régulateurs. La moyenne du nombre de situations de carence par régulateur et par période de douze heures montre des disparités individuelles dans un rapport de un à trois, pouvant s'expliquer par des habitudes de régulations différentes.

D'autre part lorsque l'on compare le motif de carence en fonction du type de pathologies, on s'aperçoit que celles à composante psychiatrique sont plus

représentées dans les motifs liés au choix du régulateur. Dans un tiers des cas l'envoi des sapeurs-pompiers est motivé par un contexte de violence.

E. Les attentes de la convention tripartite

La Circulaire n° 151 du 29 mars 2004 imposant l'élaboration des conventions tripartites, fixe comme objectif l'établissement précis des procédures de traitement de l'alerte, d'intervention, et des délais d'intervention (Annexe 2 et 3).
Jusqu'ici, la mise en œuvre des moyens de transport était laissée en grande partie au libre arbitre du régulateur du Centre 15. Les disparités au sein des régulateurs en sont le reflet.

L'élaboration d'organigrammes décisionnels des procédures de traitement de l'appel et la mise en œuvre des moyens adaptés à la mission de chacun des intervenants pourront ainsi permettre une diminution des situations de carence liées au choix du régulateur. L'objectif est de pouvoir identifier par la suite les motifs relevant du choix des régulateurs ayant abouti à une situation de carence. De cette analyse approfondie, on peut s'attendre à voir apparaître des contextes étiopathogéniques particuliers justifiant une intervention du SDIS plutôt que celle des ambulanciers privés même si elle semblait de leur ressort selon l'organigramme décisionnel de la convention tripartite.

L'autre mission de la convention tripartite est de permettre une analyse régulière des situations de carence et de reconsidérer les différents secteurs lors de réunion du CODAMUPS.

Une des difficultés principales dans la gestion de l'urgence est liée à la faible densité de population du département. Il semble important de pouvoir définir

quelles sont les priorités en terme de superficie des secteurs de garde et en terme de population.

Un grand secteur accroît le risque de situations de carence liées à l'éloignement, et donc à l'intervention des moyens du SDIS dans des secteurs ruraux périphériques. L'effectif des centres d'incendie et de secours est essentiellement composé de sapeurs-pompiers volontaires. Dans quelle mesure est-il acceptable de leur faire réaliser des missions qui ne leur incombent pas en première intention ?

Faut-il tendre vers des secteurs à populations égales en négligeant leur superficie ? Faut il augmenter le nombre de véhicules de garde en maintenant des secteurs disparates ? A partir de quel seuil est-il utile d'envisager d'augmenter le nombre d'équipages ambulanciers de garde ?

Compte tenu du nombre de situations de carence durant la journée, il est intéressant d'évoquer la possibilité d'appliquer le même type de gestion qu'au cours de la garde ambulancière, à savoir que l'entreprise de garde s'engage à réserver un ou plusieurs véhicules et leurs équipages aux demandes de transports urgents adressées par le SAMU.

CONCLUSION

Cette étude descriptive permet de faire l'état des lieux sur la situation des carences ambulancières dans le département de la Meuse.

Elle met en avant trois types de problèmes : un premier lié aux habitudes de régulation, un second lié à la sectorisation du département pendant la garde ambulancière et un troisième lié au fonctionnement des structures ambulancières en dehors de ces périodes de garde.

L'efficacité de l'organisation des urgences pré-hospitalières nécessite une collaboration effective et renforcée entre les services d'Aide Médicale Urgente (SAMU), les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et les ambulanciers privés.

Afin de permettre une amélioration de l'organisation départementale et de diminuer le nombre de situations de carence, les trois partenaires doivent passer une convention tripartite formalisant leurs relations et adaptant les principes nationaux de compétence, aux particularités locales.

De par la convention tripartite, l'élaboration de procédures opérationnelles devrait permettre une amélioration de la régulation et aboutir à une diminution du nombre de situations de carence par « choix du régulateur ».

Grâce à la mise en place d'une évaluation régulière du nombre et des motifs des carences par secteurs de garde, la convention tripartite devrait parvenir à des modifications progressives du nombre, de la taille et de la répartition de

ces secteurs afin d'optimiser les effectifs de personnels et de matériels mobilisés.

