

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES  
PERSONNES HANDICAPÉES**DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET  
DE L'ORGANISATION DES SOINSLe ministre de la santé, de la famille et des personnes  
handicapées

à

Mesdames et Messieurs les préfets de départements  
Direction départementale des affaires sanitaires et  
sociales  
(pour exécution)Mesdames et Messieurs les directeurs d'agence  
régionale de l'hospitalisation  
(pour information)Mesdames et Messieurs les préfets de région  
Direction régionale des affaires sanitaires et sociales  
(pour information)

CIRCULAIRE N°DHOS/O1/2003/204 du 23 avril 2003 relative à l'organisation de la garde ambulancière

Date d'application : immédiate

NOR : SQNH0330178C (texte non paru au journal officiel)

Grille de classement : SP 3 321

**Résumé :** Réorganisation de la garde départementale des ambulanciers**Mots-clés :****Textes de référence :**

- Code de la santé publique- Article L.6311-1 à L.6314-1.
- Loi n°96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours.
- Décret n°87-964 du 30 novembre 1987 modifié relatif au comité départemental d'aide médicale urgente et des transports sanitaires
- Décret n°87-965 du 30 novembre 1987 modifié relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres
- Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au SAMU
- Décret n°94-1208 du 29 décembre 1994 modifiant le décret n°87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres

**Textes abrogés ou modifiés :** néant**Annexes :**

- [Fiche technique 1](#)
- [Fiche technique 2](#)
- [Fiche technique 3](#)
- [Fiche technique 4](#)

Depuis 2001, de nombreux départements m'ont fait part de difficultés persistantes dans la mise en œuvre du tour de garde des ambulanciers privés, notamment dans les zones rurales.

Afin d'assurer le maintien effectif de cette garde sur l'ensemble du territoire, et de permettre à toute entreprise de respecter son obligation, le ministère de la santé a lancé une expérimentation en décembre 2001. Mise en œuvre dans huit départements(1), l'expérimentation a permis de réorganiser la garde et d'instaurer de nouveaux modes de financements.

Les expérimentations se sont avérées concluantes, tant au niveau de l'implication des professionnels que dans l'amélioration de la qualité de la prestation effectuée. Grâce à une réduction de 56 % des secteurs de garde et une organisation collective de la garde dans un local centralisé, le nombre de transports réalisés pendant la garde a sensiblement augmenté et les constats de carence ont diminué. La présence d'un coordonnateur ambulancier au sein du centre 15 a permis d'améliorer la réponse apportée par les ambulanciers privés et de garantir des délais d'intervention plus rapides. Le partenariat entre ces deux acteurs de l'aide médicale urgente a été renforcé.

Au vu des résultats positifs de l'expérimentation, la généralisation de ce dispositif est inscrite dans l'article 41 de la loi 2002-1487 du 20 décembre 2002 relative au financement de la sécurité sociale pour 2003. Tout financement pérenne de la garde ambulancière est conditionné à une réorganisation préalable de celle-ci, réorganisation qui sera précisée dans un décret en conseil d'Etat.

Ce dispositif entrera en application dès la publication du décret. Dans l'attente, il est indispensable que les départements qui ne l'ont pas déjà fait, s'engagent dès à présent dans une démarche de réorganisation et revoient la sectorisation afin de réduire au maximum le nombre de secteurs, tout en veillant à ce que les délais d'intervention des ambulanciers restent compatibles avec l'état de santé des patients. Les CODAMU devront donc être mobilisés rapidement.

Je souligne l'importance d'aboutir à cette réorganisation. En effet, les financements assurant la rémunération de la participation des ambulanciers à la garde ne seront mis en œuvre que dans les départements remplissant des conditions d'organisation et de fonctionnement qui seront déterminées par décret et dont les principes sont exposées ci-dessous. Un arrêté du préfet validera la nouvelle organisation mise en place et sera transmis aux caisses primaires d'assurance maladie. Le financement du dispositif est subordonné à la signature de cet arrêté.

Enfin, une attention toute particulière doit être portée au respect du droit du travail par les entreprises de garde, notamment en ce qui concerne l'accord-cadre du 4 mai 2000 relatif à la réduction du temps de travail dans le secteur du transport sanitaire.

## **1. Champ de la garde**

La garde permet de garantir une prise en charge des patients nécessitant des transports urgents. Les périodes de garde seront précisées ultérieurement par un arrêté ministériel.

