



ORGANISATION DE LA REPONSE AMBULANCIERE A L'URGENCE PRE-HOSPITALIERE

REFERENTIEL COMMUN

*Elaboré par le comité des transports sanitaires associant
les représentants des structures de médecine d'urgence, des transporteurs sanitaires
et des établissements de santé, la DHOS et la CNAMTS*

9 avril 2009

REFERENTIEL SAMU-TRANSPORT SANITAIRE

PREAMBULE

Ce référentiel, dont la rédaction a été annoncée par Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la santé, le 19 septembre 2008 à Poitiers, précise le dispositif d'organisation des transports sanitaires mis en place pour répondre à l'urgence pré-hospitalière

L'efficacité de la réponse aux demandes d'aide médicale urgente nécessite l'action coordonnée des différents acteurs des urgences pré-hospitalières.

A cette fin il est, en particulier, indispensable que les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et les ambulanciers privés agissent de manière concertée et en synergie.

La collaboration entre SAMU et transporteurs sanitaires, dans le cadre de l'aide médicale urgente retient trois principes d'action :

- La régulation médicale des appels par un médecin qui contribue à sécuriser l'appelant et à garantir une adéquation optimale entre la demande et la réponse médicale ;
- La participation des transporteurs sanitaires à la prise en charge des urgences pré-hospitalières, ce qui contribue au maillage du territoire.
- La médicalisation et la réanimation pré-hospitalière en urgence des patients chaque fois que nécessaire pour garantir la meilleure qualité de la prise en charge.

En complémentarité de l'application du présent référentiel, la participation des sapeurs pompiers aux premiers secours contribue à la proximité et à la qualité de la réponse à l'urgence pré-hospitalière, et ce conformément aux dispositions du référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente.

Le présent référentiel SAMU – TRANSPORT SANITAIRE est le fruit de la réflexion du comité des transports sanitaires qui a associé les représentants des transporteurs sanitaires (CNSA, FNAA, FNAP, FNTS), des urgentistes (SAMU de France, SFMU, AMUF), des fédérations hospitalières (FHF, FHP, FEHAP, FNEHAD), la conférence des directeurs généraux des Centres Hospitaliers Universitaires, le ministère de la santé et des sports (DHOS, DSS) ainsi que la CNAMTS.

URGENCES PRE-HOSPITALIERES

SOMMAIRE

PREAMBULE	2
SOMMAIRE	3
I - LE TRAITEMENT DE L'APPEL DANS LE CADRE DE L'URGENCE PREHOSPITALIERE	5
I-1 L'APPEL PARVIENT DIRECTEMENT A L'ASSOCIATION DES TRANSPORTS SANITAIRES URGENTS	5
I-2 L'APPEL PARVIENT AU SAMU-CENTRE 15	5
II- L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'URGENCE PRE-HOSPITALIERE PAR LES TRANSPORTEURS SANITAIRES	6
II- 1 ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES TRANSPORTEURS SANITAIRES POUR LES URGENCES HOSPITALIERES	6
II- 2 MISE EN PLACE D'UN COORDONNATEUR AMBULANCIER	7
II-2-1 LES MISSIONS DU COORDONNATEUR AMBULANCIER	7
II-2-1-1 Faire diminuer le nombre d'indisponibilités ambulancières	7
II-2-1-2 Permettre la traçabilité de l'activité des ambulanciers	7
II-2-2 L'IMPLANTATION DU COORDONNATEUR AMBULANCIER	8
II-2-1-1 Implantation au SAMU-Centre 15	8
II-2-1-2 Implantation sur une plate-forme extérieure au Samu-Centre 15	8
II-2-3 CONVENTION DE FONCTIONNEMENT	8
II-3 VEHICULES ET EQUIPES DE GARDE	9
III - LE BILAN CLINIQUE DU PATIENT	10
IV - EFFICIENCE DES STRUCTURES ET DE L'ORGANISATION MISE EN PLACE : LA DEMARCHE QUALITE	10
IV-1 EVALUATION DE L'ORGANISATION MISE EN PLACE	10
IV-2 RELEVÉ ET BILAN MENSUEL DE L'ACTIVITE	11
IV-3 COMMUNICATION DES DONNEES	11
IV-4 SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE	12
V – AXES DE PROGRES	12
V-1 LE COORDONNATEUR AMBULANCIER	12
V-1-1 EVALUATION DE L'ORGANISATION MISE EN PLACE ET RECHERCHE D'UN OPTIMUM	12
V-1-2 MODERNISATION DES OUTILS	12
V-1-3 FINANCEMENT DU COORDONNATEUR	12
V-2 FINANCEMENT DE L'ACTIVITE DES TRANSPORTEURS SANITAIRES	13
V-2-1 RECOURS REGULIER A UN APPUI LOGISTIQUE POUR LE FONCTIONNEMENT D'UN SMUR	13
V-2-2 RECOURS PONCTUEL A UN MOYEN EXTERIEUR POUR LE FONCTIONNEMENT D'UN SMUR (MEDICALISATION D'UN TRANSPORT SANITAIRE)	13
V-2-3 INTERVENTIONS DES AMBULANCIERS NON SUIVIES DE TRANSPORT DU PATIENT PAR LES AMBULANCIERS	13
V-2-4 INDISPONIBILITES AMBULANCIERES DU FAIT DES TRANSPORTEURS SANITAIRES	14
V-3 AUTRES AXES DE PROGRES	14