Cependant, dans les conditions actuelles, elle ne pourra pas agir sur les situations de carence en dehors de la période de la garde ambulancière tant qu'il ne sera pas envisagé d'étendre ses modalités à la journée.

La finalité de cette étude est essentiellement de permettre l'évaluation des modifications qui résulteront de la mise en application de la convention tripartite dans les mois à venir.

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires. Journal officiel, du 7 janvier 1986, p. 323

2. Article R. 6313-1 du Code de la Santé Publique

3. Décret n° 87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires. Journal officiel « lois et décrets », du 1er décembre 1987, p. 13997

4. Décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U. Journal officiel « Lois et Décrets », du 17 décembre 1987, p. 14692

5. 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. Bulletin Officiel de la santé, n°2004-16, p. 1215

6. Circulaire du 18 septembre 1992 relative aux relations entre le service départemental d'incendie et de secours et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours. Journal officiel, n°232 du 6 octobre 1992, p 13856

7. Loi n° 96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours. Journal Officiel, n° 105 du 4 mai 1996, p. 6728

8. Article L.1424-2 du code général des collectivités territoriales

9. Article R.1424-24 du code général des collectivités territoriales

10. Article L.6312-1 du code de la santé publique

11. 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. Journal officiel, n° 170 du 25 juillet 2003, p. 12590

12. Arrêté du 23 juillet 2003 fixant les périodes de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire. Journal Officiel, n°170 du 25 juillet 2003, p.12592

13. Circulaire DHOS/O1 n° 2003-204 du 23 avril 2003 relative à l'organisation de la garde ambulancière. Bulletin officiel de la santé, n°2003-18, p. 1317

14. Loi n° 2002-276 du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité. Journal officiel, n° 50 du 28 février 2002, p. 3808

15. Circulaire interministérielle NDHOS/ F4 /F2/ O1/ DDSC / SDSP/ BSIS n° 2005-31 du 18 janvier 2005 relative à la prise en charge financière des interventions effectuées depuis le 1er janvier 2004 par les SDIS à la demande de la régulation du centre 15, en cas de carence constatée des transporteurs sanitaires privés. Bulletin Officiel, n° 2005-2 du 15 mars 2005, p. 68

16. Arrêté du 20 mars 1990 fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectés aux transports sanitaires terrestres. Journal officiel, n° 134 du 12 juin 1990, p. 6863

17. Arrêté du 7 février 2005 modifiant l'arrêté du 20 mars 1990 fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectés aux transports sanitaires terrestres. Journal officiel, n°47 du 25 février 2005, p. 3246

18. MINISTERE DE L'INTERIEUR. Règles techniques relatives aux véhicules des services d'incendie et de secours. Véhicules de secours et d'assistance aux victimes [en ligne], Note d'Information Technique, n°330 du 13 mars 2001. Disponible sur : <http://www.interieur.gouv.fr/sections/a_l_interieur/defense_et_securite_civiles/materiels-equipements/documentation-technique/nit/330.pdf/downloadFile/file/330.pdf?nocache=1137514305.59> (consulté le 20.10.07)

19. Décret n°87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres. Journal Officiel, du 1er décembre 1987, pp. 13998-14000

20. Arrêté du 26 janvier 2006 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier. Journal Officiel, n° 48 du 25 février 2006, p. 2967

21. INSEE. Ecoscopie de la Meuse [en ligne]. Disponible sur : < http://www.insee.fr/fr/insee_regions/lor/publi/pub_elect/ecoscopie_55/eco_55_accueil.htm > (consulté le 11.10.07)

22. Arrêté préfectoral n°2004-662 du 13 août 2004 modifié validant le cahier des charges fixant les conditions de la garde ambulancière départementale pour la Meuse.