## **2. Refonte de la sectorisation**

En février 2002, suite à l'enquête nationale réalisée au vu des états de lieux communiqués par les DDASS, près de 1300 secteurs de garde ont été dénombrés. Ces secteurs sont souvent mal répartis et n'assurent pas une couverture uniforme du territoire, certaines zones n'étant pas couvertes. De plus, ce nombre très élevé implique une mobilisation très importante des entreprises de transports sanitaire parfois injustifiée au regard des demandes de transport pendant la période de garde.

L'expérimentation a montré qu'une réorganisation, qui s'est traduite notamment par une réduction de moitié du nombre de secteurs, permet de continuer à assurer une prise en charge satisfaisante des patients, dans un délai raisonnable compris entre 20 à 40 minutes. Ces temps d'intervention ont pu être garantis sur l'ensemble du territoire grâce à la localisation de l'entreprise de garde sur un point central du secteur.

Les départements ayant déjà un nombre très restreint de secteurs peuvent maintenir la sectorisation antérieure dès lors qu'une réduction supplémentaire du nombre de secteurs entraînerait une prise en charge des patients dans des délais incompatibles avec la sécurité des patients pris en charge. Ces délais seront appréciés avec le SAMU.

La refonte de la sectorisation passe donc nécessairement par l'analyse approfondie des délais d'interventions en lien avec l'élaboration d'une cartographie. Il est souhaitable que la sectorisation tienne compte des orientations des SROS urgences et soit articulée avec la sectorisation SMUR.

Cette sectorisation sera arrêtée par le préfet après avis du CODAMU.

Des indications supplémentaires sur les conditions de refonte de ces secteurs sont données dans la fiche technique numéro 1.

### **3. Constitution du tableau de garde**

La garde ambulancière reste une obligation afin d'assurer une permanence de transport sanitaire sur l'ensemble du territoire départemental. Toutes les entreprises doivent participer à la garde ; toutefois la fréquence de leur participation est liée à leurs moyens opérationnels. Ceux ci sont appréciés au vu de la taille de l'entreprise, du nombre des salariés " roulants " équivalents temps plein et du nombre de véhicules de catégorie A ou C.

Les principes d'élaboration du tableau de garde et sa fréquence sont définis lors d'une séance du sous comité des transports sanitaires, à laquelle la direction départementale de la concurrence consommation et répression des fraudes est conviée.

Le tableau de garde est élaboré, secteur par secteur, selon les modalités retenues par le sous comité et proposé par les associations professionnelles de transports sanitaires d'urgence. Il est validé par la DDASS et transmis dès sa validation au SAMU - centre 15 et à la caisse d'assurance maladie en charge du paiement de la garde.

Dès lors que l'ensemble de la profession est tenu participer à la garde, les tableaux proposés par l'Association des Transports Sanitaires d'Urgence (ATSU) doivent dépasser le cadre de leurs seuls adhérents si toutes les entreprises n'en sont pas membres et être repartis équitablement entre toutes les entreprises qu'elles soient ou non adhérentes. L'ATSU joue ici un rôle d'interface entre la profession dans son ensemble et les services de la DDASS.

Lorsqu'une entreprise initialement mentionnée dans le tableau de garde est temporairement indisponible et ne peut finalement assurer son obligation de garde au jour prévu, elle doit se signaler le plus tôt possible auprès de l'ATSU en charge du tableau de garde. Il incombe à l'association de veiller au remplacement de l'entreprise défaillante et d'avertir sans délai le SAMU, la DDASS, et la caisse d'assurance maladie concernée.

Il est nécessaire, dans les départements où la profession n'est pas encore collectivement structurée, de favoriser la création d'association départementale des transports sanitaires d'urgence.

### **4. Centralisation des demandes de transports sanitaires par le Centre de Réception et Régulation des Appels (centre 15)**

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 fixera à l'entreprise le délai de départ des moyens ambulanciers.

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. Le nombre de véhicules mobilisés pendant la garde sera déterminé secteur par secteur en fonction des besoins de la population. Ainsi, la garde en zone urbaine est susceptible de mobiliser deux véhicules.

Pendant la garde, le(s) véhicule(s) doit(vent) être strictement dédié(s) aux demandes du SAMU et ne peut (vent) être engagé(s) à la suite d'un appel direct par les médecins libéraux, les établissements hospitaliers ou la population. Une information à ce sujet devra être effectuée notamment par voie de presse par la préfecture et la DDASS tant auprès de la population qu'auprès des médecins généralistes assurant la permanence des soins.

