

Circulaire DHOS/01 n° 2004-151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente

SP 3 313
1215

NOR : SANH0430146C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Date d'application : immédiate.

Références :

Code de la santé publique. Articles L. 6311-1 à L. 6314-1 et R. 712-71 à R. 712-83 ;
Code général des collectivités territoriales, articles L. 1424-1 à L. 1424-50 et articles R. 1424-1 à R. 1424-55 ;
Décret n° 87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires modifié par le décret 2003-880 du 15 septembre 2003 ;
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 ;
Décret 97-620 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en oeuvre des services mobiles d'urgence et de réanimation et modifiant le code de la santé publique ;
Décret 2000-1162 du 28 novembre 2000 relatif aux missions et à l'organisation de la brigade des sapeurs-pompiers ;
Décret n° 2003-674 du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire et modifiant le décret n° 87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres ;
Arrêté du 23 juillet 2003 fixant les périodes de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire ;
Circulaire du 18 septembre 1992 relative aux relations entre le SDIS et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours (point IB et IIC) ;
Circulaire n° 98-483 du 29 juillet 1998 relative à la participation des transporteurs sanitaires privés à l'aide médicale urgente ;
Circulaire n° 99-471 du 12 août 1999 relative aux modalités de facturation des transports sanitaires dans le cadre de leur participation à l'aide médicale urgente organisée par la convention - type annexée à la circulaire du 29 juillet 1998 ;
Circulaire DHOS/O1/2003/204 du 23 avril 2003 relative à l'organisation de la garde ambulancière ;
Circulaire DHOS/O1/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

Textes abrogés :

I.A-IIA, B et D de la circulaire du 18 septembre 1992 relative aux relations entre le SDIS et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales à Mesdames et Messieurs les préfets de départements, direction départementale des affaires sanitaires et sociales (pour application), services départementaux d'incendie et de secours (pour application) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation (pour application) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région, direction régionale des affaires sanitaires et sociales (pour information) « L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation de secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état. » (article L. 6311-1 du code de la santé publique).

L'efficacité de la réponse aux demandes d'aide médicale urgente nécessite l'action coordonnée des différents acteurs des urgences préhospitalières. A cette fin, il est indispensable que les services d'aide médicale urgente (SAMU), les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), les services départementaux d'incendie et de

secours (SDIS) et les **ambulanciers** privés agissent de manière concertée et en synergie. Il est donc nécessaire d'établir une répartition claire des compétences de chacun, des procédures établies, bien comprises par tous et pouvant faire l'objet d'évaluations régulières.

Une première clarification des missions respectives des SAMU et des sapeurs-pompiers a été réalisée par les circulaires du 18 décembre 1992 et du 2 février 1996. Ces deux circulaires incitaient les centres hospitaliers sièges de SAMU et les services d'incendie et de secours à passer des conventions opérationnelles de coopération. La loi n° 96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours et les décrets n° 97-616 et 97-620 du 30 mai 1997 relatifs aux SMUR rendent nécessaires leur actualisation. Cette révision permettra de clarifier le rôle des **ambulanciers** privés dans la chaîne des urgences préhospitalières et de préciser les modalités de partenariat avec le SAMU et le SDIS.

C'est dans ce but que le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées a mené, en collaboration avec le ministère de l'intérieur, des réflexions sur cette révision. Les professionnels du SAMU, des **ambulanciers** et des sapeurs-pompiers y ont également été associés.

Cette circulaire est le résultat de cette étroite concertation et précise les modalités de coopération de ces trois partenaires dans le domaine de l'aide médicale urgente, chacun d'entre eux ayant la responsabilité d'organiser ses propres interventions et d'assurer la maîtrise de ses moyens.

I. - MISSIONS RESPECTIVES ET COORDINATION DES DIFFÉRENTS ACTEURS

A. - Une nécessaire clarification des missions

1. L'actualisation des critères

Les circulaires de 1992 et 1996 optaient pour une répartition territoriale des compétences.

L'application concrète de ces circulaires a posé quelques problèmes d'interprétation et de mise en oeuvre sur le terrain.

Cette répartition doit aujourd'hui tenir compte de l'apport de la loi n° 96-369 du 3 mai 1996, dont l'article 2 dispose que les services d'incendie et de secours dans le cadre de leur compétence concourent aux secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres et de catastrophes ainsi qu'à leur évacuation.