23. CONSEIL GENERAL DE LA MEUSE. Poursuivre la mise en œuvre du projet départemental, 2007, p 23

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Axes routiers de la Meuse 45
http://www.meuse.cci.fr/pdf/economie/infrastructures.pdf

Figure 2 : Répartition de la population Meusienne (source INSEE : recensement de 1999) 46
http://www.recensement.insee.fr/RP99/rp99/c_affiche.affiche?nivgeo=D&codgeo=55&produit=C_DC_POP&theme=ALL&typeprod=ALL&lang=FR

Figure 3 : Evolution de la population meusienne entre 1999 et 1982, estimations pour 2004 47
http://www.insee.fr/fr/insee_regions/lor/publi/pub_elect/ecoscopie_55/demographie/08GrafDemo1.htm

Figure 4 : Evolution annuelle de la population des communes meusiennes entre 1999 et 2004-2005 49
http://www.insee.fr/fr/insee_regions/lor/publi/pub_elect/ecoscopie_55/demographie/09CarteDemo1Dynami.htm

Figure 5 : Pyramide des âges de la population Meusienne en 2004 50
http://www.insee.fr/fr/insee_regions/lor/publi/pub_elect/ecoscopie_55/demographie/12PyrDemo3.htm

Figure 6 : Répartition de la population de plus de 60 ans en Meuse (sources : recensement de 1999) 51
http://www.insee.fr/fr/insee_regions/lor/publi/pub_elect/ecoscopie_55/demographie/13CarteDemo3.htm

Figure 7 : Projection de la population de plus de 75 ans en Lorraine à l'horizon 2020 52

INSEE , Modèle de projection OMPHALE, rescencement de la population de 1999

Figure 8 : Secteurs de la garde ambulancière et répartition des entreprises de transport ambulancier en Meuse 54

Source DDASS

Figure 9 : Répartition des centres d'intervention et de secours dans le département de la Meuse 58

CONSEIL GENERAL DE LA MEUSE, Poursuivre la mise en œuvre du projet départemental, 2007, p 23

ANNEXES

Annexe 1 : Abréviations

AFPS : Attestation de Formation aux Premiers Secours

AMU : Aide Médicale Urgente

ASSU : Ambulance de Secours et de Soins d'Urgence

ATSU : Association des Transports Sanitaires Urgents

BNS : Brevet National de Secourisme

BNPS : Brevet National de Premiers Secours

CCA : Certificat de Capacité d'Ambulancier

CFAPSE : Certificat de Formation d'Aptitude aux Premiers Secours en Equipe

CFAPSR : Certificat de Formation d'Aptitude aux Premiers Secours Routiers

CGCT : Code Général des Collectivités Territoriales

CODAMUPS : Comité de l'Aide Médicale Urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appel

CSP : Code de Santé Publique

CTA : Centre de Traitement de l'Alerte

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SMUR : Service Mobile d'Urgence Réanimation

