

« Pour un Pacte de Refondation des Urgences »

RAPPORT

DE
THOMAS MESNIER
DEPUTE DE CHARENTE
ET
DU PROFESSEUR PIERRE CARLI
PRESIDENT DU CONSEIL NATIONAL DE L'URGENCE HOSPITALIERE

Avec le concours de Stéphanie FILLION et Hamid SIAHMED,
membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Décembre 2019

RÉFORME DES TRANSPORTS MEDICALISÉS

1	INTRODUCTION	157
2	LE TRANSPORT SANITAIRE URGENT SE DECLINE EN PLUSIEURS TYPES	157
2.1	LE TRANSPORT SANITAIRE URGENT HOSPITALIER COMPREND LES SMUR ET LES TIH	157
2.2	LES TRANSPORTS PRIMAIRES REGROUPENT LES INTERVENTIONS PRE-HOSPITALIERES DES SMUR	160
2.3	LES TRANSPORTS SECONDAIRES DES SMUR REGROUPENT LES TRANSFERTS ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE	161
3	LE DEVELOPPEMENT DE TRANSPORTS PARAMEDICALISES URGENTS PERMETTRAIT, EN VEILLANT A GARANTIR LA QUALITE ET LA SECURITE DES PRISES EN CHARGE, DE MIEUX UTILISER LES COMPETENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES	164
3.1	SOUS CERTAINES CONDITIONS ET DANS LE CADRE DE PROTOCOLES, DES INFIRMIERS POURRAIENT PRENDRE EN CHARGE LE TRANSPORT DE PATIENTS NE NECESSITANT PAS UNE PRESENCE MEDICALE CONTINUE, NOTAMMENT POUR DES INTERVENTIONS SECONDAIRES	164
3.1.1	<i>Dans le cadre de l'intervention primaire</i>	<i>164</i>
3.1.2	<i>Dans le cadre du transport secondaire, le développement des TIH permet une paramédicalisation déjà réglementaire</i>	<i>165</i>
3.2	MISE EN ŒUVRE DE LA REFORME DE TRANSPORTS MEDICALISES	167
3.3	LA RESSOURCE MEDICALE AINSI RENDUE DISPONIBLE POURRAIT UTILEMENT ETRE REDEPLOYEE AU PROFIT DES PATIENTS EN AYANT LE PLUS BESOIN, AU SEIN DES STRUCTURES D'URGENCES DES SAMU ET DES SMUR	168
	RECOMMANDATIONS.....	169
ANNEXE 1 :	SITUATIONS CLINIQUES JUSTIFIANT UN TIH	171

1 Introduction

Les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) sont un élément essentiel du maillage du territoire pour répondre aux urgences vitales. Cependant, dans un contexte notamment marqué par une pénurie de médecins urgentistes, ils sont bien souvent une variable d'ajustement, d'autant que les interventions du SMUR sont consommatrices de temps médical et paramédical. Des difficultés importantes à remplir toutes les lignes de garde pour garantir une couverture territoriale en soins urgents ont conduit d'ailleurs certains établissements à prioriser le maintien du service d'accueil des urgences (SAU), au détriment du SMUR. Or, le maillage territorial par les SMUR reste une nécessité pour assurer la qualité de la prise en charge des urgences vitales. Les lignes de garde SMUR doivent rester prioritaires au quotidien, y compris en cas de manque de médecins urgentistes.

La mission préconise donc de mieux utiliser le temps médical à travers une organisation plus souple permettant une nouvelle offre de transport en utilisant les compétences paramédicales, pour prendre en charge des patients ne nécessitant pas une présence médicale continue au cours de leur transport.

Cette orientation figure au sein de la mesure n°7 du Pacte de refondation des urgences présenté en septembre 2019 par la ministre de la Santé et des Solidarités.

2 Le transport sanitaire urgent se décline en plusieurs types

2.1 Le transport sanitaire urgent hospitalier comprend les SMUR et les TIH

Le transport sanitaire est défini par la loi, à l'article L.6312-1 du code de la santé publique : « *constitue un transport sanitaire, tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet.* »

Les SMUR assurent les interventions médicales et les transports médicalisés qui associent deux conditions : l'urgence et la gravité (nécessité d'une réanimation pré-hospitalière). Les modalités d'autorisation des SMUR sont mentionnées à l'article R.6123-1 du code de la santé publique. Ils ont notamment pour mission d'assurer le transport du patient vers un établissement de santé ou le transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet. Les interventions SMUR peuvent donc être classées en deux groupes : primaires et secondaires.

Lors d'une intervention primaire, le patient est pris en charge sur le terrain. L'équipe d'intervention du SMUR comprend obligatoirement un médecin, un infirmier et un conducteur ou pilote (article D.6124-13 du code de la santé publique). Les interventions du SMUR sont déclenchées et coordonnées par le Samu-Centre 15, tel que prévu à l'article R.6123-16. Le médecin urgentiste de l'équipe SMUR est chargé d'établir un diagnostic, de mettre en œuvre le traitement et de continuer la prise en charge jusqu'à l'arrivée dans le service hospitalier désigné par la régulation médicale du Samu-Centre 15. Il est important de distinguer dans cette action du SMUR la prise en charge médicale sur le terrain et la réalisation du transport du patient qui peut ou non en découler.

Les transports secondaires correspondent aux transports inter-hospitaliers urgents de patients graves réalisés par les SMUR.

Pour ces missions, les SMUR peuvent s'appuyer sur les moyens mis à disposition par le service d'incendie et de secours du département (SDIS), une association agréée de sécurité civile ou une entreprise de transport sanitaire privé⁸⁴. Ces appuis logistiques ne sont pas médicalisés⁸⁵, contrairement au SMUR⁸⁶. Ils peuvent ainsi concourir à l'intervention et/ou réaliser le transport.

Contrairement aux autres modes d'intervention, le SMUR doit être vu non pas comme un transport sanitaire mais comme une activité de soins déportée vers le patient, à son domicile, à son travail, dans l'espace public, etc... Seul le SMUR, hôpital « projeté », comporte cette dimension d'activités de soins, en plus de son activité de transport.