Dans ce texte, le lieu géographique qu'il soit public ou privé ne constitue donc plus un facteur déterminant d'attribution de compétences.

2. Missions des services de santé hospitaliers : SAMU, SMUR

2.1. Le SAMU

Le SAMU, qui comporte un centre de réception et de régulation des appels, (centre 15) est chargé :

- d'assurer une écoute médicale permanente ;
- de déterminer et déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- de s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état du patient ;
- d'organiser le cas échéant le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ;
- de veiller à l'admission du patient.

Le médecin régulateur est chargé d'évaluer la gravité de la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles (médecins généralistes, SMUR, ambulances) et, si besoin, de solliciter auprès du SDIS ses moyens, en vue d'apporter la réponse la plus appropriée à l'état du patient et de veiller à ce que les soins nécessaires lui soient effectivement délivrés.

A cet effet, le médecin régulateur coordonne l'ensemble des moyens mis en oeuvre dans le cadre de l'aide médicale urgente. Il vérifie que les moyens arrivent effectivement dans les délais nécessités par l'état de la personne concernée et assure le suivi des interventions.

La détermination par le médecin régulateur de la réponse la mieux adaptée se fonde sur trois critères : l'estimation du degré de gravité avérée ou potentielle de l'atteinte à la personne concernée ; l'appréciation du contexte ; l'état et les délais d'intervention des ressources disponibles.

La régulation médicale nécessite des informations précises, rapides et actualisées. Dans le meilleur des cas, elle repose sur le dialogue entre le médecin régulateur et la personne concernée. Du fait des circonstances, ce dialogue

ne peut pas toujours être direct. Mais il importe que tout soit fait pour qu'il soit le plus direct possible, notamment par l'interconnexion des centres d'appel permettant le transfert de l'appel ou la conférence téléphonique.

La régulation médicale suppose le suivi des différentes phases de la prise en charge de la personne concernée. La régulation médicale doit être systématique quels que soient le lieu où se trouve la personne et le cheminement initial de l'appel.

En cas de pathologie grave nécessitant une médicalisation rapide, le SAMU fait immédiatement intervenir les Services Mobiles d'Urgences et de Réanimation, le médecin régulateur peut faire intervenir en complément du SMUR, ou à défaut seul, tout autre moyen adapté, notamment les moyens médicaux du service de santé et de secours médical (SSSM) des SDIS.

2.2. Le SMUR

Les SMUR ont pour mission d'apporter 24 heures sur 24, sur décision du médecin régulateur, en tous lieux et sur l'ensemble du territoire, la médicalisation des interventions auprès des patients dont l'état nécessite une surveillance ou des soins médicaux d'urgence et de réanimation.

Le SMUR en application de l'article D. 712-73 du code de la santé publique peut être constitué soit par les moyens propres de l'hôpital soit, dans le cadre de convention, par des organismes publics ou des organismes privés. Lorsque les services d'incendie et de secours ou les entreprises de transport sanitaire privées ont passé convention avec un centre hospitalier afin que ce dernier dispose des véhicules et personnels nécessaires, les personnels et véhicules mis à disposition n'interviennent pas au nom du service d'incendie et de secours, ou de l'entreprise, mais en tant que prestataires du service hospitalier. Ils sont, dans ce cadre et pour la réalisation de cette mission, placés sous l'autorité fonctionnelle du chef de service du SMUR.

3. Les missions des ambulanciers privés

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

Les ambulanciers peuvent être amenés, à la demande du SAMU, à réaliser un bilan secouriste.

Pendant le transport, l'ambulancier titulaire du certificat de capacité d'ambulancier veille à la surveillance du patient et l'exécution des gestes appropriés à l'état du patient.

Des formations de mise à jour des compétences des ambulanciers dans le domaine de la réponse à l'urgence pourront être organisées par les SAMU.

Afin de réduire au maximum les constats d'indisponibilité, les ambulanciers privés s'organisent pour garantir en permanence une réponse rapide et de qualité aux demandes du SAMU. Cette réponse doit être organisée pendant les heures de garde préfectorale, conformément au décret n° 2003-674 du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire. Elle doit aussi faire l'objet d'organisation spécifique dans la journée. A cette fin, des travaux vont être menés par le ministère de la santé avec les professionnels afin de mieux organiser la réponse de ces derniers dans la journée.

4. Les missions des services départementaux d'incendie et de secours

Le service départemental d'incendie et de secours dispose :

- d'un centre opérationnel départemental d'incendie et de secours chargé de la coordination de l'activité opérationnelle des services d'incendie et de secours au niveau du département ;
- d'un, ou, si nécessaire, plusieurs centres de traitement de l'alerte, chargés de la réception, du traitement et de la réorientation éventuelle des demandes de secours ;
- d'un service de santé et de secours médical qui participe, notamment, aux missions de secours d'urgence.

Conformément à la loi n° 96-369 du 3 mai 1996, les victimes d'accident ou de sinistre et leur évacuation relèvent des services d'incendie et de secours lorsque leur état nécessite un secours d'urgence ou lorsque l'intervention nécessite un secours en équipe (sauvetage, soustraction à un danger ou à un risque).

Les missions confiées aux services d'incendie et de secours consistent donc à délivrer des secours d'urgence lorsque l'atteinte à l'individu est caractérisé par un dommage corporel provenant d'une action imprévue et soudaine, d'une cause ou d'un agent agressif extérieurs.

Le lieu d'intervention s'il ne constitue pas un élément prépondérant dans l'attribution des missions, reste déterminant pour ce qui concerne les demandes d'intervention sur la voie publique et dans des lieux publics qui présentent par leur nature un risque d'aggravation ou de pauvreté des informations transmises lors de l'alerte. La rapidité requise dans ces circonstances pourra justifier un envoi immédiat des moyens secouristes des services d'incendie et de secours.

Après l'arrivée sur les lieux d'un VSAV, un bilan doit être systématiquement transmis au centre 15.

L'évacuation d'une victime consiste en un transport sous surveillance par équipier formé, suite à une intervention, après orientation par le médecin régulateur vers la structure médicale adaptée la plus proche.

Le médecin régulateur peut juger utile un renfort médical alors que le patient est installé dans le véhicule des sapeurs pompiers en vue de son évacuation. Dans ce cas particulier, l'évacuation sera médicalisée. L'équipe mobile hospitalière, lorsqu'elle assure elle-même la surveillance d'un patient dont les soins sont effectués à l'intérieur d'un VSAV, bénéficie du concours du personnel du SDIS. Ces situations doivent rester ponctuelles et liées à une dégradation de l'état du patient au cours de la mission. Si ces évacuations médicalisées s'avèrent un moyen de compléter de manière régulière les moyens du SMUR, le centre hospitalier doit passer alors convention avec le SDIS en application du dispositif prévu au I-2-2 susvisé.

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

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

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

Le SDIS dispose d'un service de santé et de secours médical qui, conformément à l'article R. 1424-24 du code général des collectivités territoriales, participe aux missions de secours d'urgence et à l'aide médicale urgente. Dans le cadre de l'aide médicale urgente, le médecin régulateur du SAMU peut s'adresser au SDIS afin de solliciter les moyens du SSSM.

Lorsqu'ils agissent dans un autre cadre, conformément aux missions qui leur sont dévolues par la loi du 3 mai 1996, leurs interventions sont signalées au SAMU dès lors que la situation est susceptible de comporter une action de secours à personne.

Des procédures spécifiques doivent être définies localement sur ces points.

Pour faciliter cette participation à l'aide médicale urgente, le SDIS et le SAMU se communiquent réciproquement tous les semestres l'état et l'organisation de leurs moyens opérationnels.

II. - PROCÉDURES OPÉRATOIRES

A. - Interconnexion et information mutuelle

La mise en oeuvre d'une réponse adaptée aux besoins du patient, nécessite des relations étroites entre les centres de réception et de régulation des appels (CRRA) du SAMU et les centres de traitement de l'alerte (CTA).

Ces relations sont assurées grâce à l'interconnexion des deux dispositifs de traitement des appels.

Tout déclenchement d'une opération de secours à victimes impliquant les deux services doit être accompagné d'une information opérationnelle réciproque. Cette information mutuelle entre le 15 et le 18 concerne non seulement la retransmission initiale des données de l'alerte, mais également le déclenchement des opérations et leur suivi. Lorsqu'un service prend seul en charge une intervention dont l'alerte lui a été retransmise par l'autre, il est indispensable que celui-ci communique au centre ayant transmis l'appel, le type de moyen qu'il a déclenché ainsi que les délais d'intervention de ce moyen. La présentation des moyens sur les lieux de l'intervention fera l'objet d'une information mutuelle entre les services.

Lorsque l'appel est arrivé au stationnaire du 18, l'interconnexion des centres 15 et 18 doit intervenir systématiquement et comporter, chaque fois que c'est possible, le transfert de l'appel ou une conférence téléphonique à trois afin de faciliter la régulation médicale.

De même, lorsque l'appel est arrivé au permanencier du centre 15 et nécessite l'envoi de moyens du SDIS,

l'interconnexion des centres 15 et 18 doit intervenir systématiquement et comporter, chaque de fois que possible, le transfert d'appel ou une conférence téléphonique à trois afin de faciliter et accélérer l'envoi de ces moyens. Lorsque le SSSM intervient pour un secours d'urgence ou dans le cadre de l'aide médicale urgente, les messages médicaux qu'il envoie parviennent de façon aussi simultanée que possible au CODIS et au CRRA 15 du SAMU. Un dialogue peut ainsi s'établir directement entre le médecin du SSSM et le médecin régulateur du SAMU.

B. - Prompt secours

Une interconnexion opérationnelle, complétée par une action harmonieuse des différents participants de la chaîne des urgences pré hospitalières, selon les règles ci-dessus précisées, devrait permettre une prise en charge efficace de l'ensemble des demandes d'aide médicale urgente.

Toutefois, exceptionnellement, le centre de traitement de l'alerte peut être saisi d'un cas nécessitant un départ immédiat des sapeurs-pompiers.

Ainsi que le précisait la circulaire du 18 septembre 1992, le prompt secours se caractérise par une action de secouristes agissant en équipe et visant à prendre en charge sans délai des détresses vitales ou à pratiquer sans délai des gestes secourisme. Il est assuré par des personnels formés et équipés. Son intérêt réside dans son caractère réflexe, il ne doit en aucun cas conduire à des actions relevant de la compétence des SMUR, des médecins généralistes, et/ou des **ambulanciers** privés voire du simple conseil.

Lorsque le CTA 18 reçoit un appel comportant, un risque vital imminent (détresse vitale avérée ou potentielle) le stationnaire du service d'incendie et de secours peut déclencher d'emblée les moyens secouristes des services d'incendie et de secours. Il transmet immédiatement l'information au centre 15 du SAMU et, chaque fois que c'est possible, lui transfère l'appel ou met en oeuvre une conférence téléphonique entre l'appelant, le SAMU et le CTA, en vue d'une régulation médicale.

Dès l'arrivée de l'équipe sur le lieu d'intervention, les sapeurs-pompiers transmettent un bilan de l'état du patient au médecin régulateur du centre 15. Ce dernier peut après cet échange d'information et régulation, interrompre l'intervention des moyens du SDIS lorsque cette intervention n'est pas adaptée à la situation. Le médecin régulateur peut également décider l'envoi d'un **ambulancier** privé pour assurer le transport du patient et il informe alors personnellement l'entourage de la victime. Les moyens du SDIS sont désengagés après avis du médecin régulateur.

III. - FORMALISATION CONVENTIONNELLE ENTRE LES TROIS ACTEURS

Afin de garantir une bonne coordination des trois acteurs des urgences pré hospitalières, des conventions tripartites SAMU/SDIS /**ambulanciers** privés devront être élaborées. Dans les départements où des conventions ont été passées suite aux circulaires de 1992 et de 1996, celles ci devront être actualisées pour tenir compte de la présente circulaire et de l'implication des **ambulanciers** privés dans ce dispositif. Ces derniers devront donc être signataires de la convention.

Les partenaires n'ayant pas encore contractualisés à ce sujet sont invités à engager cette démarche dans les plus brefs délais.

1. Contenu des conventions tripartites

Une convention sera signée par le SDIS, le centre hospitalier siège de SAMU et le (ou les) association(s) de transports sanitaires d'urgence. Elle formalisera les principes de répartition des compétences ci-dessus énoncées. Elles seront adaptées aux circonstances locales du département et donc évolutives afin que soit retenu le meilleur mode de prise en charge des patients.

En effet, dans un souci de qualité et de sécurité de la prise en charge des malades et des blessés, certains aménagements exceptionnels, dérogatoires aux principes de répartition des compétences pourront être justifiés compte tenu des particularités de l'offre de transports sanitaires sur certaines zones.

La détermination de ces zones particulières ne doit pas rester figée pendant la totalité de la durée de la convention. Elle doit être adaptée aux réalités locales, démographiques, socio-économiques qui évoluent.

Cette convention établira précisément les procédures de traitement de l'alerte et procédures d'intervention, protocolisera les délais d'intervention.