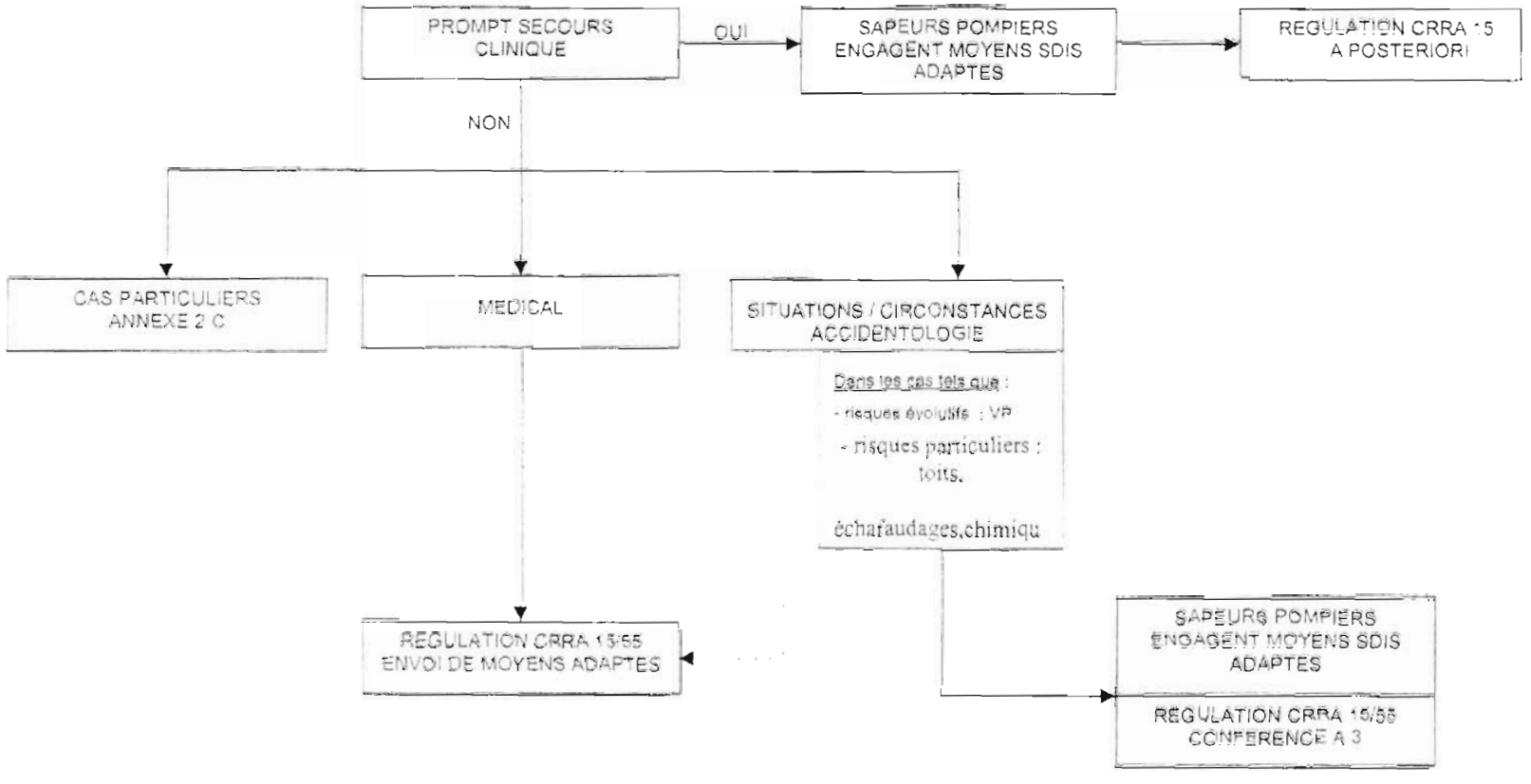
VSAB : Véhicule de Secours aux Asphyxiés et aux Blessés

VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

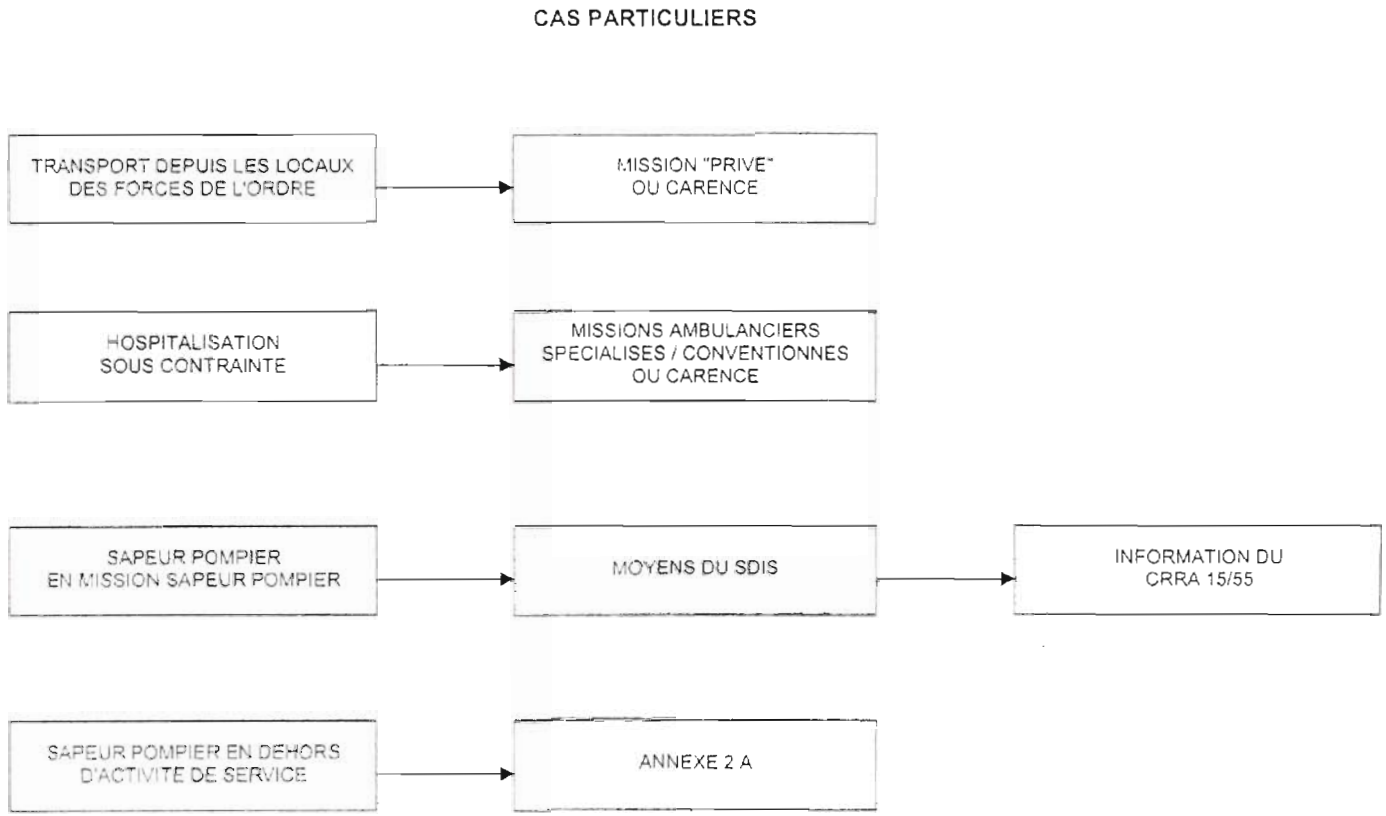
VSL : Véhicule Sanitaire Léger

Annexe 2A : Projet de convention tripartite : Appel reçu par le « 18 »