ANNEXE 1 : INFORMATIONS ADMINISTRATIVES ET CLINIQUES A RECUEILLIR POUR CHAQUE INTERVENTION	15
I-INFORMATION ADMINISTRATIVES :	15
II-INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT ET REMISES AU SERVICE QUI ACCUEILLE LE PATIENT :	16
II-1 DONNEES ADMINISTRATIVES :	16
II-2 BILAN CLINIQUE DU PATIENT	16
ANNEXE 2 : INFORMATIONS A RECUEILLIR POUR LE BILAN MENSUEL D'INFORMATION	19
ANNEXE 3 MISE EN PLACE DU COORDONNATEUR : FORMALISATION PRATIQUE DE L'INTERCONNEXION ENTRE LE SAMU-CENTRE 15 ET LE COORDONNATEUR MIS EN PLACE SUR UNE PLATE-FORME INDEPENDANTE	21

Pour ce qui concerne les missions assumées par les transporteurs sanitaires, l'urgence pré-hospitalière se définit, comme toute demande d'intervention non programmée nécessitant une réponse rapide et adaptée à l'état du patient.

L'organisation de la prise en charge des urgences repose sur trois grands principes indispensables à cette réponse adaptée : qualité de la prise en charge, proximité et rapidité d'accès, coopération et coordination dans le cadre d'une offre de soins graduée.

I - LE TRAITEMENT DE L'APPEL DANS LE CADRE DE L'URGENCE PREHOSPITALIERE

I-1 L'appel parvient directement à l'association des transports sanitaires urgents

Hors de la période de garde départementale, lorsqu'un appel parvient directement à l'association des transports sanitaires, celle-ci déclenche, sans délai, un moyen ambulancier approprié si une prescription médicale de transport a préalablement été rédigée par un médecin.

S'agissant de transports urgents, l'association des transports sanitaires en informe simultanément le Samu-Centre 15 et transfère éventuellement l'appel, au moyen d'une conférence téléphonique à trois.

Dans toutes les autres situations, l'appel est immédiatement transféré au Samu Centre 15 au moyen d'une conférence téléphonique à trois. L'appel est alors traité comme au paragraphe I-2.

I-2 L'appel parvient au SAMU-Centre 15

La régulation par le SAMU-Centre 15 est systématique. Elle a pour but de déterminer et de déclencher dans les meilleurs délais la réponse adaptée à la situation décrite par l'appelant. Cette mission incombe au SAMU-Centre 15 des établissements publics de santé.

Lorsqu'un appel d'urgence parvient au SAMU-Centre 15, la régulation décide du moyen le plus approprié pour répondre à l'état médical du patient (intervention SMUR, moyen ambulancier ou moyen SIS suivis ou non d'un SMUR), étant entendu que les ambulanciers, professionnels de santé, ont vocation à être missionnés par la régulation du SAMU-Centre 15 pour participer à la prise en charge des urgences vitales, dans l'intérêt du patient.