La centralisation des appels par le centre 15 ne concerne pas les transports programmés qui ne relèvent pas de la garde et sont assurés par les entreprises de transports sanitaires dans le cadre de leur activité régulière. Ces transports sont organisés de manière bilatérale entre les entreprises et le patient, sans que le SAMU centre 15 ne soit sollicité. Si l'entreprise de garde souhaite assurer ces transports non urgents pour sa clientèle, elle devra alors mobiliser un équipage et un véhicule différents de ceux affectés à la garde.

## **5. Cahier des charges départemental précisant les modalités organisationnelles**

Les conditions spécifiques d'organisation de la garde devront être définies par un cahier des charges départemental élaboré au sein du sous comité des transports sanitaires. Il définira notamment les modalités de participation du coordonnateur ambulancier et des locaux centralisés de garde.

### **A - Présence d'un coordonnateur ambulancier au sein du centre 15**

La fiabilité de la réponse ambulancière aux demandes de transports émanant du centre 15 ne peut qu'être améliorée par une implication plus grande des ambulanciers au fonctionnement du centre 15.

En effet, dans les départements expérimentaux, la présence d'un coordonnateur ambulancier au sein du Centre de Réception et de Régulation des Appels a permis de renforcer les liens entre les ambulanciers et le SAMU et de décharger le SAMU d'une recherche d'effecteur.

Lors de l'expérimentation, les premières données statistiques ont permis de constater que la majorité des interventions réalisées pendant la garde ont lieu entre 20 h et minuit. Après minuit, très peu d'interventions sont demandées.

La présence du coordonnateur ambulancier ainsi que les créneaux horaires de cette participation auprès du SAMU centre 15 seront donc déterminées, dans le cahier des charges départemental, en accord avec le SAMU, en fonction des besoins de la population.

Les conditions de mise en œuvre de cette coordination ambulancière au sein du centre 15 sont précisées dans la fiche technique numéro 2.

### **B - Localisation de la garde dans un point central du secteur**

Dans toute la mesure du possible et afin d'assurer des délais d'interventions 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.

Les secteurs dans lesquels un local de garde centralisé est jugé utile, ainsi que leur localisation seront précisés dans le cahier des charges départemental.

Les conditions dans lesquelles cette mutualisation des locaux de garde peut être réalisée entre plusieurs entreprises de transport sanitaire sont précisées dans la fiche technique numéro 3.

Les syndicats de salariés pourront être consultés préalablement à la mise en œuvre de cette centralisation.

### **C - Formation**

Localement, des actions de formation pourront être envisagées avec le SAMU et seront prévues dans le cahier des charges départemental. Elles peuvent concerner notamment les coordonnateurs ambulanciers afin que ceux ci appréhendent mieux les contraintes et les attentes de la régulation médicale.

## **6. Evaluation**

Je vous demande de procéder à un suivi semestriel de l'organisation mise en place ainsi que de la pertinence du découpage des secteurs.

De plus, une évaluation annuelle du dispositif mis en place sera effectuée après avoir consulté le CODAMU, et en vous appuyant notamment sur la fiche jointe en annexe 4 qui devra ensuite être transmise à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (bureau O1) au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Le dispositif pourra être revu suite à cette évaluation et le nombre de véhicules mobilisés pendant la garde pourra être adapté si besoin.

\* \*

\*

Par le dispositif ainsi mis en œuvre, les entreprises de transports sanitaires s'engagent à apporter une réponse de qualité aux demandes de transports sanitaires urgents. Cette réponse devra également tenir compte des engagements pris par les professionnels dans le cadre du protocole d'accord signé par les fédérations ambulancières et les fédérations hospitalières le 16 décembre 2002. Ce protocole, accompagné d'une circulaire précisant les modalités de sa mise en œuvre, vous sera diffusé prochainement.

Mes services sont à votre disposition pour vous apporter des précisions dans la mise en œuvre de la présente circulaire. Je vous remercie de communiquer à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, les éventuelles difficultés que vous avez à connaître, et de transmettre un bilan de l'application de cette circulaire, d'ici la fin du premier semestre 2003. Cette remontée d'information s'appuiera sur le schéma prévu dans la fiche technique numéro 4.

Ces bilans devront être adressés au Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Bureau de l'organisation générale de l'offre régionale de soins (O1), 8, avenue de Ségur – 75350 Paris 07 SP. (Melle ORIGNY : 01-40-56-44-04)

Le directeur de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins

Edouard COUTY

(1) Bouches-du-Rhône, Haute-Savoie, Côtes d'Armor, Seine Saint Denis, Doubs, Vaucluse, Vendée et Haute-Garonne