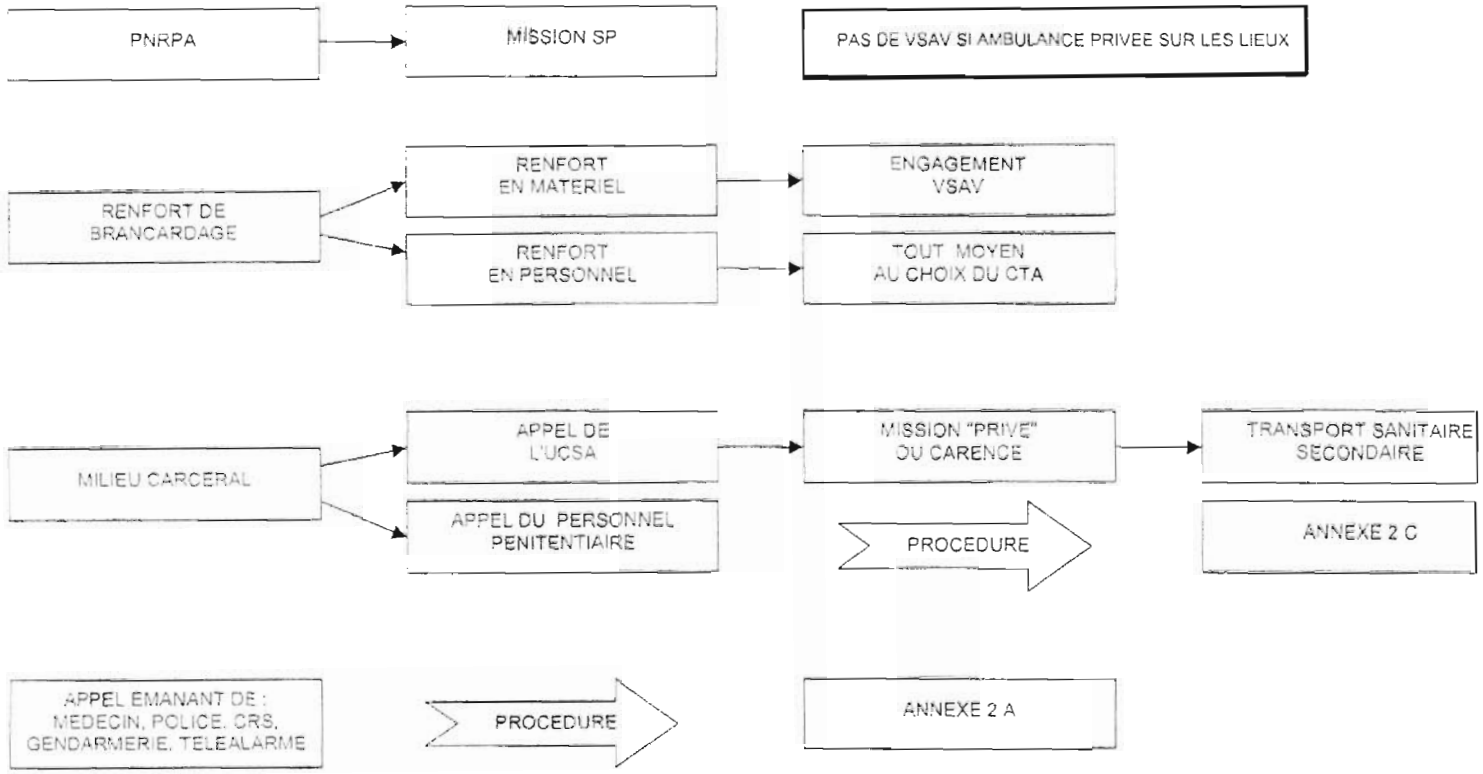
APPEL RECU PAR LE "18"



Annexe 2B: Projet de convention tripartite : Cas Particuliers



CAS PARTICULIERS (suite)



Annexe 2C : Projet de convention tripartite : Analyse des situations particulières rencontrées

Analyse des situations particulières rencontrées

La carence :

De l'application de l'annexe II précisant les missions des différents partenaires, la carence résulte de la "non-réalisation" de la mission par le partenaire prévu. Ainsi, toute mission réalisée par le SDIS et devant être effectuée par une autre structure autorise le dédommagement du SDIS par l'hôpital siège du SAMU.

Une opération réalisée en "prompt secours" ne peut, a posteriori, être reclassée en carence.

La liste des missions réalisées par carence sera présentée au comité d'évaluation.

1 - **Personne ne répondant pas aux appels (PNRPA) : Il s'agit d'une mission sapeur-pompier.**

Si une ambulance privée est déjà sur place, le SDIS n'engage que l'engin technique (sous réserve de la présence d'un DSA dans l'ambulance privée).

2 - **Complément opérationnel : Dans le cadre d'une mission déclenchée par le CRRA 15/55, les moyens privés déjà sur les lieux demandent au CRRA 15/55 un renfort du SDIS.**

Dans tous les cas, il s'agit d'une mission sapeur-pompier non statutaire.

3 - **Interventions demandées au "18" par Police, CRS, Gendarmerie :**

La régulation de l'appel est impérative et la totalité de la procédure s'applique. La réponse doit être identique, que l'appel transite par le "17", le "18", le "15" ou le "112".

4 - **Demande de transport auprès du CRRA 15/55 depuis les locaux des forces de l'ordre : Police, CRS, Gendarmerie :**

La mission incombe aux ambulanciers privés.

5 - **Demande de transport depuis le milieu carcéral :**

Lorsque le transport est demandé par l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires de la prison (UCSA), il s'agit d'un transport sanitaire secondaire pour lequel la procédure transfert secondaire médicalisé ou non médicalisé s'applique.