II- L'organisation de la prise en charge de l'urgence pré-hospitalière par les transporteurs sanitaires

L'organisation de la prise en charge des urgences pré-hospitalières repose sur trois piliers : l'organisation d'une permanence ambulancière, la mise en place d'un coordonnateur ambulancier et la nature des moyens dédiés à ces urgences.

II- 1 Organisation de la permanence des transporteurs sanitaires pour les urgences hospitalières

Dans un souci de réactivité et de qualité de la prestation délivrée, les transporteurs sanitaires s'organisent pour assurer une permanence ambulancière 24 heures sur 24.

Afin de garantir la continuité de la prise en charge des patients, notamment pendant les périodes, fixées par arrêté préfectoral, prévues par l'article R.6312-18 du code de la santé publique, l'association des transports sanitaires la plus représentative du département propose au préfet, sur la base du volontariat, un tableau établissant pour chaque jour de l'année la ou les entreprises assurant les urgences pré-hospitalières.

Ce tableau, établi pour l'année et révisable trimestriellement doit être validé par le préfet.

Si le tableau proposé par l'association ne couvre pas toutes les plages horaires, le préfet arrête le tableau pour les périodes de garde en intégrant les entreprises tenues de participer à la garde départementale.

L'adhésion à une association départementale de transports sanitaires n'est pas nécessaire pour participer à la prise en charge des urgences pré-hospitalières. Les entreprises qui souhaitent participer à cette organisation devront avoir fait connaître leur demande avant la date définitive d'établissement de la proposition de tableau d'activité faite au préfet, conformément au cahier des charges départemental prévu à l'article R. 6312-22 du code de la santé publique.

Pendant une période transitoire qui court jusqu'en 2012 et pour les départements qui ne seraient pas prêts à mettre en place cette nouvelle organisation, la garde départementale reste la référence en terme d'organisation.

II- 2 Mise en place d'un coordonnateur ambulancier

Le coordonnateur ambulancier, mis à disposition par les professionnels des transports sanitaires, 24 heures sur 24, est l'interlocuteur unique du SAMU-Centre 15, pour les urgences pré-hospitalières nécessitant le recours à une entreprise de transports sanitaires. La profession des transporteurs sanitaires a pour objectif une généralisation du dispositif sur l'ensemble du territoire. Le coordonnateur ambulancier est le maillon qui contribue à l'optimisation de la coordination fonctionnelle entre le SAMU et les transporteurs sanitaires.

L'objectif principal de la mise en place d'un coordonnateur ambulancier est de parvenir à une diminution du nombre d'indisponibilités ambulancières, en fournissant une visibilité en temps réel sur les moyens ambulanciers disponibles. Son objectif secondaire est de permettre une traçabilité complète de l'activité des ambulanciers.

Le coordonnateur fonctionnera 24 heures sur 24.

II-2-1 Les missions du coordonnateur ambulancier

Les principales missions confiées au coordonnateur, afin d'atteindre les deux principaux objectifs de sa mise en place, sont :

II-2-1-1 Faire diminuer le nombre d'indisponibilités ambulancières

- avoir une visibilité permanente de la disponibilité (en terme de délai d'intervention, de moyens techniques et humains) des ambulances participant à l'urgence pré-hospitalière et faire état de l'impossibilité avérée de répondre en temps et en qualité à la demande du SAMU-Centre 15.
- s'assurer de la présence d'un ou plusieurs véhicules de catégorie A par secteur territorial et d'un véhicule de catégorie A ou C pendant la période de garde départementale si le préfet n'a pas approuvé la proposition de tableau qui lui a été soumise sur la base du volontariat ; optimiser leur utilisation.

II-2-1-2 Permettre la traçabilité de l'activité des ambulanciers

- faire respecter les bonnes pratiques des transports sanitaires urgents :
 - formaliser la prise en charge et le bilan de l'ambulancier (contenu, quand et qui ?)
 - assurer la gestion des horaires,

- veiller à l'établissement du bilan clinique formalisé, remis avec l'éventuel dossier médical du patient.
- assurer le suivi opérationnel de l'intervention (notamment le recueil des éléments opérationnels de l'intervention conformément à l'annexe 2).

II-2-2 L'implantation du coordonnateur ambulancier

Le coordonnateur ambulancier devrait être localisé au sein du SAMU-centre 15, il peut cependant exercer son activité au sein d'une plate-forme logistique hors du SAMU mais interconnectée avec ce dernier.