Cette convention est de caractère organisationnel. Elle ne se substitue pas aux conventions financières qui seront passées entre le SAMU et le SDIS pour la prise en charge des transports sanitaires effectués par les SDIS en

cas d'indisponibilité des ambulanciers privés.

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

Une évaluation régulière trimestrielle du dispositif ainsi qu'un état des lieux devront être réalisés par les trois partenaires. Ils présentent annuellement le bilan de la mise en oeuvre de ces travaux devant le comité départemental d'aide médicale urgente et de la permanence des soins. Cette présentation sera notamment l'occasion de vérifier au regard de la situation départementale la légitimité du maintien de telles dérogations ou l'opportunité de créer de nouvelles zones.

2. Suivi et évaluation des ces conventions

2.1. Au plan local

Le bon déroulement de la mise en oeuvre de ces conventions dépend de la qualité de la collaboration des signataires de cette convention et de la régularité de leurs échanges.

A cette fin, il est important que la convention prévoie une procédure de suivi régulier de l'application de ces procédures opératoires. Des rencontres périodiques entre les trois acteurs doivent être organisées au moins tous les trimestres afin qu'un dialogue constructif se noue entre eux. Lors de ces réunions seront examinées des statistiques s'appuyant sur une analyse commune de la mise en place effective de la convention. A cette fin, seront annexés à la convention les indicateurs de suivi qui seront retenus, dont l'annexe à la présente circulaire détaille une liste non limitative.

Les situations où la mise en oeuvre des critères d'interventions conventionnels n'a pas été possible devront être également évoquées, ainsi que la mise en place de tout moyen permettant d'améliorer la qualité de la réponse. Les acteurs réaliseront ensemble une évaluation annuelle de la mise en oeuvre de la convention et la présenteront au CODAMUPS. Au vu des résultats de cette dernière, des avenants à la convention pourront être établis si besoin.

2.2. Au plan national

Un groupe d'appui national désigné conjointement par le ministère de la santé et le ministère de l'intérieur, pourra soutenir la mise en oeuvre de ces conventions en cas de difficultés constatées localement. Ce groupe interviendra suite à une demande formulée par le préfet de département. Il sera également chargé d'organiser les remontées d'informations sur ces conventions et notamment les initiatives locales innovantes.

Enfin, il vous est demandé de transmettre simultanément au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, à l'attention de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (sous-direction de l'organisation du système de soins) et au ministère de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, à l'attention de la direction de la défense et de la sécurité civile, sous direction des sapeurs-pompiers, un bilan de la mise en oeuvre de ces conventions un an après la publication de la présente circulaire. Cette remontée d'information permettra d'effectuer une évaluation nationale.

J.-F. Mattei

Nicolas Sarkozy

ANNEXE

L'évaluation s'appuiera notamment sur les items suivants :

- une appréciation du fonctionnement des modalités organisationnelles mises en oeuvre ;
- une analyse des dysfonctionnements éventuels ;
- des données statistiques sur le nombre d'interventions réalisées par :
 - les transporteurs sanitaires privés, en fonction de la typologie ci-dessus retenue (en distinguant les périodes de garde et celles en dehors de la garde) ;
 - les SMUR ;
 - les services d'incendie et de secours ;
 - les autres intervenants (associations de secouristes...) ;
- des données statistiques sur le type d'appels à l'origine de l'intervention d'un transport sanitaire (centre 15, médecin libéral, hôpital, transfert du 18, particulier) ;
- les délais d'intervention des transporteurs sanitaires, les délais d'intervention des SDIS, et des SMUR ;
- le nombre de constats de carence des transports sanitaires et les modalités de prise en charge de l'intervention
- le nombre de sorties, non suivies de transport de patient, réalisées par les **ambulanciers** privés, en détaillant les « sorties blanches » réalisées pendant la garde et en dehors de cette période ;
- le nombre de bilans réalisés par des **ambulanciers** et suivis d'une intervention SMUR ;
- le nombre de cas où, à l'arrivée de l'ambulance ou d'un véhicule du SDIS dans le service d'urgence, le patient est jugé dans un état beaucoup plus grave que celui annoncé et nécessite une prise en charge immédiate... ;
- le nombre de prompts secours et le nombre d'évacuations réalisées à la suite d'un prompt secours ;
- le nombre de patients arrivant dans les établissements de santé en ambulance ou en VSAV sans régulation médicale préalable.