Lorsque l'intervention est demandée par le personnel pénitentiaire, application de l'annexe II

6 - **Demande de transport d'un sapeur-pompier :**

Le transport d'un sapeur-pompier malade ou blessé, dans le cadre de son activité sapeur-pompier, est assuré par les moyens du SDIS.

En dehors de l'activité de service, application de l'annexe II.

7 - **<u>Demande de transport émanant d'un médecin ou d'un paramédical</u> (y compris MSP ou ISP au cours de leur activité non sapeur-pompier) :**

L'appel est traité en application de l'annexe 2 A.

8 - **<u>Cas des hospitalisations sous contraintes (HO, HDT, HDT d'urgence)</u> :**

Entrent dans cette catégorie les appels pour lesquels l'ensemble des documents légaux indispensables est établi, conforme et disponible sur les lieux.

Lorsque les documents ne sont pas établis ou sont non conformes, l'appel est traité comme un appel classique.

- ➪ Hospitalisation libre : ce n'est pas une hospitalisation sous contrainte, ce n'est pas une urgence, ce n'est en aucun cas une mission sapeur-pompier.
- ➪ H.O. (loi du 27 juin 1990 et ordonnance du 15 juin 1990) : le transport est théoriquement effectué par les ambulanciers privés. Si le transport est effectué par le SDIS, ce ne peut être que sur réquisition par l'autorité préfectorale ou son représentant au titre de la carence.
- ➪ H.D.T. : les documents légaux étant établis, il n'y a pas de détresse vitale : c'est une mission dévolue aux ambulanciers privés. Les sapeurs-pompiers n'interviennent qu'au titre de la carence sur appel du CRRA 15/55.

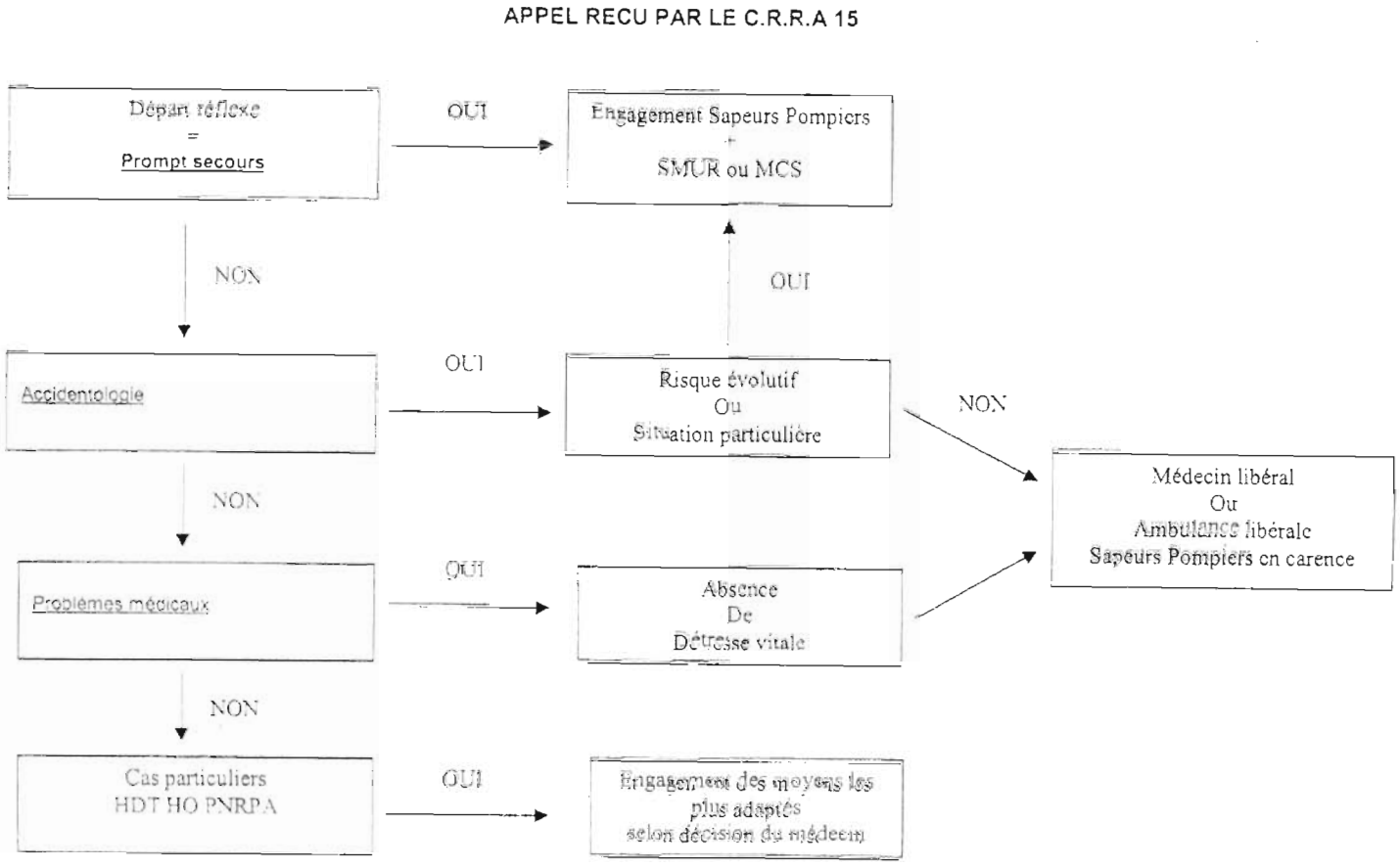
9 - **<u>Cas des personnes décédées</u> :**