Quelle que soit son implantation, le coordonnateur ambulancier reçoit les instructions opérationnelles du médecin régulateur et transmet les demandes d'intervention aux différentes entreprises de transport sanitaire du territoire concerné. Les outils informatiques et radiotéléphoniques doivent permettre ces échanges.

Son financement sera précisé dans le cadre des réflexions sur le modèle économique des transports sanitaires et figure donc au nombre des axes de progrès.

II-2-1-1 Implantation au SAMU-Centre 15

Cette implantation paraît la plus pertinente. Elle vise à permettre de développer des synergies de travail communes et d'améliorer les pratiques professionnelles respectives.

II-2-1-2 Implantation sur une plate-forme extérieure au Samu-Centre 15

Dans ce cas, une interconnexion informatique et radiotéléphonique entre le système d'information du SAMU-centre 15 et le système utilisé par l'association départementale et le coordonnateur ambulancier, est indispensable pour assurer l'optimisation de la réponse apportée.

Les entreprises de transports sanitaires proposent les modalités d'interconnexion entre le coordonnateur ambulancier situé sur une plate forme extérieure et le SAMU-Centre 15, afin de garantir la coordination complète des services, conformément à l'annexe 3.

II-2-3 Convention de fonctionnement

Les modalités de mise en place du coordonnateur seront définies par une convention entre l'association des transports sanitaires, le directeur de l'établissement de santé siège du SAMU-Centre 15 et le directeur de l'ARH qui précisera également son secteur d'activité.

En effet, celui-ci peut dépasser le cadre du territoire d'implantation du SAMU-Centre 15 de référence et être départemental, interdépartemental ou régional.

L'étendue de ce secteur sera définie localement en fonction du bassin de population, de l'activité estimée, de la localisation des établissements de santé et des contraintes géographiques. Il pourra être modifié en fonction de la fréquentation saisonnière (régions de mer, de montagne...) et des afflux de population à l'occasion de manifestations exceptionnelles.

Cette convention constituera un accord cadre qui sera décliné entre l'association des transports sanitaires et les entreprises de transports sanitaires participant au transport des patients dans le cadre de l'urgence pré-hospitalière.

II-3 Véhicules et équipes de garde

L'élaboration du tableau de garde à partir des secteurs de garde, définis par l'article R.6312-20 du code de la santé publique, induit la présence d'au moins un véhicule dédié à l'urgence pendant les périodes de garde dans chaque secteur.

Lorsque les transporteurs sanitaires s'organisent pour assurer une permanence ambulancière 24 heures sur 24, ils mettent à disposition du Samu-Centre 15 des véhicules de catégorie A (ASSU). Lorsque l'organisation proposée, matérialisée par le tableau de couverture de l'ensemble des plages horaires journalières de l'année, est incomplète, le préfet arrête le tableau de garde des véhicules de catégorie A ou C pouvant alors participer à la garde départementale, conformément à la réglementation en vigueur.

La centralisation ou non des véhicules d'intervention et les lieux géographiques où ils sont basés doivent être clairement définis et connus du SAMU Centre 15 et du coordonnateur ambulancier. Leur localisation doit être adaptée aux besoins et à l'accès aux populations.

Les véhicules d'intervention mis à disposition du Samu et les équipages affectés peuvent être :

- centralisés dans un point unique qui dessert les secteurs de garde prédéfinis ;
- centralisés sur le lieu d'exercice du coordinateur ;
- centralisés sur le lieu d'implantation des SMUR (centre hospitalier) ;
- stationnés dans les locaux de l'entreprise de transport sanitaire de garde.

La pertinence des choix d'un département à l'autre peut dépendre de différents facteurs comme la densité de population, les contraintes géographiques et/ou climatiques...

III - LE BILAN CLINIQUE DU PATIENT

Le bilan clinique du patient est réalisé par l'équipe ambulancière, il reprend les informations telles que présentées dans l'annexe 1. Ce bilan clinique du patient est transmis au SAMU-Centre 15 et remis au service d'accueil du patient.

IV - EFFICIENCE DES STRUCTURES ET DE L'ORGANISATION MISE EN PLACE : LA DEMARCHE QUALITE

La démarche qualité consiste à organiser un processus partagé de connaissances des conditions de réalisation de la mission de secours et soins d'urgences, afin d'en améliorer l'efficacité. Le recueil et la mutualisation des bonnes pratiques en est un des éléments essentiels.

Les formations des équipages sont organisées par les CESU ou les IFA et dispensées, notamment, par des médecins ayant en charge la régulation médicale au sein des SAMU-Centre 15.

Le SAMU-Centre 15 et la plate-forme « coordination ambulancière » relèvent et communiquent les données et les indicateurs dont ils disposent.

Deux démarches complémentaires doivent être suivies simultanément :

- L'étude conjointe des tableaux de bord ;
- Le relevé et l'étude des événements indésirables.

Une traçabilité rigoureuse est nécessaire pour avoir une visibilité de l'activité et garantir l'efficience et la sécurisation du dispositif. Pour cela, il faut que les données recueillies à chaque sortie permettent *a posteriori* de déterminer des indicateurs de qualité et des données quantitatives à recueillir.

IV-1 Evaluation de l'organisation mise en place

Cette évaluation doit permettre de répondre aux questions suivantes :

- **Le coordonnateur ambulancier**

Un coordonnateur a-t-il été mis en place ? Si non, pour quelles raisons ?

Sur quelle période (Garde/ Hors garde) ? Quels sont ses horaires de présence ?

Quelle est sa localisation ?

Quel est son territoire de compétence (territoire d'implantation du SAMU, infra-départemental, départemental ou supra-départemental ?)

- **Interconnexion téléphonique**

Existe-t-il une ligne téléphonique réservée et accessible entre le SAMU-Centre 15, le coordonnateur et les entreprises de transports sanitaires quelle que soit la saturation du réseau ?

- **Interconnexion informatique**

L'interconnexion informatique permet en temps réel le partage de l'information sur le suivi du patient pris en charge.

Quels acteurs sont interconnectés ?

- SAMU-Centre 15 et coordonnateur ?
- Coordonnateur et entreprises de transport sanitaire ?

Quelles sont les informations que cette interconnexion doit permettre de partager ?

- Disponibilité des moyens ambulanciers
- Coordonnées du patient et premières informations (motif de l'appel...)
- Nature des moyens engagés et matériels embarqués
- Traçabilité de l'intervention : horaires de la décision d'intervention, du départ du véhicule, de l'arrivée sur les lieux et de la fin de l'intervention
- Délai de remise en disponibilité du moyen ambulancier après une intervention.

IV-2 Relevé et bilan mensuel de l'activité

La mise en place de cette organisation permet de dresser un bilan régulier (*a minima* mensuel) de l'activité quantitative et qualitative des transports sanitaires urgents pré-hospitaliers réalisés par les ambulanciers. Les différentes informations à recueillir sont présentées à l'annexe 3.

IV-3 Communication des données

- SAMU-Centre 15
- CODAMUPS-TS

- ARH
- CPAM

IV-4 Suivi de la mise en œuvre

Le comité des transports sanitaires assure le suivi de la mise en œuvre du présent référentiel et l'évaluation de l'organisation mise en place conformément aux axes de progrès énoncés ci-après.

V – AXES DE PROGRES

V-1 Le coordonnateur ambulancier

V-1-1 Evaluation de l'organisation mise en place et recherche d'un optimum

Une évaluation comparative des différentes modalités de mise en place du coordonnateur doit être menée (lieu d'implantation, couverture territoriale, amplitude horaire). Cette évaluation doit se faire au regard des objectifs (diminution du nombre des indisponibilités ambulancières et traçabilité de l'activité) et des missions qui sont assignées au coordonnateur ambulancier. Cette évaluation doit, *in fine*, permettre de dégager une organisation optimale.

V-1-2 Modernisation des outils

L'interconnexion complète entre le SAMU-Centre 15 et le coordonnateur ambulancier, dans le cas où celui-ci est situé sur une plate-forme extérieure, doit conduire les transporteurs sanitaires à engager une modernisation des outils, notamment informatiques, dont dispose le coordonnateur. Ainsi, reste à évaluer le coût et le financement des équipements d'interconnexion, tant du coordonnateur que du SAMU-Centre 15, et de leur maintenance.

V-1-3 Financement du coordonnateur

Le financement du coordonnateur ambulancier, pour le cas où celui-ci est situé sur une plate-forme indépendante, est à la charge des ambulanciers participant à la prise en charge de l'urgence pré-hospitalière. Les représentants de la profession font valoir qu'ils sont prêts à assurer ce financement à condition d'obtenir un volume d'activité minimum de la part du

SAMU-Centre 15. Dans le cas contraire, d'autres sources de financement devraient être recherchées.

Cette notion de volume d'activité minimum doit être précisée et chiffrée. Plus globalement ce sujet relève de la mission sur la refonte du modèle économique des transports sanitaires, menée par messieurs Didier Eyssartier et Jean-Claude Mallet, conseillers généraux des établissements de santé.

V-2 Financement de l'activité des transporteurs sanitaires

Ce sujet devra être intégré dans le cadre de la mission des CGES sur le modèle économique des transports sanitaires.

Le comité souhaite indiquer les points sur lesquels une réflexion semble être nécessaire et qui correspondent à trois types de collaboration entre le SAMU-centre 15 et les ambulanciers et qui ne sont pas, ou mal, pris en compte par la tarification actuelle.

V-2-1 Recours régulier à un appui logistique pour le fonctionnement d'un SMUR

Il est rappelé que le choix d'un appui logistique extérieur pour le fonctionnement d'un SMUR doit être fait au terme d'une procédure de passation de marché public. Les conditions de passation de ces marchés doivent respecter les principes du code des marchés publics.

V-2-2 Recours ponctuel à un moyen extérieur pour le fonctionnement d'un SMUR (médicalisation d'un transport sanitaire)

La médicalisation des transports sanitaires réalisés par les ambulanciers doit faire l'objet d'une tarification particulière. Ces transports représentent environ 3% des transports sanitaires.

A la différence du marché public, ce type de financement ne concerne que les recours ponctuels aux ASSU des ambulanciers et conduit donc à une rémunération à l'intervention et non au forfait.

V-2-3 Interventions des ambulanciers non suivies de transport du patient par les ambulanciers

Les interventions non suivies de transport par les ambulanciers, quelle qu'en soit la raison, ne sont pas financées par l'assurance maladie. Il est donc demandé aux CGES de proposer un financement et un mode de tarification de cette part significative de l'activité des ambulanciers.

V-2-4 Indisponibilités ambulancières du fait des transporteurs sanitaires

Les entreprises de transports sanitaires proposent de financer les indisponibilités ambulancières qui leur sont directement imputables pour des raisons de défaillance du véhicule ou de l'équipage.

V-3 Autres axes de progrès

D'autres points n'ont pu être arbitrés pendant les travaux du comité des transports sanitaires, il apparaît aux membres du comité que l'amélioration de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière nécessitera à l'avenir de :

- Revoir la procédure de déclenchement de l'engagement des moyens du SIS en cas d'indisponibilité ambulancière en intégrant la validation préalable de l'indisponibilité par le coordonnateur ;
- Envisager les modalités d'accès à Antarès ;
- Etablir et, si nécessaire normaliser, un document unique sur le territoire national (document CERFA) comportant les éléments à recueillir pour chaque intervention (administratifs et bilan médical).

Annexe 1 :
Informations administratives et cliniques à recueillir pour chaque
intervention

Cette annexe présente les éléments administratifs et cliniques à recueillir pour chaque patient pris en charge (dès l'appel du coordonnateur ambulancier par le SAMU).

Ces informations sont recueillies par le coordonnateur et l'équipe ambulancière qui réalise l'intervention.

I-INFORMATION ADMINISTRATIVES :

Ces informations sont tracées par le coordonnateur ambulancier.

- Traçabilité de l'appel
 - La date et l'heure d'appel du SAMU au coordonnateur
 - La date et l'heure de la demande d'engagement du transport sanitaire du coordonnateur à l'entreprise ;
 - Le n° de dossier ;
 - La période (garde ou hors garde) ;
 - Le secteur de garde ;
- Suivi de la mission
 - Le Samu a-t-il demandé un engagement immédiat (oui/non) ?
 - Disponibilité ambulancière (oui/non) ;
 - Nom de l'entreprise qui effectue l'intervention ;
 - Qualification de la mission (primaire, médicalisation...) ;
 - Heure de fin de mission ;
 - Disponibilité du moyen ambulancier après l'intervention ;
 - Identification des interventions non suivies de transport et la notification des raisons :
 - Prise en charge du patient par d'autres intervenants sur les lieux (SIS, SMUR, médecine libérale...) ;
 - Intervention annulée par le SAMU-centre 15 alors que le moyen était déjà engagé ;
 - Intervention sans transport du patient (simple relevage, transmission d'un bilan clinique, patient déjà parti, patient

qui refuse son transport, patient resté sur place, patient décédé etc.).

- Délais de réalisation de la mission

II-INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT ET REMISES AU SERVICE

QUI ACCUEILLE LE PATIENT :

II-1 Données administratives :

Ces informations sont, dans la mesure du possible, transmises par le coordonnateur ambulancier à l'équipe ambulancière qui réalise la mission. Ces informations sont remises au service d'accueil du patient comme première partie du document de bilan.

- L'identité du patient (nom/prénom/date de naissance) ;
- Personne à prévenir
- Nom du médecin traitant ;
- L'adresse de prise en charge du patient (CP et N°INSEE commune d'intervention) ;
- Motif d'intervention ;
- Le nom de l'entreprise qui effectue l'intervention
- Le type de véhicule engagé ;
- Les délais de départ et d'arrivée sur les lieux
- La destination du patient après décision du médecin régulateur du centre 15 ;

II-2 Bilan clinique du patient

Ce document, établi par l'équipe ambulancière, est transmis au SAMU-Centre 15 et remis au service d'accueil du patient.

1) Principaux antécédents médicaux.

2) Analyse circonstancielle de l'intervention :

- Intervention demandée par le Samu (Oui / Non) ;
- Médecin présent sur les lieux et son identité ;
- Documents pris sur place (dernière ordonnance, courrier de Médecin, dossier médical, autre (à préciser)).

3) Analyse des fonctions vitales avec principaux paramètres

- Conscience (score de Glasgow) ;
- Ventilation : fréquence, cyanose, sueurs, saturation en oxygène (SpO2) (si disponible) ;
- Circulation : pouls, tension artérielle (TA) ;

4) Description des signes cliniques présents à la prise en charge :

- Vomissements ;
- Céphalées ;
- Fièvre ;
- Douleur (localisation, intensité, heure de début) ;
- Autre.

5) Lésions traumatiques

En précisant :

- Le segment de membre concerné ;
- Le type de lésion ;
 - Douleur ;
 - Déformation (Fracture, Entorse, Luxation, Section ...) ;
 - Brûlure ;
 - Plaie.
- La présence d'un saignement actif ou non, de troubles de la sensibilité.

6) Prise de toxiques (alcool, médicaments, drogues) :

- Nom du ou des produit suspecté(s) et présentation ;
- Quantité supposée ingérée ;
- L'heure d'ingestion.

7) Menace d'accouchement :

- Eléments en rapport avec la grossesse en cours permettant le calcul du score de Malinas pour évaluer la probabilité d'accouchement avant l'arrivée à destination ;
 - Parité, date prévue du terme ;
 - Délai début des contractions (< 3 heures, 3 à 5 heures, > 6 heures) ;
 - Durée d'une contraction (< 1 minute, 1 minute, > 1 minute) ;
 - Intervalle entre 2 contraction (> 5 minutes, 3 à 5 minutes, < 3 minutes) ;

- Perte des eaux (non, oui récente, oui depuis plus de 3 heures) ;
- Envie de pousser (oui, non).
- Maternité assurant le suivi habituel.

8) Conditionnement mis en œuvre par les ambulanciers

- Contention ;
- Oxygénothérapie :
 - Mode d'administration (inhalation, insufflation) ;
 - Débit.
- Massage cardiaque externe (MCE) ;
- Utilisation du défibrillateur automatisé externe (remplir également la fiche nationale).

9) Evolution au cours du transport

- Mesure régulière des principaux paramètres :
 - Niveau de conscience ;
 - Pouls ;
 - Pression non invasive ;
 - Fréquence respiratoire ;
- Symptômes (vomissements, douleur)

Annexe 2 :

Informations à recueillir pour le bilan mensuel d'information

Les données sont recueillies et tracées au cours de chaque régulation de transport sanitaire. Ces informations peuvent être ventilées par heure, par tranche horaire, par jour, par période de garde, par mois... Cela peut ainsi aider à adapter les moyens en fonction des courbes d'activité.

- Nombre d'appels reçus par le coordonnateur ambulancier ;
- Nombre d'interventions avec répartition mensuelle et journalière et détail par tranche horaire
- Part des interventions réalisées sur le nombre total des appels reçus par le coordonnateur ambulancier (en %) ;
- Pics horaires d'appels (en fonction de la garde ou des saisons...)
- Délais médians et moyens entre les appels du SAMU-Centre 15 et les départs du véhicule ;
- Délais médians et moyens entre le départ du véhicule et l'arrivée auprès du patient ;
- Les interventions non suivies de transport ;
 - o Nombre global des interventions non suivies de transport ;
 - o Part des interventions non suivies de transport sur le nombre total d'interventions (en %) ;
 - o Part des interventions non suivies de transport sur le nombre total d'appels (en %) ;
 - o Nombre et part d'interventions où le patient n'est pas transporté (simple relevage, patient laissé sur place, patient déjà parti ou qui refuse son transport, patient décédé) ;
 - o Nombre et part d'interventions annulées en raison de la présence d'autres intervenants sur les lieux (SIS, SMUR, médecine libérale) ;
 - o Nombre et part d'interventions annulées par le SAMU-Centre 15 alors que le moyen était engagé.
- Les indisponibilités ambulancières :
 - o Nombre d'indisponibilités constatées ;
 - o Part des indisponibilités constatées sur le nombre total d'appels reçus par le coordonnateur (en %) ;

- Nombre des indisponibilités constatées « délais » (le moyen est déjà affecté pour le Samu-centre15) ;
- Part des indisponibilités constatées « délais » sur le nombre total des appels reçus par le coordonnateur (en %) ;
- Nombre des indisponibilités constatées « moyens » (le véhicule n'est pas disponible car déjà en mission ou en panne ou équipage non opérationnel, etc.) ;
- Part des indisponibilités constatées « moyens » sur le nombre total des appels reçus par le coordonnateur (en %).

Annexe 3

Mise en place du coordonnateur : formalisation pratique de l'interconnexion entre le SAMU-Centre 15 et le coordonnateur mis en place sur une plate-forme indépendante

Les outils d'interconnexion (entre les systèmes d'information du SAMU-Centre 15 et du coordonnateur ambulancier) et le système de géo-localisation, lorsqu'il existe, optimisent la qualité de l'intervention. Ce sont, à terme, des outils indispensables à la fiabilité des données échangées mais aussi à la lisibilité et la traçabilité de l'intervention y compris dans le choix du vecteur. Il convient de garantir la qualité des données échangées au moment de la demande d'intervention (informations sur le patient) par le SAMU Centre 15, de la prise en charge du patient (bilan) et de la destination de celui-ci.

L'interconnexion radiotéléphonique et informatique vise aussi à ce que l'information déjà donnée par l'appelant au SAMU Centre 15 ne soit pas répétée. Elle doit garantir le respect du secret professionnel.

L'interconnexion permet d'assurer une information en temps réel sur la disponibilité et la localisation des moyens ambulanciers. En effet, il convient également d'envoyer le vecteur le plus adapté dans les meilleurs délais pour une prise en charge optimum du patient.

- L'interconnexion informatique doit permettre de recueillir les éléments opérationnels décrits supra (cf. II-2-1) ;
- L'interconnexion radiotéléphonique doit permettre d'assurer le suivi et l'écoute conjointes (SAMU Centre 15-coordonnateur ambulancier) des moyens engagés, la transmission et la réception des bilans cliniques du patient adressés du lieu d'intervention au régulateur médical du SAMU Centre 15 et au coordonnateur ambulancier et ce, de façon simultanée ;
- La géo-localisation aura pour objectif à terme de permettre non seulement le choix du véhicule le plus proche et le plus adapté, mais aussi son suivi en temps réel, simultanément par le coordonnateur ambulancier et par le SAMU Centre 15. Elle permettra une traçabilité totale dans l'espace et dans le temps.