Les transports infirmiers inter-hospitaliers (TIIH) sont encadrés par l'article R.6312-28-1 du code de la santé publique :

- les TIIH urgents sont organisés par les SMUR et régulés par le Samu-Centre 15. Ils sont effectués par une équipe composée au minimum d'un conducteur et d'un infirmier. Ils peuvent utiliser les équipements et les vecteurs du SMUR et ainsi remplacer l'équipe dans des conditions qui sont définies précisément. Cependant, la facturation de ces transports n'est pas clairement précisée et elle peut dépendre du contexte et des conditions du transport ;
- d'autres TIIH sont organisés par les établissements de santé et réalisés, soit par leurs moyens propres (service d'hospitalisation), soit par des entreprises de transport sanitaire, sur convention. Ils ne comportent pas le plus souvent la notion d'urgence ou de gravité. Ces transports paramédicalisés sont fréquemment utilisés en pédiatrie (avec IDE ou puéricultrice). Ils sortent du cadre de ce rapport dans la mesure où ils n'impactent pas les structures et les personnels d'urgences.

Dans la pratique, on observe que la distinction entre l'utilisation des SMUR, des TIIH SMUR ou de moyens hospitaliers, basée logiquement sur la gravité du patient et l'urgence de la prise en charge, n'est pas toujours aussi claire. Ainsi des transports non urgents TIIH, voire des transports médicalisés pour des patients complexes, sont effectués avec les moyens SMUR par défaut d'autre moyen (horaires, *week-end*, ...) ou de possibilités de financement d'une alternative.

Le bordereau SAE (statistique annuelle des établissements de santé) « SMUR-SAMU » agrège des données annuelles sur l'activité des SMUR et des SAMU. Quelques données portent sur les TIIH mais seuls ceux organisés avec les moyens du SMUR sont comptabilisés au sein de la SAE. Les informations fournies sous-estiment donc l'activité des TIIH. En effet, à ce jour, il n'existe pas de comptabilisation des TIIH organisés avec d'autres moyens que ceux des SMUR puisque, dans ce cas, cette activité est financée dans le cadre de la rémunération des séjours hospitaliers qui impliquent ces transports.

⁸⁴ L'article R.6312-3 du code de la santé publique dispose que « seules les entreprises de transports sanitaires ayant fait l'objet de l'agrément institué par l'article L.6312-2 ont droit à l'appellation d'entreprises d'ambulances agréées ou d'entreprises de transports sanitaires aériens agréées ».

⁸⁵ Ainsi, l'article R.6312-7 du code de la santé publique précise que les personnes composant les équipages des véhicules appartiennent aux catégories suivantes : titulaires du diplôme d'Etat d'ambulancier ; sapeurs-pompiers titulaires du brevet national de secourisme et des mentions réanimation et secourisme routier, ou sapeurs-pompiers de Paris ou marins-pompiers de Marseille ; titulaires du brevet national de secourisme ou du brevet national des premiers secours, ou de l'attestation de formation aux premiers secours, ou de la carte d'auxiliaire sanitaire ou appartenant à une des professions réglementées aux livres Ier et III de la partie IV ; conducteurs d'ambulance.

⁸⁶ Les véhicules spécialement adaptés au transport sanitaire sont énumérés à l'article R.6312-8 du code de la santé publique. Il s'agit des ambulances de secours et de soins d'urgence (ASSU), des voitures de secours aux asphyxiés et blessés (VSAB), des ambulances et des véhicules sanitaires légers.

Il est donc aujourd’hui impossible de connaître la proportion de TIIH organisés avec les moyens du SMUR et avec les services d’hospitalisation, voire d’avoir une vision consolidée sur leurs organisations et activités.

Recommandation n°1 Améliorer la connaissance de l’organisation et de l’activité des TIIH urgent au niveau national en effectuant des remontées d’informations.

Tableau 1 : Ensemble des sorties des UMH (unités mobiles hospitalières) – SMUR en 2018 (données déclaratives)

Nature de la sortie	Nombre
Transport primaire	602 913⁸⁷
Transport secondaire	188 302
<i>Dont SMUR (médicalisé)</i>	<i>168 026⁸⁸</i>
<i>Dont TIIH avec les moyens du SMUR</i>	<i>20 276⁸⁹</i>
TOTAL (primaire + secondaire)	791 215

Source : SAE (bordereau SAE SMUR – SAMU)

Le transport primaire représente environ 76 % de l’activité des SMUR en 2018. Au sein du transport secondaire réalisé par les SMUR, le transport infirmier effectué avec les moyens d’un SMUR représente près de 11 %. Le nombre annuel de sorties réalisées par un TIIH est en augmentation constante depuis 2014 (12 755 sorties comptabilisés) mais reste globalement assez faible.

En termes de compétences soignantes dans le cadre de l’équipe médicale d’un SMUR, qui comprend obligatoirement un médecin, la place respective des IADE et des IDE est la suivante :

- les transports par SMUR (qu’il s’agisse de sorties primaires ou secondaires) sont réalisés « en priorité » par un IADE, en application de l’article R.4311-12 du code de la santé publique : « *les transports sanitaires mentionnés à l’article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l’infirmier ou l’infirmière anesthésiste diplômé d’État* ». Cependant, ce même article précise que « *L’infirmier ou l’infirmière, anesthésiste diplômé d’État, exerce ses activités sous le contrôle exclusif d’un médecin anesthésiste-réanimateur* » ;
- l’article D.6124-13 fixant la composition de l’équipe à trois personnes (médecin, infirmier, ambulancier) ne précise pas de qualification spécifique de l’infirmier et l’article R. 4311-10 du code de la santé publique mentionne ces transports comme faisant partie de la compétence de tout infirmier, sous la responsabilité médicale du médecin du SMUR : « *l’infirmier ou l’infirmière participe (...) aux transports sanitaires : a) transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d’un service mobile d’urgence et de réanimation ; b) transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de santé effectués dans le cadre d’un service mobile d’urgence et de réanimation* ».

⁸⁷ Par voie terrestre, aérienne ou maritime.

⁸⁸ Par voie terrestre ou aérienne.

⁸⁹ Seules sont prises en compte ici les sorties TIIH réalisées avec les moyens d’un SMUR. Cette donnée est donc sous-estimée par rapport à la totalité des sorties TIIH.

Si la mobilisation de la compétence des IADE est théoriquement prioritaire pour les SMUR, elle ne relève pas de leur exercice exclusif, à l'inverse des autres compétences affectées aux IADE dans le cadre de l'anesthésie-réanimation. Cette exclusivité est le cœur de métier de cette profession, elle est indispensable à l'activité chirurgicale des établissements MCO (médecine, chirurgie, obstétrique). Elle limite de fait leur utilisation en SMUR compte tenu de la pénurie de médecins anesthésistes réanimateurs, encore plus préoccupante que le manque de médecins urgentistes.

La compétence des IADE est cependant exclusive concernant les TIIH de patients intubés, ventilés ou sédatisés, tel que prévu à l'article R.4311-12 du code de la santé publique dans une rédaction récente issue d'une modification introduite par un décret du 10 mars 2017 : « *L'infirmier ou l'infirmière anesthésiste est seul habilité à réaliser le transport des patients stables ventilés, intubés ou sédatisés pris en charge dans le cadre des transports infirmiers inter-hospitaliers* ». Ces transports peuvent ou non rentrer dans le cadre des transports secondaire SMUR (qui par définition sont urgents et médicalisés) lorsqu'ils sont régulés par le SAMU.

Pour être exhaustif, il convient de rappeler que dans ce chapitre ne sont pas envisagés :

- les transports sanitaires non médicalisés et non paramédicalisés qui sont effectués par des sociétés de transport sanitaire ou à défaut par les SDIS (carence ambulancière). Ces moyens permettent aussi, lorsque c'est indiqué, après l'intervention médicale du SMUR d'effectuer un transport non médicalisé vers une structure d'urgence hospitalière. Dans le cadre de l'aide médicale urgente, la garde ambulancière départementale mise à disposition de la régulation du Samu-Centre 15, est organisée par l'ARS ;
- les transports médicalisés de patients réalisés par des sociétés d'assistance et /ou des transporteurs privés, par voie terrestre et/ou aérienne, parfois à longue distance.

2.2 Les transports primaires regroupent les interventions pré-hospitalières des SMUR

La Société française de médecine d'urgence (SFMU) et Samu Urgences de France (SUdF) définissent le transport primaire comme « *une prise en charge médicale spécialisée d'un ou de plusieurs patients ne se trouvant pas admis dans un établissement de santé et dont l'état requiert de façon urgente une expertise médicale pour des soins d'urgences ou de réanimation et pour leur orientation* »⁹⁰.

En 2018⁹¹, parmi les 602 913 interventions primaires du SMUR, 222 100 sorties ne sont pas suivies par un transport médicalisé. Différents motifs sont possibles : décès du patient, refus d'évacuation du patient, traitement du patient sur place ou, cas le plus fréquent, transport du patient à l'hôpital par un moyen non médicalisé (130 526 interventions)⁹².

La présence médicale est obligatoire dans les SMUR lors de ces interventions primaires en raison de leurs activités de diagnostic et de soins sur place et pendant le transport, contrairement à l'organisation prévue pour les transports sanitaires. Ainsi, l'article D.6124-13 du code de la santé publique précise que « *l'équipe d'intervention de la structure mobile d'urgence et de réanimation comprend au moins un médecin, un infirmier et un conducteur ou pilote.* » Le SMUR est donc uniquement un transport médicalisé permettant de projeter une ressource médicale auprès du patient, contrairement aux autres transporteurs. L'engagement des SMUR et la recherche du service

⁹⁰ SFMU et SUdF, référentiel et guide d'évaluation SMUR, 2013.

⁹¹ Source : SAE.

⁹² Le SMUR est initialement intervenu, le patient a été examiné par un médecin et a été stabilisé. Le médecin peut repartir ensuite en véhicule léger et le transport du patient vers l'hôpital s'effectue via un appui logistique, par les pompiers ou une ambulance privée.

d'hospitalisation relèvent de la régulation médicale du Samu-Centre 15 et répondent à des règles de bonnes pratiques déclinées dans le contexte du département concerné.

2.3 Les transports secondaires des SMUR regroupent les transferts entre établissements de santé

Les transports secondaires, appelés « transferts » par la SFMU et SUDF dans leur référentiel⁹³, constituent « *une prise en charge médicale spécialisée d'un patient hospitalisé ou pris en charge par un service (d'urgences ou non), au sein d'un établissement de santé. Elle a pour objet d'assurer, si nécessaire, des soins complémentaires de réanimation et le transfert vers un service ou un plateau technique adapté à l'état du patient. Les établissements de santé, publics ou privés, concernés par ces missions sont : les Centres Hospitaliers, les CHU (Centre Hospitalier Universitaire), les CHR (Centre Hospitalier Régional), les cliniques privées ou les Établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), quel que soit le service d'admission du patient. Les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées) n'entrent pas dans ce cadre* ».

Lorsque le SMUR intervient pour un transport secondaire, la présence médicale à bord du véhicule est obligatoire, comme pour le transport primaire. Cette obligation est mentionnée à l'article D.6124-14 du code de la santé publique : « *Lors d'un transport inter-hospitalier mentionné au 2° de l'article R. 6123-15, l'équipe d'intervention peut, si l'état du patient le permet, être constituée de deux personnes, dont le médecin mentionné à l'article D. 6124-13.* »

En cas d'intervention du TIIH, comme son nom l'indique, la prise en charge est infirmière et secondaire (cf. article R.6312-28-1 du code de la santé publique). Leur existence n'est cependant pas systématique au sein des établissements.

La question de la pertinence d'organisations différenciées pour les TIIH s'est posée récemment lors des discussions du groupe de travail piloté par la DGOS sur les autorisations. Le groupe de travail n'a cependant pas clairement tranché cette question du positionnement des TIIH, à la fois en termes de structurations (cf. TIIH mis en place avec les moyens du SMUR vs avec les moyens des services d'hospitalisation) et en termes de relations avec le SAMU, comme le montre le tableau ci-dessous, extrait du support de travail du groupe, lors de la séance du 18 avril 2019.

⁹³ SFMU et SUDF, référentiel et guide d'évaluation SMUR, 2013.



Le transport infirmier inter-établissement (TIIH) Poursuite des échanges du GT6

- Aujourd'hui, deux organisations possibles en application du R.6312-28-1 :

	Organisation par le SMUR	Organisation par un service d'hospitalisation
Avantages	<ul style="list-style-type: none">• Mutualisation de moyens• Compétence des équipages	<ul style="list-style-type: none">• Répond directement à un besoin de transport lié à une activité.• Cette activité pourrait se développer avec la gradation des activités de soins.
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none">• Transport trop standardisé par rapport aux besoins des services d'hospitalisation ? (ex. : transport néonatal avec inf. puér.)	<ul style="list-style-type: none">• Manque de visibilité de cette activité• Nécessite un volume de transports significatif qui justifie d'avoir un moyen en propre
Impact SAMU	<ul style="list-style-type: none">• Possibilité de disposer plus facilement d'une ligne de SMUR supplémentaire grâce à l'ajout d'un urgentiste ?	<ul style="list-style-type: none">• Moyen attaché à un ES, non mobilisable pour un transport n'impliquant pas celui-ci

- Ces organisations différenciées correspondent-elles à des types de mission différents, ce qui justifierait d'avoir cette double possibilité ?
- A quel besoin de transport du SAMU cette offre correspond ?
- Les TIIH doivent-ils être régulés ou faire seulement l'objet d'une information du SAMU ?

Source : DGOS.

Plus globalement, et au-delà de ces différentes organisations, il apparaît que la distinction entre les TIIH mobilisés pour des transports urgents et ceux mobilisés hors de l'urgence, pour des transports sanitaires classiques entre établissements, manque de clarté. Il s'agit pourtant de deux types d'activité pris en charge par le même mode de transport infirmier. Cela renvoie aussi à la distinction entre les TIIH devant être enclenchés et régulés par le Samu-Centre 15, à l'inverse d'autres, qui ne relèvent pas de l'aide médicale urgente.

Une dissociation plus claire entre ces deux activités serait opportune, au plan juridique, organisationnel et probablement financier. En ce sens, seuls les TIIH déclenchés pour des transports urgents seraient régulés par le Samu-Centre 15 et l'utilisation par défaut des personnels SMUR pour des TIIH non urgent serait limitée.

Recommandation n°2 Catégoriser les TIIH relevant du transport urgent régulés par le Samu-Centre 15 et utilisant des moyens SMUR, de l'activité des TIIH ne relevant pas de l'aide médicale urgente.

Recommandations de SUDF sur les Transferts Infirmiers Inter-Hospitaliers (*extraits*)

SUDF a publié des recommandations en 2004 relatives aux TIIH. Il s'agit de transferts coordonnés par les SAMU territorialement compétent de la structure de soins à l'origine de la demande de transfert. Ils sont « une réponse adaptée à la diversification et à l'augmentation des transferts inter-hospitaliers, diversification et augmentations engendrées par la restructuration du système de soins autour de plateaux techniques ». « Cet effecteur vise à améliorer le rapport bénéfice / risque au cours de transferts inter-hospitaliers de patients stabilisés et à optimiser le temps médical disponible ». Son positionnement est intermédiaire, entre le transport ambulancier et le transport SMUR. Il est indiqué « pour les patients stabilisés sans défaillance non compensée ». Le prérequis est « la prise en charge préalable par un médecin avec réalisation d'un examen clinique, formulation d'un diagnostic, mise en route d'un traitement adapté et appréciation du risque évolutif ». « L'analyse de la phase d'observation initiale, la durée estimée du transfert et les possibilités de renfort médicalisé sont des arguments décisionnels supplémentaires ».

S'agissant des modalités d'un TIIH, les recommandations de SUDF listent notamment les principes suivants :

- Un accord et une transmission d'informations médicales sont nécessaires entre le médecin demandeur, le médecin régulateur du SAMU et le médecin receveur.
- Le choix de l'équipe d'intervention et du type de vecteur est décidé par le médecin régulateur en accord avec le médecin demandeur.
- L'infirmier du TIIH est informé par le médecin régulateur de la nature du transfert et des conditions de réalisation de celui-ci.
- S'il l'estime nécessaire, une fois auprès du patient, l'infirmier qui assure le transfert peut demander une réévaluation par le médecin du service demandeur et le médecin régulateur.
- Cette nouvelle analyse peut le cas échéant aboutir à l'intervention d'un autre moyen.
- Une fiche de prescriptions concernant le traitement et la surveillance pour la durée du transfert, horodatée et signée par le médecin du service demandeur est remise à l'infirmier ainsi que le dossier patient.
- À tout moment, l'infirmier du TIIH doit pouvoir joindre le SAMU, notamment pour obtenir rapidement un renfort du SMUR le plus proche.
- Un dossier spécifique TIIH est rempli par l'infirmier pendant le transfert et remis dans le service d'accueil.
- Une transmission infirmière est effectuée dans le service receveur. S'il l'estime nécessaire, l'infirmier du TIIH peut demander en liaison avec le médecin régulateur une réévaluation par le médecin du service receveur.
- Le vecteur de transport doit être de type ASSU et comporte un équipement adapté à la surveillance et à la sécurité du patient.
- Les moyens de transmission radiotéléphoniques doivent être équivalents à ceux d'une UMH.
- Des protocoles de soins écrits sont élaborés par un groupe de travail comprenant au moins un cadre de santé, un infirmier, un médecin du SMUR. Ces protocoles concernent les éléments de surveillance, les actes de soins et les procédures d'appel à renfort au cours d'un TIIH. Ils sont validés par l'encadrement médical du SAMU et annexés au règlement intérieur du SAMU.
- Etc.

Les infirmiers mobilisés doivent avoir acquis une expérience dans le transport SMUR ou être IADE et justifier d'un maintien de compétences en SMUR. Ils doivent bénéficier d'une formation, ainsi que d'une mise en situation incluant l'utilisation d'un défibrillateur semi-automatique. Cette formation est coordonnée par le SAMU.

3 Le développement de transports paramédicalisés urgents permettrait, en veillant à garantir la qualité et la sécurité des prises en charge, de mieux utiliser les compétences médicales et paramédicales

3.1 Sous certaines conditions et dans le cadre de protocoles, des infirmiers pourraient prendre en charge le transport de patients ne nécessitant pas une présence médicale continue, notamment pour des interventions secondaires

3.1.1 Dans le cadre de l'intervention primaire

L'intervention paramédicale est limitée par la nécessité d'un examen clinique médical permettant d'établir un diagnostic et une conduite à tenir adaptée. Cette démarche de soins urgents se distingue d'une simple intervention de secours. En l'absence de médecin elle correspond à un mode de fonctionnement dégradé du SMUR. Sous prétexte de pénurie de médecins urgentistes et dans le but de préserver la structure hospitalière d'urgence, cette dégradation a été utilisée dans certains départements. Réalisée à main forcée et sans préparation ni concertation, elle ne peut en aucun cas constituer un mode d'organisation acceptable. Le développement de la paramédicalisation pour effectuer des interventions primaires est quasiment systématiquement une réponse, hors du cadre réglementaire, à une situation dysfonctionnelle, une alternative bien souvent à la suspension d'activité d'une ligne SMUR (voire à sa fermeture) pour déficit de ressources médicales. Elle ne doit pas être érigée en exemple mais au contraire comme le constat d'un échec et du recours à un pis-aller transitoire. La couverture de l'ensemble du territoire par des équipes médicales de SMUR dédiées à la prise en charge des urgences vitales reste un objectif prioritaire.

La mise en place de moyens de télémédecine (transmission de données et d'images) reliant l'infirmier à la régulation médicale du Samu-Centre 15 pourrait améliorer la prise en charge, mais elle reste expérimentale et son évaluation scientifique en primaire est pratiquement inexistante en France.

L'ensemble des représentants de la médecine d'urgence s'accorde sur le fait que cette paramédicalisation forcée ne peut pour l'instant se substituer au fonctionnement réglementaire actuel des SMUR.

Cependant, ce constat n'exclut pas la possibilité de confier dès maintenant à des personnels paramédicaux tout ou partie d'une intervention SMUR :

- ainsi, l'équipe SMUR, médicalisée, dans le cadre d'une intervention primaire prend en charge le patient sur place, puis elle se sépare : l'infirmier prend en charge le transport du site d'intervention vers l'établissement de santé parfois éloigné lorsque le patient requiert un plateau technique particulier. Le médecin, en parallèle, se rend disponible pour d'autres transports (et n'assure donc pas le transport du patient de son domicile vers l'hôpital). Cette situation est mixte, il ne s'agit plus vraiment d'un transport primaire et pas encore d'un transport secondaire. Le terme « primo-secondaire », est souvent utilisé pour qualifier ce type de transport (à ne pas confondre avec un transport secondaire dont le défaut de préparation le fait assimiler à une intervention primaire ou le même terme « primo secondaire » a pu être employé). Il nécessite une réflexion sur l'emploi des vecteurs avant et après l'intervention extrahospitalière (d'une part, l'intervention médicalisée pour se rendre auprès du patient, le transport infirmier pour amener ensuite le patient à l'hôpital et, en parallèle, la remise

opérationnelle du SMUR, rendu disponible vers une autre prise en charge urgente). Ces interventions pourraient mobiliser deux véhicules, dont un véhicule léger. Elles illustrent l'intérêt de dissocier lorsque c'est pertinent, l'intervention SMUR du transport qui lui fait suite ;

- de même, dans des circonstances où le problème diagnostique est résolu au téléphone par le médecin régulateur du SAMU, ou qu'il a été établi par un autre médecin à domicile, on peut envisager qu'il charge une équipe paramédicale d'administrer un traitement et mettre en place une prise en charge adaptée aux compétences paramédicales. L'exemple d'un traitement antalgique prescrit à distance par la régulation médicale illustre cette possibilité, de même que la réalisation de soins infirmiers urgents au domicile d'un patient. Le principal enjeu réside ici dans la qualification claire des situations cliniques à prendre en charge par des infirmiers seuls. Il appartient à la SFMU de déterminer les pathologies et les circonstances qui s'y prêtent et d'élaborer avec les professionnels concernés les protocoles qui peuvent être appliqués dans le cadre de la réglementation des professions paramédicales ;
- il faut aussi noter la possibilité d'utiliser, dans le cadre d'interventions primaires, des équipes paramédicales de proximité précurseurs de l'intervention SMUR. Déclenchées en même temps que le SMUR qui se trouve à plus de 30 minutes elles permettent une arrivée rapide sur place d'un infirmier préparant l'intervention du SMUR. A l'instar des Médecins Correspondants de SAMU (MCS), la création d'infirmier précurseur (type infirmier correspondant de SAMU « ICS ») permet de réduire les inégalités territoriales d'intervention SMUR dans des zones blanches à faible densité de population et/ou d'accès difficile.

La création d'infirmiers de pratique avancée (IPA) en médecine d'urgence permettra à terme une vision beaucoup plus large de l'intervention paramédicale puisque ce dispositif dote l'infirmier dans des circonstances précises d'une autonomie de diagnostic et de traitement obtenue par une formation universitaire spécifique. Le médecin régulateur du SAMU pourra alors confier la prise en charge du patient à l'IPA en médecine d'urgence dans le cadre réglementaire de son exercice.

3.1.2 Dans le cadre du transport secondaire, le développement des TIIH permet une paramédicalisation déjà réglementaire

Dans ce cas, le diagnostic et la prise en charge sont préalablement déterminés par un médecin. Par définition, le développement de TIIH urgents paraît donc plus simple et opportun : il garantit la qualité des soins et assure une économie conséquente de temps médical. Ainsi, un transport de nuit inter-hospitalier sur une longue distance (impliquant plusieurs heures de route), en urgence (d'un établissement de proximité vers un CHU) peut s'effectuer sans présence médicale, dans l'hypothèse d'un premier examen médical puis d'une stabilisation du patient au sein de l'établissement de proximité.

Il existe de nombreux exemples de mise en place de TIIH urgents régulés par le SAMU et qui constituent une véritable économie de temps médical pour les SMUR (par exemple en Moselle, dans la Manche, dans la région Parisienne, ...). Cependant il faut noter que ces transports ne sont pas suffisamment développés.

Les causes de cette sous-utilisation sont multiples. Elles sont souvent techniques : pas de dotation en matériel et/ou pas de personnels supplémentaires pour remplir cette mission dont le financement peut être variable voire inexistant (par exemple en cas de transport inter sites d'un même groupe hospitalier). Le défaut d'organisation territoriale des TIIH est aussi souvent invoqué. Cette organisation est nécessaire pour ne pas faire reposer la charge du transport sur les établissements ne disposant que d'une seule ligne de SMUR qui, de par leur taille, sont souvent les plus demandeurs

de transferts. Cette organisation peut reposer sur une logique centripète : par exemple l'établissement receveur, CHRU, CH de grande taille doté d'un plateau technique et de plusieurs équipes SMUR, vient chercher le patient du CH demandeur.

Composition de l'équipe paramédicale en cas de TIIH urgent : la régulation médicale par le Samu-Centre 15 de ces transports permet d'envisager une adaptation de l'équipe aux besoins du patient et à la disponibilité des personnels. Les expériences territoriales montrent que des IADE, mais aussi fréquemment des IDE, sont ainsi mobilisés. Pour des transports « simples » (dont la définition doit être généralisée), des IDE sont adaptés sur la base de leurs compétences propres, listées à l'article R.4311-5 du code de la santé publique. En revanche, certains patients compliqués (tels que les patients intubés) doivent au mieux être accompagnés par des IADE, comme le prévoit déjà la réglementation sur les TIIH. Enfin, les IPA pourraient à l'avenir représenter un profil adapté pour ce type d'intervention.

Les TIIH urgents doivent faire l'objet d'une doctrine d'engagement nationale claire pour le SAMU, en s'inspirant des expériences locales. Sur ce point, la SFMU et SUdF ont eu l'occasion de préciser quelques critères de recours aux TIIH (cf. annexe) :

- « *Le patient doit être stable sur le plan hémodynamique ;*
- *Il ne doit pas être intubé ni ventilé (si IDE, à voir si IADE) ;*
- *Il ne doit pas avoir besoin de ventilation non invasive (VNI) ;*
- *Il ne doit pas avoir de potentiel évolutif vers l'aggravation clinique hautement prévisible pendant le transport ;*
- *Il ne doit pas avoir besoin d'un geste technique médical hautement prévisible pendant le transport »⁹⁴.*

Les protocoles de prise en charge doivent être validés nationalement (SFMU et organisations professionnelles) et permettre le développement d'une formation garantissant le niveau adapté de qualité et de sécurité des soins.

Le développement de transport paramédicalisés proposé ici ne doit pas prêter à confusion avec la fonction des *paramedics*, développés dans les pays anglo-saxons, et qui ne correspond pas pour l'instant au besoin d'évolution de nos pratiques et de nos organisations. Institués depuis très longtemps pour des raisons historiques et réglementaires, ces auxiliaires travaillent dans des systèmes avec peu ou le plus souvent pas de médecins et pas de régulation médicale. Ils effectuent une prise en charge précisément protocolisée, basée sur la réalisation de gestes de secours dans le seul cadre où, en France, on réalise des interventions primaires. Il existe de très nombreuses variantes de ces organisations qui s'articulent avec un maillage territorial des hôpitaux et un dimensionnement des services hospitaliers d'urgence qui favorisent le transport en proximité. Même si dans certains pays les *paramedics* d'un niveau le plus élevé sont assimilés à des auxiliaires de santé ils n'intègrent pas, le plus souvent, d'infirmiers. *A contrario*, dans les pays anglo-saxons, les transports inter-hospitaliers font largement appels à des médecins et des infirmiers.

⁹⁴ SUdF et SFMU, « Urgences 2012 », Le TIIH.

3.2 Mise en œuvre de la réforme de transports médicalisés

Généralisation, dès 2020, de TIIH urgents sur tout le territoire

Le cadre juridique en vigueur pour les TIIH s'applique immédiatement, il n'y a pas de modifications réglementaires à prévoir. En revanche, des actions de promotion de ce mode de transport doivent impérativement être envisagées pour généraliser la possibilité de TIIH dans tous les établissements, qu'ils soient ou non siège de SMUR. La régulation médicale du Samu-Centre 15 organise les transferts inter-hospitaliers médicalisés et paramédicalisés urgents. L'articulation entre SMUR et TIIH est simple :

- le SMUR effectue les transports secondaires nécessitant strictement une prise en charge médicale continue, justifiée par l'urgence et la gravité de la situation ;
- le TIIH prend en charge les transports paramédicalisés inter-hospitaliers urgents dont les indications sont élargies et la réalisation sécurisée par une doctrine et des recommandations nationales. Les TIIH urgents bénéficient de moyens techniques et de ressources humaines identifiées et d'un financement adapté. Ces moyens sont chaque fois que c'est possible mutualisés avec le SMUR. L'organisation de TIIH urgents repose sur une échelle territoriale (probablement celle du GHT – groupement hospitalier de territoire) et une dimension régionale permettant l'accès de tous les établissements à ce nouveau service de transport.

Recommandation n°3 Généraliser les TIIH afin de développer les transports paramédicalisés entre établissements de santé et encadrer cette possibilité par des protocoles visant à déterminer clairement ses modalités d'activation et de réalisation tout en garantissant la sécurité de la prise en charge.

Recommandation n°4 Doter les TIIH des outils nécessaires à l'élargissement de leur emploi notamment la télémédecine embarquée afin de faciliter les relations à distance avec le médecin régulateur du Samu-Centre 15 et le SMUR.

Mise en place dès 2020 d'une possibilité de dédoublement de l'équipe SMUR au cours des interventions primaires, souvent alors appelées « primo-secondaires »

Elle consiste à découpler l'équipe d'intervention (médecin-infirmier) du SMUR après prise en charge sur le terrain par le médecin. Celui-ci, en fonction des éléments cliniques et paracliniques à sa disposition et de la destination du patient déterminée par la régulation médicale du Samu-Centre 15, décide que le patient est éligible à un transport paramédicalisé qu'il confie à l'infirmier du SMUR. Le médecin reconstitue alors dès que possible (retour à la base, relais de véhicule ...) une équipe SMUR complète et regagne la structure d'urgence dont il dépend. Suivant les ressources locales, l'existence de moyens TIIH, les relations avec le SDIS et les transporteurs, des variantes organisationnelles sont possibles pour décliner cette tactique. Ce dispositif est complémentaire et cohérent avec la généralisation des TIIH.

Recommandation n°5 Développer un protocole de découplage de l'équipe d'intervention primaire du SMUR permettant, après la prise en charge sur place par le médecin en lien avec la régulation médicale du Samu-Centre 15, d'effectuer un transport paramédicalisé pour hospitaliser le patient.

Enfin, concernant l'utilisation des compétences paramédicales au cours des interventions primaires, il importe de préciser rapidement les circonstances où cette pratique peut être utilisée et sécurisée.

C'est aux professionnels dans le cadre de la SFMU de conduire cette démarche et d'anticiper le rôle potentiel des IPA.

Recommandation n°6 Encadrer au niveau national les réflexions et expérimentations portant sur l'utilisation des compétences paramédicales dans le cadre des interventions primaires.

3.3 La ressource médicale ainsi rendue disponible pourrait utilement être redéployée au profit des patients en ayant le plus besoin, au sein des structures d'urgences des SAMU et des SMUR

Le développement de transports paramédicalisés, notamment des TIIH, a deux avantages :

- mobiliser les compétences soignantes pour des transports adaptés à de telles compétences ;
- économiser et mieux utiliser le temps médical des urgentistes.

Dans son rapport remis en 2015, Jean-Yves Grall plaidait d'ailleurs en faveur du développement des TIIH, estimant que « *l'utilisation plus fréquente des transports infirmiers est de nature à diminuer le besoin en médecins urgentistes* »⁹⁵.

Au sein des SMUR, la ressource médicale pourrait ainsi être transférée du transport secondaire vers le transport primaire ou vers la régulation médicale ou même l'accueil des urgences.

La finalité réside aussi dans le respect de la garantie d'un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes par un maillage territorial avec une prise en charge adaptée. La continuité du maillage territorial pour les interventions primaires des SMUR est grevée par la nécessité de transports secondaires qui parfois se font sur longue distance, mobilisant pendant de longues heures l'équipe médicale.

De plus, malgré la recommandation de 2018 de privilégier le maintien du SMUR par rapport au SU⁹⁶, la DGOS constate majoritairement des suspensions de lignes de SMUR, y compris uniques, en cas de tensions sur les effectifs urgentistes ne permettant pas d'assurer la présence continue de médecin urgentiste dans les structures d'urgence. Cette dégradation de l'offre de soins d'urgence pré-hospitalière est particulièrement sensible sur le plan de la qualité et de la sécurité des soins. Elle inquiète la population et les professionnels des territoires où elle se produit. Elle doit donc activement être combattue. Les propositions formulées dans ce rapport ont cet objectif. Elles permettent à la régulation médicale du Samu-Centre 15 de disposer d'une nouvelle offre de transport qui amplifie leur potentiel. Il importe cependant de dépasser la logique consistant à développer ce type de transport dans le seul objectif de répondre aux dysfonctionnements. Il s'agit, plus globalement et de manière stratégique, de mieux penser l'utilisation de la ressource médicale et paramédicale et de la positionner là où elle est nécessaire.

⁹⁵ Jean-Yves Grall, rapport sur la territorialisation des activités d'urgences, juillet 2015.

⁹⁶ Instruction n° DGOS/R2/2018/128 du 23 mai 2018 relative à l'anticipation et la prévention des tensions dans les structures de médecine d'urgence.

RECOMMANDATIONS

n°	Recommandations
1	Améliorer la connaissance de l'organisation et de l'activité des TIIH urgent au niveau national en effectuant des remontées d'informations
2	Catégoriser les TIIH relevant du transport urgent régulés par le Samu-Centre 15 et utilisant des moyens SMUR, de l'activité des TIIH ne relevant pas de l'aide médicale urgente
3	Généraliser les TIIH afin de développer les transports paramédicalisés entre établissements de santé et encadrer cette possibilité par des protocoles visant à déterminer clairement ses modalités d'activation et de réalisation tout en garantissant la sécurité de la prise en charge
4	Doter les TIIH des outils nécessaires à l'élargissement de leur emploi notamment la télémédecine embarquée afin de faciliter les relations à distance avec le médecin régulateur du Samu-Centre 15 et le SMUR
5	Développer un protocole de découplage de l'équipe d'intervention primaire du SMUR permettant, après la prise en charge sur place par le médecin en lien avec la régulation médicale du Samu-Centre 15, d'effectuer un transport paramédicalisé pour hospitaliser le patient
6	Encadrer au niveau national les réflexions et expérimentations portant sur l'utilisation des compétences paramédicales dans le cadre des interventions primaires

ANNEXE 1 : Situations cliniques justifiant un TIIH⁹⁷

Cardiologie
<p><i>SCA ST+</i> De plus de 24 heures En l'absence de douleur persistante En l'absence d'état de choc cardiogénique En l'absence d'OAP En l'absence de troubles du rythme grave ou de la conduction non corrigés</p>
<p><i>SCA non ST plus</i> En l'absence d'état de choc En l'absence de douleur persistante En l'absence d'état de choc cardiogénique En l'absence d'OAP En l'absence de troubles du rythme grave ou de la conduction non corrigés</p>
<p><i>Transfert pour pontage coronarien : Programmé</i> En l'absence d'état de choc En l'absence de douleur persistante En l'absence d'état de choc cardiogénique En l'absence d'OAP En l'absence de troubles du rythme grave ou de la conduction non corrigés</p>
<p><i>Œdème Aigu du Poumon</i> Stabilisé par traitement médical ou VNI Avec SpO₂ > / 94 % En l'absence d'indication de VNI durant transport En l'absence de douleur thoracique évocatrice d'un SCA En l'absence de troubles du rythme grave ou de la conduction non corrigés</p>
<p><i>Trouble du rythme ou conduction potentiel</i> (TV – FV – Torsade de Pointe – BAV BSA) Si troubles du rythme ou conduction stabilisés et non récidivant depuis au moins plus de 24 heures Si pas d'EES posé</p>
<p><i>Péricardite infectieuse</i> Sans tamponnade ou sans épanchement Sans retentissement hémodynamique Sans trouble du rythme non maîtrisé</p>
Toxicologie
<p><i>Intoxications médicamenteuses ou non aiguës</i> En l'absence d'état de choc patent ou latent En l'absence de détresse respiratoire patente ou latente Si gazométrie artérielle non perturbée Si médicament sans potentiel léthal Si médicament sans potentiel cardiotrope ou neurotrope (troubles du rythme ; conduction ; inotropisme négatif ; convulsivant) S'il existe une réactivité à la douleur type évitement inadapté (GCS ≤ 6 Y1 V1 M4)</p>
Troubles métaboliques
<p><i>Dyskaliémie</i> Si pas de trouble de la conduction ni du rythme cardiaque non corrigé En l'absence de signes ECG menaçant</p>

⁹⁷ SUDF et SFMU, « Urgences 2012 », Le TIIH.

<p><i>Acido-cétose diabétique – coma hyperosmolaire</i> En l'absence d'un état de choc hypovolémique En l'absence de troubles de la conscience sévère (GCS ≤ 6 Y1 V1 M4) En l'absence de dyskalième non corrigée ou menaçante à l'ECG</p> <p><i>Dysnatrémie</i> En l'absence de convulsions non maîtrisée En l'absence d'un état de choc hypovolémique En l'absence de troubles de la conscience sévère (GCS ≤ 6 Y1 V1 M4)</p>
Respiratoire
<p><i>Insuffisant respiratoire chronique</i> (BPCO Emphysème Asthme) Ne nécessitant pas de VNI pour le transport Ne nécessitant pas une intubation pendant le transport Sans trouble de la conscience Stabilisé avant le transfert sans VNI</p>
<p><i>Surveillance Drain thoracique</i> Si épanchement tari Si épanchement sans retentissement hémodynamique et respiratoire non maîtrisé Si mise en place d'un système de drainage type « pleurevac » Si contrôle radiologique effectué avant transport</p>
<p><i>Épanchement pleural</i> Si épanchement sans retentissement hémodynamique et respiratoire non maîtrisé Si absence d'indication prévisible de drainage de l'épanchement durant le transport</p>
<p><i>Embolie pulmonaire</i> Sans CPA clinique Sans CPA échographique Sans choc cardiogénique Thrombolysé si disparition du CPA clinique ou échographique</p>
<p><i>Trachéotomisé</i> Si nécessité d'aspiration itérative durant le transport Si patient en ventilation spontanée (non raccordé à un ventilateur) Si absence d'insuffisance respiratoire aiguë</p>
Brûlures
<p><i>Brûlure grave de l'adulte et enfant > 6 ans</i> En l'absence d'état de choc En l'absence de détresse respiratoire En l'absence de brûlures des VAS En l'absence de circulaire non débridé du cou En l'absence de blast (hémotypan)</p>
Traumatisme
<p><i>Traumatisme crânien</i> Si GCS ≥ 8 En l'absence de focalisation neurologique clinique En l'absence de signes clinique ou radiologique d'HIC En l'absence d'épisode convulsivant</p>

<p><i>HSDA-HED-HSDC</i> GCS > 8 Si lame d'épanchement sans compression des structure cérébrales donc sans signes cliques ni radiologique d'HIC En l'absence de focalisation neurologique clinique</p> <p><i>Traumatisme abdominal</i> En l'absence de saignement actif En l'absence de choc hypovolémique compensé ou non compensé En l'absence d'hémopéritoine important En l'absence de transfusion de concentré globulaire</p> <p><i>Traumatisme thoracique</i> En l'absence de détresse respiratoire En l'absence d'épanchement pleural non maîtrisé En l'absence d'indication de drainage pleural hautement prévisible durant le transport</p>
Neurologie
<p><i>Accident Vasculaire Cérébral</i> En l'absence d'état de choc En l'absence de détresse respiratoire aiguë Sans signes cliniques ni radiologique d'HIC Non thrombolysé dans les 24 heures</p>
<p><i>Paraplégie Tétraplégie</i> En l'absence d'état de choc spinal En l'absence de détresse respiratoire : aiguë ou compensée En l'absence d'altération de la gazométrie artérielle</p>
<p><i>Trouble de la conscience</i> En l'absence d'état de choc En l'absence de détresse respiratoire aiguë Avec un diagnostic étiologique présumé Sans signes d'HIC clinique et radiologique</p>
<p><i>Méningite, méningo encéphalites</i> En l'absence d'état de choc En l'absence de détresse respiratoire aiguë En l'absence de signes cliniques ou radiologiques d'HIC</p>
<p><i>État de mal convulsif</i> Si disparition des convulsions depuis plus d'une heure Si pas de signes d'HIC cliniques et radiologiques Si thérapeutique anticonvulsivante administrée avant transport</p>
Hypothermie
<p>En l'absence d'état de choc En l'absence de détresse respiratoire En l'absence de trouble du rythme (TV ESV menaçante) Température > 28° S'il existe une réactivité à la douleur type évitement inadapté (GCS ≤ 6 Y1 V1 M4)</p>