La prise en charge des personnes décédées n'incombe pas aux sapeurs-pompiers.

10 - **<u>Appel émanant des sociétés de téléalarme</u> :**

L'appel est traité comme un appel classique selon l'annexe 2 A.

Annexe 3 : Projet de convention tripartite : Appel reçu par le C.R.R.A. 15



Annexe 4 : Fiche de régulation du Centre 15

n° affaire n° appel le à

pris par régulé par

zone régulation Etat de l'affaire

Appelant

Type appelant

Téléphone
0329

Nom

Précisions évènement

Type évènement

Lieu

Interrogatoire évt ou médical

Origine de l'appel

Type moyen alerte

Type demande

Commune

n° Voie

etg esc App Téléphone

Immeuble Codes portes

Lieu dit

Référence du plan Carroyage

Précisions / Lieu

Liste des patients concernés par l'affaire

Nom du patient Sexe Age Etio. principale Fonct. atteinte

Fiche du patient sélectionné

Nom Prénom Sexe Age

Motif non transp

Médecin traitant

Téléphone du médecin
0329

Observations sur le patient

Liste des décisions pour cette affaire

Observations

VU

NANCY, le **5 novembre 2007**
Le Président de Thèse

Professeur A. BELLOU

NANCY, le **8 novembre 2007**
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation

Professeur F. ALLA

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **12 novembre 2007**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RÉSUMÉ DE THÈSE :

Il s'agit d'une thèse descriptive rétrospective faisant état des lieux de la situation des carences ambulancières dans le département de la Meuse.

Elle reprend le cadre règlementaire des transports sanitaires en rapport avec l'Aide Médicale Urgente et définit le rôle et les missions de chacun des intervenants que sont le SAMU, le SDIS et les ATSU.

Elle repose sur l'analyse des dossiers de facturation relatifs aux transports effectués par le SDIS à la demande du SAMU incombant en première intention aux ambulances privées et constituant une situation de carence pendant une période de plus de deux ans.

L'analyse de ces données permet d'envisager les modifications qu'apportera la mise en œuvre de la convention tripartite SAMU, SDIS et ATSU imposée par la circulaire n° 151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'Aide Médicale Urgente.

TITRE EN ANGLAIS :

Appraisal of the deficiencies of ambulances in the Meuse department prior to the convention between the medical emergency service (S.A.M.U.), the firemen organisation (S.D.I.S.) and the companies of private ambulances (ATSU).

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2007

MOTS CLES :

Carence ambulancière, convention tripartite, aide médicale urgente, transports sanitaires.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54500 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex.