

COUR DES COMPTES

RAPPORT N°50

MARS 2012

AUDIT DE LEGALITE ET DE GESTION

**ETAT DE GENEVE
VILLE DE GENEVE
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG)
GENEVE AEROPORT (GA)**

**ORGANISATION ET SURVEILLANCE DE L'AIDE
SANITAIRE D'URGENCE**



LA COUR DES COMPTES

La Cour des comptes est chargée du contrôle indépendant et autonome des services et départements de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire, des institutions cantonales de droit public, des organismes subventionnés ainsi que des institutions communales.

La Cour des comptes vérifie d'office et selon son libre choix la **légalité** des activités et la **régularité** des recettes et des dépenses décrites dans les comptes, et s'assure du **bon emploi** des crédits, fonds et valeurs gérés par les entités contrôlées. Elle organise librement son travail et dispose de larges moyens d'investigation. Elle peut notamment requérir la production de documents, procéder à des auditions, à des expertises, se rendre dans les locaux de l'entité contrôlée.

Sont soumis au contrôle de la Cour des comptes:

- les départements,
- la chancellerie et ses services,
- l'administration du Pouvoir judiciaire,
- le Service du Grand Conseil,
- les institutions cantonales de droit public,
- les autorités communales et les institutions et services qui en dépendent,
- les institutions privées où l'Etat possède une participation financière majoritaire,
- les organismes bénéficiant de subventions de l'Etat ou des communes,
- le secrétariat général de l'Assemblée constituante.

Les rapports de la Cour des comptes sont rendus **publics**: ils consignent ses observations, les conclusions de ses investigations, les enseignements qu'il faut en tirer et les recommandations conséquentes. La Cour des comptes prévoit en outre de signaler dans ses rapports les cas de réticence et les refus de collaborer survenus lors de ses contrôles.

La Cour des comptes publie également un **rapport annuel** comportant la liste des objets traités, celle de ceux qu'elle a écartés, celle des rapports rendus avec leurs conclusions et recommandations et les suites qui y ont été données. Les rapports restés sans effets ni suites sont également signalés.

Vous pouvez participer à l'amélioration de la gestion de l'Etat en contactant la Cour des comptes.

Toute personne, de même que les entités soumises à son contrôle, peuvent communiquer à la Cour des comptes des faits ou des pratiques qui pourraient être utiles à l'accomplissement de ses tâches.

Contactez la Cour par téléphone, courrier postal, fax ou courrier électronique.

Cour des comptes - 8 rue du XXXI-Décembre - CP 3159 - 1211 Genève 3

tél. 022 388 77 90 - fax 022 388 77 99

<http://www.ge.ch/cdc>

SYNTHESE

Compte tenu des risques liés à l'activité d'aide sanitaire d'urgence (contrôle du matériel ambulancier, délivrance des autorisations d'exploitation aux sociétés d'ambulance, etc.) et du nombre d'acteurs privés et publics intervenant dans le dispositif (ambulances privées, centrale 144, service d'incendie et de secours de la Ville de Genève (SIS), service de sécurité de l'aéroport (SSA), services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) des hôpitaux universitaires de Genève (HUG), etc.), la Cour des comptes a entrepris un audit sur l'organisation du dispositif d'aide sanitaire d'urgence ainsi que sur sa surveillance par le service du médecin cantonal.

De par la loi, l'aide sanitaire d'urgence ainsi que sa surveillance sont **essentiellement centrées sur le transport**. Cela exclut de fait un certain nombre d'intervenants intra et extrahospitaliers tels que les institutions publiques et privées qui offrent des prestations d'urgence ou encore les professionnels de la santé, soumis à l'obligation d'assurer des services de garde.

La prestation d'aide sanitaire d'urgence vise principalement à assurer un **transport de qualité** dans un établissement de soins adéquat pour la suite du traitement et recouvre trois grands domaines :

- la régulation des ambulances sur le canton c'est-à-dire, au sens large, la planification du personnel et des moyens d'intervention affectés aux transports urgents ainsi que l'organisation de la centrale 144 ;
- la vérification de la conformité légale et réglementaire des services publics et des entreprises privées assurant des transports urgents ;
- la délivrance de préavis sanitaires pour l'organisation de certaines catégories de manifestations.

La Cour n'a pas analysé la qualité des prestations fournies en lien avec une demande d'aide sanitaire urgente ; les constats du rapport ne mettent dès lors pas en cause la qualité du travail effectué par les services publics et les entreprises privées impliqués. La Cour tient d'ailleurs à saluer l'engagement sans faille et la grande implication quotidienne des personnes de terrain œuvrant dans le cadre du dispositif d'aide sanitaire d'urgence.

Relativement à l'organisation de l'aide sanitaire d'urgence, la Cour constate que le chef de la brigade sanitaire cantonale n'a pas les pouvoirs lui permettant d'assurer la gestion des activités qui lui incombent de par la loi (notamment les responsabilités médicales et financières), en raison de la structure hiérarchique et opérationnelle complexe de la brigade. Elle recommande dès lors d'en reconsidérer l'organisation. Il y a également lieu de revoir la problématique de l'acheminement des appels à la centrale 144, car une proportion trop importante (42% environ) d'appels non urgents - pour des conseils médicaux, des pharmacies de garde, des renseignements divers, etc. - surcharge la centrale au détriment de son activité principale (traiter les appels urgents). Des points de mise en conformité sont également relevés, ainsi que la nécessité de coordonner les démarches des acteurs concernés en matière d'optimisation du système d'aide à l'engagement.

Relativement à la planification des moyens, la Cour recommande de compléter les analyses de besoins de transports sanitaires urgents afin de déterminer s'il y a lieu d'adapter les moyens d'intervention (y compris pour les événements majeurs). Par ailleurs, compte tenu des difficultés opérationnelles et légales auxquelles la base hélicoptère est actuellement confrontée, il serait souhaitable que les réflexions déjà engagées avec la REGA aboutissent dans les meilleurs délais. Un transfert à 100% de l'activité de la base hélicoptère à la REGA pourrait permettre à l'Etat d'économiser environ 800'000 F par année.

Relativement à la surveillance de l'aide sanitaire d'urgence, l'audit de la Cour fait ressortir des manquements relatifs au processus d'inspection des services (publics et privés) d'ambulance : elle recommande que les outils (formulaire, liste de matériel) soient mis à jour et validés par une autorité médicale; que la régularité des inspections et leur planification soient améliorées; que des sanctions soient prononcées en cas de non-conformité ; que les fiches d'intervention pré-hospitalières soient utilisées pour détecter les anomalies à corriger. Le processus relatif aux préavis sanitaires des manifestations fait également l'objet de manquements. Il convient d'y remédier en instaurant un processus plus rigoureux de sélection des manifestations à risque, de récolte et d'analyse des concepts sanitaires, de délivrance du préavis et de contrôles a posteriori.

Enfin, la Cour encourage vivement les Hôpitaux universitaires de Genève et le département des affaires régionales, de l'économie et de la santé à reprendre leurs réflexions en vue de créer une organisation cantonale faîtière des secours ayant pour but d'assurer la rapidité, la coordination, la sécurité et la qualité de l'aide médicale urgente sur l'ensemble du territoire cantonal.

TABLEAU DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS

Dans le cadre de ses missions légales, la Cour des comptes doit effectuer un suivi des recommandations émises aux entités auditées, en distinguant celles ayant été mises en œuvre et celles restées sans effets. A cette fin, elle a invité le département des affaires régionales, de l'économie et de la santé ainsi que les Hôpitaux universitaires de Genève à remplir le "tableau de suivi des recommandations et actions" qui figure au chapitre 7, et qui synthétise les améliorations à apporter et indique leur niveau de risque, le responsable de leur mise en place ainsi que leur délai de réalisation.

La Cour souligne la collaboration particulièrement constructive du département des affaires régionales, de l'économie et de la santé ainsi que des Hôpitaux universitaires de Genève dans le cadre de cet audit, de même que leur adhésion aux 18 recommandations. L'ensemble des rubriques du tableau a fait l'objet d'un remplissage adéquat par les entités auditées qui ont affiché leur volonté d'apporter les améliorations recommandées.

OBSERVATIONS DE L'AUDITE

Sauf exceptions, la **Cour ne prévoit pas de réagir aux observations de l'audité**. Elle estime qu'il appartient au lecteur d'évaluer la pertinence des observations de l'audité eu égard aux constats et recommandations développés par la Cour.

TABLE DES MATIERES

Liste des principales abréviations utilisées	7
1. CADRE ET CONTEXTE DE L'AUDIT	9
2. MODALITES ET DEROULEMENT DE L'AUDIT	12
3. CONTEXTE GENERAL	15
3.1. La notion de « chaîne des secours »	15
3.2. Le dispositif d'aide sanitaire d'urgence	16
3.3. Principales bases légales et normes professionnelles.....	18
3.3.1. Législation fédérale et cantonale.....	18
3.3.2. Directives de l'interassociation de sauvetage (IAS)	20
3.4. Les acteurs de l'aide sanitaire d'urgence	21
3.5. Chiffres clés relatifs aux transports urgents	27
3.6. Tarifs des transports et coût relatif à l'aide sanitaire d'urgence.....	29
4. ANALYSE – ORGANISATION ET PLANIFICATION DE L'AIDE SANITAIRE D'URGENCE.....	32
4.1. Organisation et gouvernance	32
4.1.1. Contexte	32
4.1.2. Constats.....	34
4.1.3. Risques découlant des constats.....	35
4.1.4. Recommandations.....	35
4.1.5. Observations des HUG.....	36
4.1.6. Observations du DARES	36
4.2. Organisation de la centrale 144	37
4.2.1. Contexte	37
4.2.2. Constats.....	38
4.2.3. Risques découlant des constats.....	39
4.2.4. Recommandations.....	39
4.2.5. Observations des HUG.....	40
4.2.6. Observations du DARES	41
4.3. Planification du personnel et des moyens.....	42
4.3.1. Contexte	42
4.3.2. Constats.....	44
4.3.3. Risques découlant des constats.....	45
4.3.4. Recommandations.....	45
4.3.5. Observations des HUG.....	46
4.3.6. Observations du DARES	47
5. ANALYSE – SURVEILLANCE DE L'AIDE SANITAIRE D'URGENCE	48
5.1. Introduction	48
5.2. Inspection des services publics et des sociétés privées d'ambulances.....	49
5.2.1. Contexte	49
5.2.2. Constats.....	50
5.2.3. Risques découlant des constats.....	52
5.2.4. Recommandations.....	53
5.2.5. Observations du DARES	54
5.3. Analyse des fiches d'intervention pré-hospitalières (FIP)	55
5.3.1. Contexte	55
5.3.2. Constats.....	57
5.3.3. Risques découlant des constats.....	58
5.3.4. Recommandations.....	59
5.3.5. Observations du DARES	59
5.4. Préavis sanitaires relatifs aux manifestations	60
5.4.1. Contexte	60
5.4.2. Constats.....	62
5.4.3. Risques découlant des constats.....	64
5.4.4. Recommandations.....	64
5.4.5. Observations du DARES	65



6.	CONCLUSION	66
7.	TABLEAU DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS ET ACTIONS	68
8.	RECUEIL DES POINTS SOULEVES PAR LES AUTRES AUDITS PORTANT SUR LES MEMES THEMES.....	76
9.	DIVERS.....	78
9.1.	Glossaire des risques	78
9.2.	Remerciements	80

Liste des principales abréviations utilisées

APPAG	Association professionnelle patronale des ambulanciers de Genève
ASGPA	Association des services privés genevois d'ambulances
BSC	Brigade sanitaire cantonale
DARES	Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé
DETEC	Département fédéral de l'environnement, des transports, de l'énergie et de la communication
DEUS	Département de l'environnement urbain et de la sécurité
DGS	Direction générale de la santé
FIP	Fiche d'intervention pré-hospitalière
GA	Genève Aéroport
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
IAS	Interassociation de sauvetage
LPPCi	Loi fédérale sur la protection de la population et sur la protection civile (520.1)
LProPop	Loi d'application des dispositions fédérales en matière de protection de la population (G3 03)
LS	Loi sur la santé (K 1 03)
LTSU	Loi relative à la qualité, la rapidité et l'efficacité des transports sanitaires urgents (K 1 21)
OCAN	Office cantonal des automobiles et de la navigation
RISanté	Règlement sur les institutions de santé (K 2 05.06)
ROsirir	Règlement sur l'organisation de l'intervention dans des situations exceptionnelles (dispositif Osiris) (G 3 03.03)
RPS	Règlement sur les professions de la santé (K 3 02.01)
RTRSA	Règlement fixant le tarif relatif au renforcement médical des services d'ambulances effectué par les services mobiles d'urgence et de réanimation de la brigade sanitaire cantonale (K 1 21.03)
RTSU	Règlement d'application de la loi relative à la qualité, la rapidité et l'efficacité des transports sanitaires urgents (K 1 21.01)
RUG	Réseau Urgences Genève
SASU	Secteur de l'aide sanitaire d'urgence
SIS	Service d'incendie et de secours de la Ville de Genève

SMC	Service du médecin cantonal
SMUR	Services mobiles d'urgence et de réanimation
SSA	Service de sécurité de Genève aéroport
UPS	Unité des pompiers sanitaires du SIS

1. CADRE ET CONTEXTE DE L'AUDIT

La prestation d'aide sanitaire d'urgence fait partie de la politique publique¹ de la santé et du programme « sécurité sanitaire, promotion de la santé et prévention » du canton de Genève. Selon le département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES), « *cette prestation vise à assurer un dispositif adéquat en matière d'aide sanitaire d'urgence par l'intermédiaire de la régulation des ambulances sur le canton (adéquation des besoins). Par ailleurs, elle garantit une offre de qualité notamment par la réalisation d'inspections assurant le respect des règles et normes professionnelles tant en matière de matériel sanitaire que de formation du personnel. Finalement, la prestation vise également à assurer des conditions sanitaires conformes lors de manifestations publiques sur le territoire genevois par l'octroi d'un préavis sanitaire ad hoc²* ». Cette prestation, qui concerne exclusivement le domaine pré-hospitalier, bénéficie ainsi « *aux patients en assurant un transport de qualité dans un établissement de soins adéquat pour la suite du traitement* ».

Selon l'article 1 du règlement d'application de la loi relative à la qualité, la rapidité, l'efficacité des transports sanitaires urgents (RTSU, K 1 21.01), l'aide sanitaire urgente comprend :

- la centrale téléphonique centralisant pour le canton les appels relatifs aux transports sanitaires urgents (centrale 144) ;
- le personnel et les moyens d'intervention affectés aux transports sanitaires urgents.

En 2009³, la centrale 144 a reçu plus de 63'600 appels d'urgence (soit 174 par jour en moyenne) dont environ 35% ont conduit à l'engagement d'une ambulance.

Selon l'analyse des risques de la Cour des comptes, l'aide sanitaire d'urgence présente des risques élevés, notamment :

- des risques d'image et de conformité inhérents à son activité : contrôle du matériel ambulancier, délivrance des autorisations d'exploitation aux sociétés d'ambulance, etc. ;
- des risques opérationnels liés notamment au nombre d'acteurs privés et publics intervenant dans le dispositif, notamment :
 - o la centrale d'appels sanitaires urgents, Urgences-Santé 144 (centrale 144) ;
 - o les services d'ambulances publics : service d'incendie et de secours de la Ville de Genève (SIS) et service de sécurité de l'aéroport (SSA) ;
 - o les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ;
 - o l'hélicoptère des HUG (REGA 15) ;

¹ Selon le site internet de l'Etat, « *le budget du canton de Genève est décliné en 16 politiques publiques, recouvrant 61 programmes et 177 prestations. Les politiques publiques sont les grands domaines d'action de l'Etat. Elles recouvrent les missions de l'Etat inscrites dans les lois de portée générale. Les programmes correspondent au découpage stratégique des politiques publiques en groupes de prestations homogènes. Les prestations sont des biens ou services produits par une unité administrative et délivrés à des destinataires ou usagers externes à l'Etat, ou à d'autres unités administratives. Chaque programme est doté d'objectifs et assorti d'indicateurs mesurant l'efficacité et l'efficience, ainsi que de valeurs cibles pour chacun de ces indicateurs* ».

² Selon l'application OGPE « Outil de gestion et de pilotage de l'Etat de Genève » qui recense les politiques publiques, programmes et prestations.

³ En date de l'audit, seules les données relatives à l'année 2009 étaient disponibles. Un rapport reprenant les données 2010 et 2011 était en cours de préparation.

- les services d'ambulances privés ;
- le service du médecin cantonal (SMC) en tant qu'autorité de surveillance de l'aide sanitaire d'urgence.

Cet audit a pour objectif d'analyser le dispositif d'aide sanitaire d'urgence sous l'angle de l'efficacité de l'organisation (bon emploi des fonds publics) et de la conformité avec les bases légales et réglementaires (légalité). Il est axé sur l'organisation du dispositif d'aide sanitaire d'urgence ainsi que sur sa surveillance par le service du médecin cantonal (SMC) rattaché au département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES).

La Cour a décidé de ne pas inclure dans son analyse les points suivants :

- la qualité des prestations fournies en lien avec une demande d'aide sanitaire urgente ;
- la prise en charge et le traitement des patients au sein des différents services d'urgence (HUG, cliniques privées, etc.) ;
- la qualité des avis médicaux délivrés par la brigade sanitaire cantonale (BSC) dans le cadre des préavis délivrés par le service du médecin cantonal lors de manifestations ;
- le respect des conditions permettant à un professionnel de santé (ambulancier, technicien ambulancier, etc.) d'obtenir un droit de pratique ;
- les contrôles effectués par l'OCAN relativement aux exigences techniques des ambulances ;
- le contrôle des processus financiers des différentes organisations concernées ;
- les processus de facturation des interventions à l'assuré ou à l'assureur ;
- l'activité et l'organisation des centrales d'appels privées du canton.

Dès lors que l'article 174a al. 1 de la Constitution genevoise (Cst-GE, A 2 00) précise que la gestion de l'Etat doit être économe et efficace, que la Cour doit exercer ses contrôles conformément à cette disposition (article 8 al. 1 LICC, D 1 12), et qu'il appartient à la Cour notamment de s'assurer de la légalité des activités et des opérations, de la régularité des comptes, ainsi que du bon emploi des crédits, fonds et valeurs mis à disposition d'entités publiques, la Cour est compétente (article 1 al. 2 LICC).

L'ouverture de l'audit a été communiquée par lettres adressées le 18 mai 2011 :

- à Monsieur Pierre-François Unger, conseiller d'Etat en charge du département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES) ;
- à Monsieur Michel Balestra, président du conseil d'administration des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ;
- à Monsieur François Longchamp, président du Conseil d'administration de Genève Aéroport (GA) auquel est notamment rattaché le service de sécurité de l'aéroport (SSA) ;
- à Monsieur Pierre Maudet, conseiller administratif en charge du département de l'environnement urbain et de la sécurité (DEUS) auquel est rattaché le service d'incendie et de secours (SIS).

Souhaitant être la plus efficace possible dans ses travaux, la Cour examine lors de ses investigations **l'ensemble des rapports d'audits préalables** effectués par des tiers, tant internes qu'externes (rapports de sociétés privées, rapports de l'Inspection Cantonale des Finances, rapports de la Commission de Contrôle de Gestion du Grand Conseil, rapports de la Commission d'Evaluation des Politiques Publiques, etc.), de même que les **plans de mesures P1 / P2 / P+ du Conseil d'Etat**, portant sur les mêmes thématiques que le présent rapport.

La Cour a pris connaissance du rapport du service d'audit interne des HUG de juin 2010 sur la centrale d'appels sanitaires urgents 144. L'objectif de l'audit consistait à analyser l'organisation de la centrale, son fonctionnement et les ressources disponibles par rapport à l'activité. De ce fait, la Cour n'a pas analysé :

- l'adéquation entre les missions de la centrale 144 et les ressources dont elle dispose ;
- les rôles et responsabilités de la direction générale de la santé (DGS) et des HUG concernant la centrale 144 ;
- l'évaluation de la centrale 144 en regard des directives applicables en la matière⁴.

La Cour précise au tableau comparatif présenté au chapitre 8 les constatations faites par les différentes instances. Le cas échéant, la Cour a indiqué l'origine de celles ayant servi de base aux constats et recommandations contenus dans le présent rapport.

En outre, conformément à son souhait de **contribuer à une coordination efficace des activités des différentes instances de contrôle** actuellement à l'œuvre à l'Etat de Genève, la Cour a examiné la planification des contrôles de l'Inspection cantonale des finances (ICF) et l'a informée de sa mission.

⁴ Notamment les directives de l'interassociation de sauvetage (IAS), voir le chapitre 3.2.2.

2. MODALITES ET DEROULEMENT DE L'AUDIT

La Cour a conduit cet audit sur la base des documents remis par les principaux acteurs concernés ainsi qu'en menant des entretiens ciblés notamment avec :

- l'ancienne directrice générale de la santé qui a quitté ses fonctions en milieu d'année 2011 ;
- le médecin cantonal ;
- le chef du secteur de l'aide sanitaire d'urgence (SASU) du service du médecin cantonal (SMC) et ses collaborateurs ;
- le directeur général adjoint et le directeur d'exploitation des HUG ;
- le médecin-chef du département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences ;
- le responsable du service des urgences des HUG ;
- le médecin adjoint responsable de l'unité des urgences pré-hospitalières et de réanimation (brigade sanitaire cantonale) ;
- le médecin responsable de la centrale Urgences-Santé 144 ;
- le capitaine et le chef de la section sanitaire du SSA ;
- le commandant et le chef de l'unité sanitaire du SIS ;
- des représentants de l'association des services privés genevois d'ambulances (ASGPA) ;
- le chef de l'unité mesures sanitaires d'urgences du service santé publique et le médecin responsable de l'organisation en cas de catastrophe du canton de Vaud ;
- le chef d'état-major du service départemental d'incendie et de secours et le médecin responsable du service d'aide médicale d'urgence du département de la Haute-Savoie (France).

La réunion d'ouverture a eu lieu le 6 juin 2011 et les séances subséquentes se sont tenues jusqu'au mois de février 2012.

En outre, afin d'analyser la surveillance opérationnelle de l'aide sanitaire d'urgence par le service du médecin cantonal, la Cour a notamment sélectionné de manière aléatoire un échantillon représentatif de :

- 20 formulaires d'inspection de véhicules ambulanciers relatifs à des visites effectuées par le secteur de l'aide sanitaire d'urgence (SASU) en 2010 et 2011 ;
- 20 demandes de manifestations sur la période 2009 à 2011 nécessitant la délivrance d'un préavis sanitaire par le SASU ;

Finalement, la Cour a analysé les fiches d'intervention pré-hospitalières (FIP) de l'année 2009, à partir d'une extraction informatique de l'application FIP 2009. Les analyses ont été réalisées sur l'année 2009 faute de données exhaustives pour l'année 2010 (se référer au chapitre 5.3 pour plus de détails).

Comme prévu par sa base légale, il est à relever que la Cour privilégie avec ses interlocuteurs une démarche constructive et participative visant à la **recherche de solutions améliorant le fonctionnement de l'administration publique**. De ce fait, la Cour a pu proposer aux intervenants rencontrés différentes possibilités d'amélioration de leur gestion, dont la faisabilité a pu être évaluée et la mise en œuvre appréciée sous l'angle **du principe de proportionnalité**.

La Cour a conduit son audit conformément aux **normes internationales d'audit** et aux **codes de déontologie** de l'International Federation of Accountants (IFAC) et de l'Organisation Internationale des Institutions Supérieures de Contrôle des Finances Publiques (INTOSAI), dans la mesure où ils sont applicables aux missions légales de la Cour.

En pratique, la méthodologie de la Cour des comptes est la suivante :

1^{ère} phase : Planification

Cette phase consiste à définir et à mobiliser les ressources et les compétences les mieux adaptées à la mission, que ce soit auprès des collaborateurs de la Cour des comptes ou auprès de tiers, et à déterminer les outils méthodologiques à utiliser.

2^{ème} phase : Préparation de l'audit

Cette phase consiste à identifier auprès de l'entité auditée quels sont ses bases légales et ses intervenants-clés, à comprendre son organisation et son fonctionnement, à collecter des données chiffrées et à procéder à l'analyse des risques qui lui sont propres. À ce stade, un plan de mission est rédigé avec notamment les objectifs de la mission, les moyens à disposition, les travaux dévolus à chaque intervenant de la Cour et les délais impartis dans le déroulement de la mission.

3^{ème} phase : Récolte d'informations

Cette phase consiste à déterminer les sources de l'information pertinente, à savoir quelles sont les personnes-clés à contacter et quelles sont les informations qui sont nécessaires à l'atteinte des objectifs. Ensuite, les collaborateurs de la Cour et/ou les tiers mandatés procèdent à des entretiens et collectent les informations requises.

4^{ème} phase : Vérification et analyse de l'information

Cette phase consiste d'une part à s'assurer que les informations récoltées sont fiables, pertinentes, complètes et à jour et d'autre part à les analyser et à les restituer sous la forme de documents de travail.

5^{ème} phase : Proposition de recommandations

Cette phase consiste à établir les constatations significatives, à déterminer les risques qui en découlent et enfin à proposer des recommandations afin de rétablir la légalité des opérations, la régularité des comptes ou d'améliorer la structure ou le fonctionnement de l'organisation.

6^{ème} phase : Rédaction du rapport

Cette phase consiste à rédiger le rapport conformément aux documents de travail et à la structure adoptée par la Cour des comptes.

7^{ème} phase : Validation du rapport

Cette phase consiste à discuter le contenu du rapport avec l'entité auditée, avec pour objectif de passer en revue les éventuelles divergences de fond et de forme et de s'accorder sur les priorités et délais des recommandations.

Ainsi, chaque thème développé dans ce rapport fait l'objet d'une mise en contexte, de constats, de risques découlant des constats et de recommandations (numérotées en référence aux constats) soumis aux observations de l'audité.

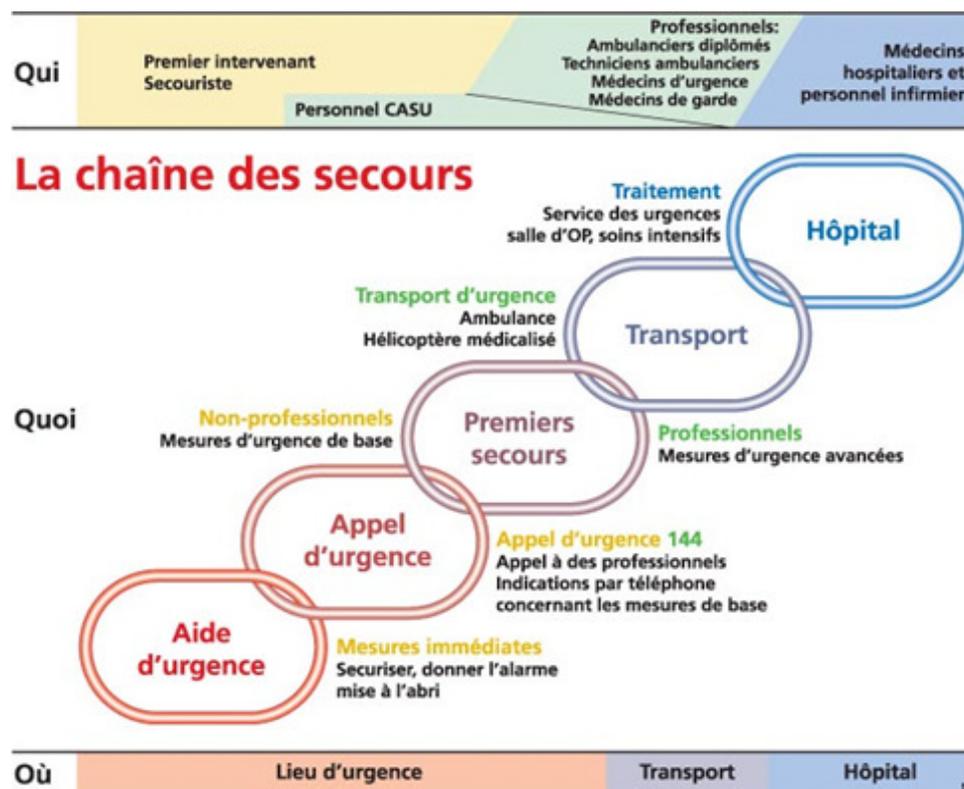
Les risques découlant des constats sont décrits et qualifiés en fonction de la **typologie des risques encourus**, risques définis dans le Glossaire qui figure au chapitre 9.

Afin de faciliter le suivi des recommandations, la Cour a placé au chapitre 7 un tableau qui **synthétise les améliorations à apporter** et pour lequel l'entité auditée indique le niveau de **risque**, le **responsable** de leur mise en place ainsi que leur **délaï de réalisation**.

3. CONTEXTE GENERAL

3.1. La notion de « chaîne des secours »

Afin que l'accès de la population aux soins d'urgence soit garanti, utile et efficace, une succession d'actes et de compétences est nécessaire et obligatoire⁵. Ces événements sont représentés par cinq « maillons » de base qui constituent ce que l'on appelle la « chaîne des secours⁶ » :



Source : site internet de l'Interassociation de Sauvetage (IAS)

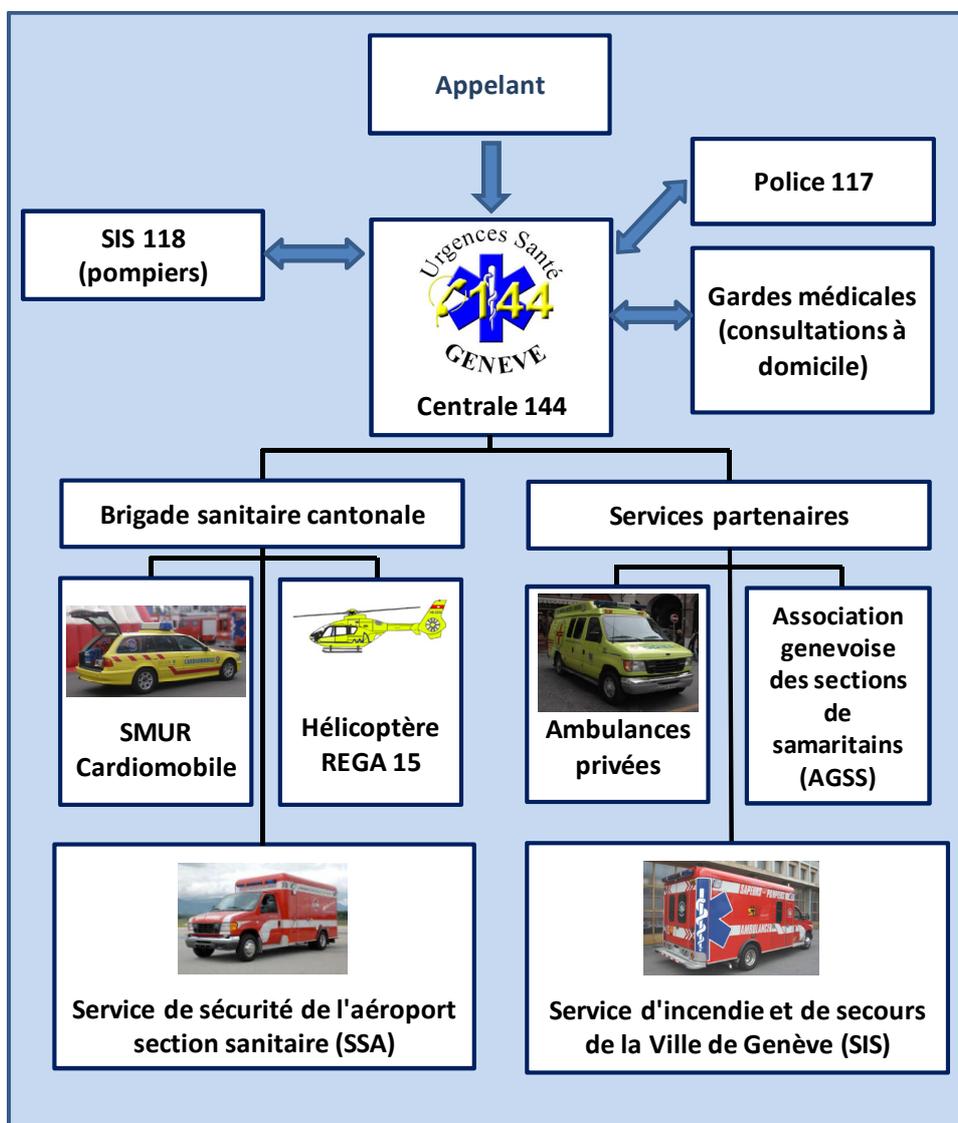
« Chaque maillon est caractérisé par une organisation, des compétences et des moyens spécifiques qui constituent une montée en puissance progressive des soins apportés aux patients »³. La chaîne des secours assure ainsi le déroulement logique des mesures médicales et règle la coordination des services sanitaires responsables via la centrale 144 (directives de l'IAS concernant l'organisation des services sanitaires en cas d'accident majeur ou de catastrophe).

Le présent audit couvre essentiellement les maillons relatifs à « l'appel d'urgence », aux « premiers secours » et au « transport ». Comme indiqué au chapitre 1, les maillons « hospitaliers », qui recouvrent notamment la prise en charge des patients en salle d'accueil des urgences, ne seront pas traités dans le cadre du présent rapport.

⁵ Article « Accès aux soins d'urgence : organisation et utilité de la chaîne de secours » de la Revue Médicale Suisse N°75 publiée le 09 août 2006.

⁶ Le concept de chaîne de secours est diffusé en Suisse par l'Interassociation de sauvetage (IAS).

Dans le cas du canton de Genève, les principaux acteurs intervenant au sein des trois maillons centraux de la chaîne des secours sont les suivants :



Source : d'après le cahier spécial des urgences des HUG « Gros plan sur les urgences ».

Les principaux acteurs de ce schéma seront présentés en détail au chapitre 3.4.

3.2. Le dispositif d'aide sanitaire d'urgence

Selon la planification médico-sociale et sanitaire du canton de Genève 2012-2015, « l'aide médicale urgente pré-hospitalière représente l'ensemble des mesures de santé requises par un individu ou un groupe, de manière impérieuse et imprévisible, et dont le but vise à préserver l'existence, à limiter les séquelles somatiques et psychologiques d'une maladie ou d'un accident et à contribuer, avec les autres intervenants institutionnels, à la réduction de l'exposition et de la vulnérabilité de la population lors de situations exceptionnelles (accidents majeurs, grandes manifestations, épidémies) ».

Comme indiqué au chapitre 1, dans le cas du canton de Genève, la prestation « aide sanitaire d'urgence » fait partie de la politique publique de la santé et du programme « sécurité sanitaire, promotion de la santé et prévention » et vise principalement à assurer un transport d'urgence de qualité dans un établissement de soins adéquat pour la suite du traitement. Elle recouvre trois grands domaines⁷:

- la régulation des ambulances sur le canton, c'est-à-dire la planification du personnel et des moyens d'intervention affectés aux transports urgents ainsi que l'organisation de la centrale 144 (voir les chapitres 4.1 à 4.3) ;
- la vérification de la conformité légale et réglementaire des services publics et des entreprises privées assurant des transports sanitaires urgents : vérification des conditions générales d'exploitation, formation et perfectionnement des intervenants, équipements des véhicules d'intervention, etc. (voir les chapitres 5.2 et 5.3) ;
- la délivrance de préavis sanitaires pour l'organisation de certaines catégories de manifestations publiques (voir le chapitre 5.4).

Ces trois grands domaines sont sous la responsabilité du service du médecin cantonal (SMC) rattaché au DARES, et plus particulièrement du secteur aide sanitaire d'urgence (SASU).

Selon l'article 2 de la loi relative à la qualité, la rapidité et l'efficacité des transports sanitaires urgents (LTSU, K 1 21), un transport sanitaire urgent est défini comme « *toute course devant être effectuée le plus rapidement possible par un moyen de transport équipé spécialement pour transporter les personnes malades et les personnes blessées dont la vie ou l'intégrité corporelle sont en danger ainsi que les parturientes* ». L'article 42 du règlement sur les institutions de santé (RIS, K 2 05.06) précise que les interventions des services d'ambulance sont de deux types :

- *intervention primaire (P) : premiers soins d'un patient sur le lieu même de l'événement avec, le cas échéant, son transport vers un établissement de soins ;*
- *l'intervention secondaire (S) : prise en charge d'un patient dans un établissement de soins et son transport, dans le but de continuité du traitement déjà initié.*

Par ailleurs, les interventions P et S sont différenciées par 3 niveaux de priorité, qui sont définis par les directives de l'interassociation de sauvetage (IAS) (art. 43 du règlement sur les institutions de santé) :

- *P1 : engagement immédiat avec signaux prioritaires pour des cas d'urgences avec probabilité d'une atteinte des fonctions vitales*
- *P2 : engagement immédiat pour des cas d'urgences sans probabilité d'une atteinte des fonctions vitales*
- *P3 : engagement programmé. Le moment du transport est généralement convenu*
- *S1 : transfert d'un patient avec atteinte des fonctions vitales (avec ou sans signaux prioritaires)*
- *S2 : transfert d'un patient, sans atteinte des fonctions vitales et dont le départ ne pourrait être différé*
- *S3 : transfert programmé d'un patient, sans atteinte des fonctions vitales*

⁷ Source : application OGPE (outil de gestion et de pilotage de l'Etat de Genève).

La priorité de l'intervention est initialement fixée par la centrale 144 à la réception de l'appel d'urgence. À ce stade, il convient de préciser que la notion d'urgence est une notion difficile à appréhender compte tenu de la différence qu'il peut exister entre l'urgence perçue par le patient et l'urgence d'un point de vue purement médical.

En termes d'objectifs rattachés à la prestation « aide sanitaire d'urgence », le secteur aide sanitaire d'urgence (SASU) du DARES a défini trois grands indicateurs :

- le taux de respect des délais d'intervention en zone urbaine (inférieur à 10 minutes) et rurale (inférieur à 15 minutes) (voir le chapitre 5.3.2) ;
- le taux de conformité des contrôles du matériel sanitaire des ambulances (voir le chapitre 5.2.2) ;
- le taux de conformité des contrôles des équipages des ambulances selon les normes de l'interassociation de sauvetage (IAS) (voir le chapitre 5.3.2).

3.3. Principales bases légales et normes professionnelles

3.3.1. Législation fédérale et cantonale

La législation fédérale et cantonale applicable à l'aide sanitaire d'urgence recouvre trois grands domaines : les transports sanitaires urgents, les institutions et professions de santé et les catastrophes et « situations exceptionnelles ».

Transports sanitaires urgents

La loi cantonale relative à la qualité, la rapidité et l'efficacité des transports sanitaires urgents du 29 octobre 1999 (LTSU, K 1 21) « *a pour but d'assurer la qualité, la rapidité et l'efficacité des secours apportés aux personnes malades et aux personnes blessées dont la vie ou l'intégrité corporelle sont en danger ainsi qu'aux parturientes* » (art. 1). Les principaux apports de la loi ainsi que de son règlement d'application (RTSU, K 1 21.01) ont été les suivants :

- instituer le 144 comme centrale unique de régulation et d'engagement des secours médicaux ;
- imposer le principe de proximité d'intervention à des fins de rapidité et d'efficacité des secours ;
- créer une brigade sanitaire cantonale (BSC) regroupant les moyens de médicalisation (SMUR et hélicoptère des HUG) et les ambulances du SSA ;
- instaurer une tarification unique des transports sanitaires urgents⁸ ;
- instituer une commission consultative qui veille au bon fonctionnement de la centrale et des transports sanitaires urgents.

En particulier, le RTSU précise notamment :

- les tâches exercées par le médecin cantonal en sa qualité de responsable de l'organisation et du bon fonctionnement de l'aide sanitaire urgente ;
- l'existence de contrat de collaboration entre la centrale 144 et les différents intervenants ;
- les missions et le fonctionnement de la commission consultative ;

⁸ En complément à la LTSU et au RTSU, un règlement fixe également le tarif relatif au renforcement médical des services s'ambulances effectués par les services mobiles d'urgence et de réanimation de la brigade sanitaire cantonale (RTRSA, K 1 21.03).

- la composition et le fonctionnement de la BSC.

Sur le plan fédéral, des instructions concernant l'équipement des véhicules de feux bleus et d'avertisseurs à deux sons alternés ont été édictées par le département fédéral de l'environnement, des transports, de l'énergie et de la communication (DETEC) en juin 2005. Elles concernent notamment les véhicules du service de santé suivants : ambulances d'intervention, ambulances de transport, véhicules d'intervention des médecins de service et des médecins urgentistes, etc. L'équipement de ces véhicules doit être approuvé par l'autorité sanitaire cantonale et respecter les directives de l'interassociation de sauvetage (IAS) concernant la construction et l'équipement des véhicules de sauvetage.

Une directive cantonale sur l'application des instructions du DETEC est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007. Elle précise notamment que les véhicules concernés par les instructions fédérales doivent être affiliés à la centrale d'appels Urgence Santé 144, cette dernière étant la seule habilitée à décider, en fonction de la demande d'intervention, de l'utilisation des signaux prioritaires.

Enfin, de manière plus générale, la coopération transfrontalière dans le domaine de la prise en charge des urgences est régie par la convention du 27 janvier 2011 (CTPU, K 1 22).

Institutions de santé et professions médicales

La loi sur la santé du 7 avril 2006 (LS, K 1 03) « *a pour but de contribuer à la promotion, à la protection, au maintien et au rétablissement de la santé des personnes, des groupes de personnes, de la population et des animaux, dans le respect de la dignité, de la liberté et de l'égalité de chacun* » (art. 1). Selon cette loi, les services d'ambulance constituent une catégorie d'institutions de santé dont la création, l'extension, la transformation et l'exploitation sont soumises à autorisation (art. 100 et 101). Par ailleurs, selon l'article 74 LS, une personne n'a le droit de pratiquer une profession de la santé que si elle est au bénéfice d'une autorisation de pratique délivrée par le département.

Le règlement sur les institutions de santé du 22 août 2006 (RISanté, K 2 05.06) modifié en juin 2011 précise les dispositions applicables aux différentes institutions de santé. En particulier concernant les services d'ambulances, les éléments suivants sont notamment détaillés :

- les conditions permettant l'obtention d'une autorisation d'exploiter un service ou une entreprise d'ambulance ;
- les types d'interventions et niveaux de priorité ;
- la composition des équipages ambulanciers ;
- les directives applicables en matière de matériel minimal embarqué dans les ambulances ;
- les modalités de surveillance des services d'ambulances par le médecin cantonal.

Il convient de préciser que le chapitre du RISanté consacré aux services d'ambulances a été modifié en juin 2011 suite à la mise à jour en janvier 2010 des directives sur la reconnaissance des services de sauvetage de l'interassociation de sauvetage (IAS) (voir le chapitre 3.3.2).

Le règlement sur les professions de santé du 22 août 2006 (RPS, K 3 02.01) définit quant à lui les professions de la santé et précise notamment les droits et devoirs de chacune de ces professions. Dans le cadre de l'aide sanitaire d'urgence, les professions suivantes sont concernées :

- médecin ;
- ambulancier ;
- infirmier ;
- technicien ambulancier.

Protection de la population et « situations exceptionnelles »

Au niveau fédéral, la loi sur la protection de la population et sur la protection civile (LPPCi, RS 520.1) a pour but de « *protéger la population et ses bases d'existence en cas de catastrophe, en situation d'urgence ou en cas de conflit armé, ainsi que de limiter les effets d'événements dommageables* » (art. 2 LPPCi). L'article 3 de cette même loi détaille les organisations partenaires collaborant au sein de la protection de la population. Les services de la santé publique, y compris les premiers secours, sont cités, étant chargés de « *fournir des soins médicaux à la population* ».

La loi genevoise d'application des dispositions fédérales en matière de protection de la population (LProPop, G 3 03) confirme l'existence de cinq organisations partenaires en matière de protection de la population : la police, les sapeurs-pompiers, la santé publique, les services techniques et la protection civile (art. 2 LProPop). C'est le règlement sur l'organisation de l'intervention dans des situations exceptionnelles du 22 janvier 2003 (dispositif Osiris) (ROsiris, G 3 03.03) qui établit les « *organes de conduite et les modalités de fonctionnement nécessaires aux pouvoirs publics pour faire face à des situations exceptionnelles en vue de protéger la population, les infrastructures et les bases de la vie* » (art. 1 ROsiris). L'article 14 du ROsiris précise que l'état-major des opérations est composé des responsables de 12 « cellules », dont la cellule sanitaire. Celle-ci est chargée d'analyser la situation du point de vue sanitaire et de planifier tous les moyens supplémentaires nécessaires à l'intervention ou à la relève (notamment l'engagement et la conduite des samaritains) en vue du tri des blessés, des premiers soins, de l'évacuation sur des centres sanitaires, en liaison avec eux et de l'organisation d'équipes médicales. Le responsable de cette cellule est un représentant de la direction générale de la santé ou son remplaçant (article 18).

3.3.2. Directives de l'interassociation de sauvetage (IAS)

L'interassociation de sauvetage (IAS) est l'organisation faîtière suisse des institutions engagées dans le secourisme professionnel. Elle encourage et coordonne le secourisme en Suisse avec pour finalité d'assurer de manière optimale le déroulement du sauvetage du lieu de l'événement jusqu'à la prise en charge du patient par l'hôpital.

Par décision du 23 novembre 2001, la conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires a mandaté l'IAS afin de fournir, pour le compte des cantons, un certain nombre de prestations de services dans le domaine du sauvetage. Parmi ces prestations figurent notamment :

- l'élaboration et l'introduction d'un système d'assurance qualité des services de sauvetage et des centrales d'appel d'urgence (directives)
- l'exécution de contrôles de qualité auprès des services de sauvetage et des centrales d'appel d'urgence (procédure de reconnaissance)
- l'élaboration et mise en œuvre d'une conception d'exécution de la formation continue requise pour assurer et améliorer la qualité.

A cet effet, les directives suivantes ont notamment été établies :

- directives sur la reconnaissance des centrales d'appels sanitaires urgents CASU 144 (2010) ;
- directives sur la reconnaissance des services de sauvetage (2010) ;
- directives concernant la construction et l'équipement de véhicules de sauvetage (2005) ;
- directives concernant l'organisation des services sanitaires en cas d'accident majeur ou de catastrophe (2006).

Bien que n'ayant pas force de loi, les directives précitées constituent néanmoins la référence en ce qui concerne la qualité du sauvetage en Suisse. Elles sont actuellement largement appliquées dans les cantons suisses et sont fréquemment citées dans les textes législatifs (par exemple dans le règlement genevois sur les institutions de santé, voir ci-dessus).

Relativement au canton de Genève, à fin juin 2011, deux services privés d'ambulances ont obtenu le certificat de reconnaissance IAS et un autre service privé était en cours de certification pour la fin d'année 2011. En date de l'audit, la centrale 144 du canton de Genève n'avait pas encore initié la procédure de reconnaissance relative aux centrales d'appels.

3.4. Les acteurs de l'aide sanitaire d'urgence

Comme présenté dans le schéma du chapitre 3.1 et selon l'article 1 du RTSU, « l'aide sanitaire urgente comprend :

- la centrale téléphonique centralisant pour le canton les appels relatifs aux transports sanitaires urgents ;
- le personnel et les moyens d'intervention affectés aux transports sanitaires urgents », à savoir, selon l'article 3 de la LTSU et l'article 12 du RTSU :
 - o la brigade sanitaire cantonale de l'Etat de Genève (BSC) :
 - les ambulances du SSA et leur personnel ;
 - les véhicules du SMUR (cardiomobiles) et leur personnel ;
 - l'hélicoptère médicalisé et son personnel (art. 12 RTSU) ;
 - o le SIS ;
 - o des entreprises privées d'ambulances, selon les modalités d'un contrat de prestations conclu avec le Conseil d'Etat.

L'article 3 du RTSU précise que le médecin cantonal est responsable de l'organisation et du bon fonctionnement de l'aide sanitaire urgente. Le dispositif actuel fait ainsi cohabiter des intervenants des HUG (centrale 144, BSC), de Genève Aéroport (SSA), de la Ville de Genève (SIS) ainsi que des intervenants privés sous la surveillance du canton (service du médecin cantonal). Ces différents intervenants, ainsi que la commission consultative de l'aide sanitaire d'urgence instituée par la LTSU, sont présentés en détail ci-après.

Centrale 144

La centrale d'appels sanitaires urgents 144, qui existe depuis 1988, constitue l'unité opérationnelle de l'aide sanitaire d'urgence et figure au premier plan dans la chaîne des secours pré-hospitaliers. Son mandat est défini par la LTSU et son règlement d'application. Elle est ainsi la seule compétente sur le canton de Genève pour :

- réguler, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 les appels sanitaires relatifs aux transports sanitaires urgents ;

- coordonner et répartir l'intervention des divers moyens de transports publics ou privés cantonaux⁹ (voir ci-après) :
 - o en veillant à ce que le moyen de transport mobilisé réponde par son équipement à la nature et à la gravité du cas,
 - o en donnant la priorité au véhicule disponible permettant d'assurer la prise en charge la plus rapide possible.

Dans les cas très graves, la centrale envoie des secours médicalisés, à savoir une ambulance médicalisée, parfois accompagnée d'un cardiomobile, ou un hélicoptère. Le cardiomobile constitue ainsi un renfort médical sans transport de patient.

Lorsqu'un appel à caractère médical parvient dans l'une des trois centrales d'urgences cantonales, à savoir la centrale de la Police (117) ou celle des pompiers (118), il est immédiatement basculé vers la centrale 144 afin d'effectuer une régulation médicale.

L'objectif de la régulation est d'engager le moyen le plus approprié à la situation, de guider téléphoniquement les personnes sur place à réagir sans risque pour elles ou pour les victimes, et de les aider dans les premiers gestes d'assistance aux victimes. À l'issue de l'évaluation, si un transport sanitaire urgent ne semble pas s'imposer, la centrale dévie les appels vers les centrales publiques ou privées des médecins de garde, à but de consultation médicale non urgente.

La centrale 144, placée sur le plan légal sous l'autorité du médecin cantonal, est dirigée par un médecin spécialiste des urgences, qui en assume les responsabilités médicales, administratives, financières et de formation continue. Dans les faits, selon le contrat de prestations du 1^{er} février 2007 entre la DGS et les HUG, la DGS a délégué aux HUG la responsabilité médicale de la centrale. Selon ce contrat, les HUG mettent ainsi à la disposition de la DGS, contre rémunération, un poste de cadre médical, à hauteur de 30%, chargé de l'exécution des tâches prévues par la LTSU et son règlement d'application.

Afin notamment de clarifier le cadre hiérarchique, budgétaire et technique entre la DGS et les HUG, le contrat de prestations précité a été remplacé fin novembre 2011 (entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2012) par une nouvelle convention. Celle-ci vise à « *confier aux HUG les tâches d'organisation et de garantie du bon fonctionnement de la centrale 144. Les HUG assument ainsi à cet égard la responsabilité médicale, administrative, financière et de formation continue de la centrale* ». Pour l'accomplissement de cette mission, des indemnités de fonctionnement et d'investissement identifiées dans le contrat de prestations qui lie le DARES sont attribuées aux HUG.

Le contrat précise que les indemnités recouvrent tous les éléments de charge de fonctionnement et d'investissement en lien avec l'exécution des tâches décrites dans la convention.

Au 1^{er} octobre 2011, la centrale 144 comptait 13.8 ETP dont 12 ETP occupant la fonction de régulateur (au minimum, deux régulateurs sont présents 24 h/24 afin de répondre à la demande d'aide médicale d'urgence).

⁹ La centrale 144 mandate les ambulances et les moyens de médicalisation par le biais de contrats de prestation avec les différents partenaires.

En complément aux missions légales décrites ci-dessus, la centrale 144 assure également des missions supplémentaires au profit des HUG pour des raisons historiques (gérer les appels de nuit pour la garde d'oncologie des HUG dès 17h30 et le week-end, renseignements téléphoniques HUG, tour de contrôle hélicoptère, etc.) et des missions qui lui reviennent par défaut compte tenu de l'absence d'autres structures cantonales existantes (conseil médical téléphonique, pharmacies de garde, renseignement relatif au réseau urgences Genève (RUG¹⁰)).

Brigade sanitaire cantonale (BSC)

La brigade sanitaire cantonale (BSC) a été instituée dans la cadre de la LTSU, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2001. Placée sous l'autorité des HUG, la BSC est un service public cantonal dirigé par un médecin spécialiste des urgences, qui en assume les responsabilités médicales, administratives, financières et de formation continue. Elle réunit les ambulances du SSA, les véhicules du SMUR et l'hélicoptère médicalisé.

a) Groupe sanitaire du service de sécurité de l'aéroport (SSA)

Le service de sécurité de l'aéroport (SSA), que l'on nomme aujourd'hui division sécurité, est l'une des neuf divisions de GA. Ce service est notamment composé d'une section sanitaire qui compte au total 19 équivalents temps plein ayant tous le statut d'ambulancier/ambulancière.

En termes de matériel, le SSA dispose de trois ambulances ainsi que du seul poste médical avancé (PMA) du canton. Celui-ci appartient à Genève Aéroport (GA) et est mis à disposition du canton. A noter que les 3 ambulances ne sont pas mises à disposition de la centrale 144 tous les jours de l'année, 24h/24. Les dotations d'ambulances effectivement mises à disposition sont indiquées en partie 3.5 « chiffres clés relatifs aux transports urgents ».

En 2010, la section sanitaire du SSA a effectué 2'816 conduites sanitaires dont 2'527 « pour le compte » de la centrale 144. Environ 10% de ces interventions sont effectuées dans le périmètre de l'aéroport. Les autres interventions sont effectuées principalement sur les communes avoisinantes (Versoix, Vernier, Meyrin et Grand-Saconnex).

b) Unité des SMUR (cardiomobiles)

L'unité des cardiomobiles est sous la responsabilité du chef de la BSC, également médecin adjoint responsable de l'unité d'urgences pré-hospitalières et de réanimation (UPHR) des HUG. La dotation en ETP de cette unité est la suivante :

- 1 ETP médecin adjoint-chef d'unité ;
- 1 ETP chef de clinique ;
- 4 ETP médecins internes des HUG ;
- 0.8 ETP ambulancier responsable opérationnel ;
- 11.2 ETP ambulanciers diplômés ;
- 0.6 ETP de secrétariat.

¹⁰ Le Réseau Urgences Genève a été créé afin de désengorger les services d'urgences du canton de Genève et offrir une réponse de qualité aux besoins de santé de la population. Il réunit les Hôpitaux universitaires de Genève, l'Hôpital de la Tour, la Clinique des Grangettes, la Clinique de Carouge et le Groupe Médical d'Onex (site internet du RUG).

Cette dotation est affectée :

- aux tâches spécifiques du SMUR : interventions médicales, direction des secours médicaux lors d'événements majeurs planifiés ou imprévus, formation théorique et pratique des médecins internes du SMUR avec encadrement possible sur le terrain 24 h/24, 7 jours/7, formation théorique et pratique des ambulanciers du SMUR, gestion technique et logistique, contrôle de qualité, facturation, etc. ;
- aux tâches de formation de la BSC : formation continue obligatoire des ambulanciers du SSA et des ambulanciers/aides de vol de l'hélicoptère des HUG ;
- aux autres tâches de formation : enseignement aux écoles d'ambulanciers de Genève et de Lausanne, enseignement aux internes du service des urgences des HUG, etc. ;
- aux tâches de planification et de mise en œuvre des dispositifs sanitaires particuliers sous responsabilité publique : G8, conférences diplomatiques, etc. ;
- à la validation des concepts sanitaires de manifestations sous responsabilité privée : Lake Parade, Fêtes de Genève, etc.

À noter que le SMUR est également une unité de formation médicale reconnue par la Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Sauvetage (SSMUS). À ce titre, son organisation doit permettre de délivrer la formation médicale théorique et pratique permettant l'obtention de l'attestation de formation continue FMH de médecin d'urgence.

Le cardiomobile constitue ainsi un renfort médical sans transport de patient. Il y a actuellement 3 cardiomobiles sur le canton de Genève. Ceux-ci ont effectué 4'367 interventions en 2009.

c) Hélicoptère médicalisé (REGA 15)

Le département d'exploitation des HUG gère l'hélicoptère médicalisé basé à l'aéroport de Genève. Cet hélicoptère est la propriété des HUG¹¹, les interventions étant conduites dans le cadre d'un partenariat entre les HUG et la garde aérienne suisse de sauvetage (REGA). Le département d'exploitation des HUG gère le volet technique et les ressources humaines permanentes, à savoir les trois pilotes et les trois ambulanciers/aides de vol (soit 6 ETP). La partie médicale, à savoir les médecins, est quant à elle sous la direction d'un médecin adjoint, responsable du secteur des urgences chirurgicales, service d'anesthésiologie, département APSI (département d'anesthésiologie, pharmacologie et soins intensifs) des HUG. Une quinzaine de médecins-chefs de clinique se relaient afin d'assurer la garde.

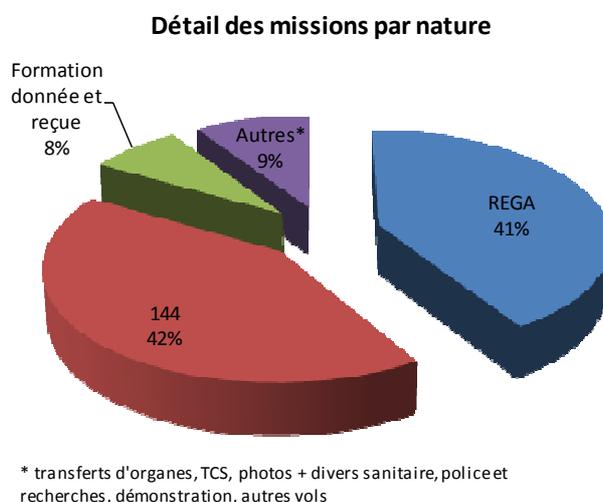
La gestion opérationnelle de l'hélicoptère est régie par deux contrats :

- un contrat entre les HUG et l'aéroport de Genève, signé le 12 janvier 2006, concernant essentiellement la mise à disposition de la base pour l'hélicoptère en échange de 10 heures de vol annuel non facturées. Ce contrat introduit également d'autres droits et devoirs pour l'hélicoptère, par exemple un décollage sans plan de vol;
- une convention signée le 10 janvier 2003 entre les HUG et la REGA qui régit la collaboration en matière de transports sanitaires. L'article 3 de cette convention précise que « *l'hélicoptère des HUG est mis en œuvre par REGA en priorité pour les interventions dans le canton de Genève et dans le territoire limitrophe vaudois et français, ainsi que pour les interventions en provenance et en direction de l'aéroport ou des HUG* ».

¹¹ Il a été acquis via un leasing en 2002.

Par ailleurs, selon cette convention, « *REGA couvre les frais que les HUG subissent suite à une mission de sauvetage ou de recherche effectuée par l'hélicoptère pour autant que cette mission ait été annoncée avant l'engagement des moyens* ». Les modalités de rémunération sont fixées dans une annexe à la convention (à la minute de vol avec une distinction jour et nuit). Par ailleurs, l'annexe 2 fixe le tarif applicable pour la mise à disposition de personne, soit par la REGA, soit par les HUG (forfait journalier). REGA indemnise enfin les HUG pour la mise à disposition d'un médecin durant les missions à hauteur d'un montant forfaitaire annuel de 340'000 F selon l'avenant n°1 entré en vigueur le 1^{er} avril 2009 à l'annexe II (conventions tarifaires) de la convention.

En 2010, la base hélicoptère REGA 15 a réalisé 488 missions (vols facturés et non facturés) dont 42% « pour le compte » de la centrale 144 (interventions primaires et secondaires) :



Unité des pompiers sanitaires du service d'incendie et de secours de la Ville de Genève (SIS)

L'unité des pompiers sanitaires (UPS) est l'une des sept unités que compte le service d'incendie et de secours (SIS), rattaché au département de l'environnement urbain et de la sécurité de la Ville de Genève. En 2011, l'UPS comptait 19 ETP soit 22 personnes ayant le statut d'ambulancier breveté ou par équivalence, ayant suivi la formation de l'IAS. En plus de ces 19 ETP, 4 pompiers disposent également de la double formation ambulancier/pompier et effectuent un tournus mensuel entre l'unité des pompiers professionnels et l'UPS.

D'une manière générale, les ambulanciers du SIS assurent les interventions sanitaires déléguées par la centrale 144 et participent aux actions de sauvetage spécifiques aux missions de secours dévolues aux sapeurs-pompiers professionnels. En vertu de l'article 7 de la LTSU, il est également fait systématiquement appel aux ambulances du SIS en cas de désincarcération, d'intoxication par matières dangereuses, d'irradiation, de feu, de noyade ou d'explosion.

En termes de moyens, le SIS est doté de 6 ambulances, dont 1 véhicule essentiellement utilisé en tant que véhicule d'instruction lors de la formation continue. A noter que ces 6 ambulances ne sont pas mises à disposition de la centrale 144 tous les jours de l'année, 24h/24. Les dotations d'ambulances effectivement mises à disposition sont indiquées en partie 3.5 « chiffres clés relatifs aux transports urgents ».

En 2010, les engagements d'ambulances du SIS se sont élevés à 3'465 correspondant à 3'088 interventions sanitaires. La différence entre les engagements et les interventions correspond aux interventions associées à des interventions de sauvetage des sections feu (accidents avec désincarcérations, explosions, etc.).

Pour des raisons « historiques », le SIS ne fait pas partie de la BSC. En corollaire au projet de fusion entre le SIS et le SSA, des réflexions sont néanmoins en cours afin de modifier ce point.

Entreprises privées d'ambulances

Actuellement, trois services d'ambulances privés mettent à disposition des ambulances d'urgence pour la centrale d'appel 144 et assurent ainsi des transports sanitaires : Ambulances Odier SA, Ambulances Services SA et SK ambulances SA.

Service du médecin cantonal (SMC) – Unité secteur aide sanitaire d'urgence (SASU)

Le service du médecin cantonal (SMC) est rattaché à la direction générale de la santé (DGS) du département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES). Selon son rapport d'activité 2010, « *il est chargé de toutes les questions concernant la santé dans le canton d'un point de vue de la santé publique* ». « *Il rassemble les activités liées à la santé comme la surveillance et le contrôle des maladies transmissibles, les activités de prévention et de promotion de la santé, la sécurité sanitaire et les transports sanitaires urgents. Il délivre les autorisations de pratiquer et assure le lien avec les professionnels de la santé. Il est également chargé de surveiller le respect des normes et des bonnes pratiques dans les institutions de santé et les EMS* ».

Le SMC a été réorganisé en 2010 avec la nomination d'un nouveau médecin cantonal au 1^{er} février 2010, un rapprochement de différents services (dont le service aide sanitaire urgente) et un regroupement géographique de tous les secteurs du nouveau service. A fin mars 2011, le SMC comptait environ 35 collaborateurs répartis dans 4 secteurs, une assistance de direction et un secrétariat. Suite à la réorganisation mentionnée précédemment, le service aide sanitaire urgente est devenu le secteur aide sanitaire d'urgence (SASU). D'une manière générale, le SASU contribue à la préservation, au maintien et à l'amélioration de l'intervention sanitaire pré-hospitalière. Les activités et les compétences du SASU s'exercent particulièrement dans les domaines suivants :

- supervision et soutien du développement de la centrale d'appels sanitaires urgents 144 ;
- inspection annuelle du matériel sanitaire embarqué dans les ambulances ;
- exploitation des données contenues dans les feuilles d'intervention pré-hospitalières (FIP) ;
- participation active, dans le cadre du plan OSIRIS (gestion de la pandémie H1N1, Kataplan, Polycom, etc.) ;
- participation à l'organisation de l'infrastructure d'accueil sanitaire lors de manifestations à Genève (Fêtes de Genève, course de l'Escalade, etc.).

Le SASU est composé de 1.7 ETP : un chef de secteur (1 ETP) et une commise administrative (0.7 ETP). De plus, le secteur est doté d'un apprenti et, en fonction de certains mandats, d'un stagiaire en maturité professionnelle.

Commission de l'aide sanitaire d'urgence

Selon l'article 7 du RTSU, « afin d'assister le médecin cantonal dans l'accomplissement de ses tâches, le Conseil d'Etat nomme une commission consultative de l'aide sanitaire urgente qui :

- veille au bon fonctionnement de la centrale 144 et des transports sanitaires urgents ;
- supervise l'application de la loi et du règlement ;
- propose toute mesure utile afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience de l'aide sanitaire urgente ».

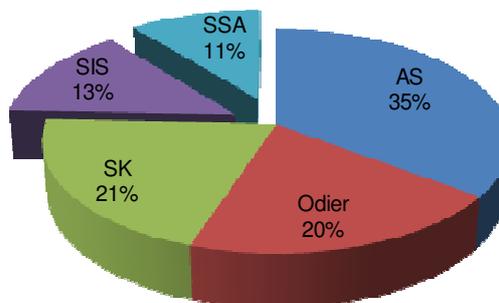
3.5. Chiffres clés relatifs aux transports urgents

En 2009, la centrale 144 a géré plus de 100'000 appels entrants, dont 63'620 appels provenant du numéro 144. Près de 55% de ces appels (34'710) ont donné lieu à une mission de régulation, c'est-à-dire qu'un acte d'évaluation de la situation a été effectué par les régulateurs de la centrale (voir le chapitre 3.4 « centrale 144 » pour plus de détails). Sur ces 34'710 missions de régulation :

- 22'466 (soit 65%) ont donné lieu à un engagement d'ambulance dont 4'367 avec cardiomobiles ;
- 12'244 (soit 35%) ont conduit à une régulation sans engagement d'ambulance. Ces missions correspondent notamment à des bascules d'appels, après régulation, vers les centrales de médecins de garde.

Par ailleurs, 222 interventions urgentes ont été réalisées avec l'hélicoptère.

En termes de « parts de marché » relatives aux engagements d'ambulances, les ambulances publiques (SIS et SSA) assurent environ 25% des interventions alors que les ambulances privées (Ambulances Odier SA, Ambulances Services SA et SK ambulances SA) en assurent environ 75% :



Source : rapport d'activité 2009 de la centrale 144

Selon les types et priorités définis au chapitre 3.2, les 22'466 engagements d'ambulances concernent à hauteur de 64% des interventions « primaires P1¹² » et à hauteur de 31% des interventions « primaires P2¹³ ». Les 5% restants sont répartis entre les « primaires P3 » (2%), les « secondaires S2 » (1%) et les « secondaires S3 » (1%).

¹² Premiers soins d'un patient pour des cas d'urgence avec probabilité d'une atteinte des fonctions vitales.

¹³ Premiers soins d'un patient pour des cas d'urgence sans probabilité d'une atteinte des fonctions vitales.

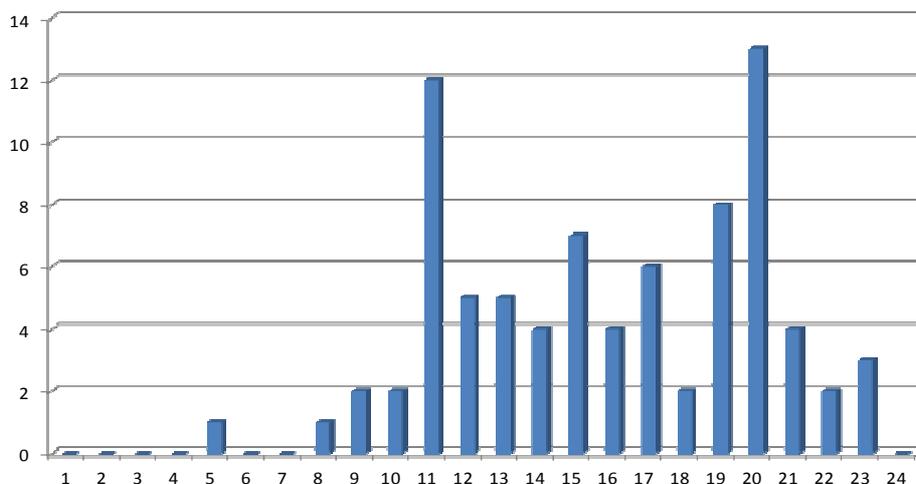
En termes de destinations des interventions urgentes, plus de 80% des interventions urgentes se terminent aux HUG.

Durant la journée, la dotation habituelle pouvant être engagée par le 144 est d'environ 11 ambulances. Durant la nuit, cette dotation passe à environ 8 ambulances :

Nombre d'ambulances	Jour	Nuit
SSA	1 à 2	1
SIS	1 à 2	1
SK	2 + 1 pour les priorités 3	2
Odier	2 à 3	1
AS	3	3
Total	10 à 13	8

Compte tenu de ces dotations, il peut exister des périodes pendant lesquelles se produit une inadéquation entre le nombre de requêtes d'ambulances effectuées par la centrale 144 et le nombre d'ambulances disponibles. Ces périodes sont appelées « codes coyotes ». Pour l'année 2009, selon les données du rapport d'activité de la centrale 144, environ 80 codes coyotes ont été recensés, répartis de la manière suivante en fonction des heures de la journée :

Nombre de codes coyotes annuels / heure de la journée



Selon le rapport de planification médico-sociale et sanitaire 2012-2015, « la centrale ne récolte pas, pour l'heure, les répercussions des périodes des « codes coyote » sur les délais que cela induit pour la prise en charge d'autres situations urgentes.

Lorsqu'un « code coyote » est déclenché, la centrale tente de mobiliser une ou deux ambulances complémentaires avec un équipage conforme pour répondre momentanément au besoin de transports urgents ».

3.6. Tarifs des transports et coût relatif à l'aide sanitaire d'urgence

Tarif des transports

Selon l'article 11 de la LTSU, un tarif unique pour tout transport sanitaire d'urgence régulé par la centrale 144 est fixé chaque année par le Conseil d'Etat. Ce tarif est indépendant du temps consacré, de la distance parcourue et du moment de l'intervention¹⁴. Dans les faits, l'entreprise de transport fait parvenir sa facture directement aux assurés (système du tiers garant). En dérogation à ce principe, certains assureurs-maladie et fournisseurs de prestations peuvent également convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération de la prestation (système du tiers payant).

Dans le cadre de l'application de l'article 11 de la LTSU, Santéuisse, l'association professionnelle patronale des ambulanciers de Genève (APPAG), le SIS, SK Ambulances et le SSA ont signé, le 18 janvier 2008, une convention relative aux frais de transports et de sauvetage par voie terrestre, P1-P2-P3¹⁵. Celle-ci a pour but de régler les conditions relatives à la contribution aux frais de transport médicalement nécessaires d'un assuré affilié à un assureur ayant adhéré à la convention et remplissant les conditions de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal).

Selon l'annexe tarifaire relative à la convention, les tarifs relatifs aux interventions primaires (P1, P2, P3) sont les suivants :

En francs	Tiers-payant	Tiers-garant
Interventions primaires (P1, P2, P3)		
Taxe de base pour 1h de service*	678.5	758.5
Durée d'intervention supplémentaire (par 1/4 d'heure entamé)	56.7	56.7

* Y compris matériel, nettoyage et désinfection, amortissement et maintenance du véhicule, etc.

Par avenant n° 2 du 23 décembre 2009, l'annexe tarifaire a été prorogée, d'entente entre les parties, d'une année, soit jusqu'au 31 décembre 2010¹⁶. L'arrêté du Conseil d'Etat du 9 février 2011 a prolongé cet avenant d'une année supplémentaire soit jusqu'au 31 décembre 2011.

Selon l'article 4 de la convention, en application des articles 26 et 27 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), l'assureur-maladie prend en charge 50% des frais occasionnés par un transport médicalement indiqué jusqu'à un maximum de 500 F et 5'000 F par année. Les 500 F concernent la contribution aux frais de transport alors que les 5'000 F concernent les frais de sauvetage.

¹⁴ Sont notamment inclus dans ce tarif : les médicaments ou fournitures définis par le Conseil d'Etat, une participation forfaitaire aux frais de formation, un forfait par course fixé conformément aux principes posés par la législation fédérale sur l'assurance-maladie obligatoire (art. 11 al. 2 LTSU).

¹⁵ La convention s'applique aux transports urgents (P1 et P2) médicalement indiqués répondant aux critères des articles 26 et 27 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Les appels d'engagements d'ambulances pour les transports d'urgence médicalement indiqués doivent avoir transité par le 144.

La convention s'applique également aux transports non urgents (P3) répondant aux critères de l'article 26 de l'OPAS. Les appels d'engagements d'ambulances pour les transports d'urgence médicalement indiqués doivent avoir transité par le 144. La convention ne s'applique pas aux transports inter-hospitaliers.

¹⁶ Cet avenant a été approuvé par arrêté du Conseil d'Etat en date du 12 mai 2010.

L'article 11 de la LTSU précise que ces tarifs ne s'appliquent pas aux transports sanitaires urgents effectués par l'hélicoptère. En cas d'intervention du cardiomobile ou d'une ambulance médicalisée, l'intervention du médecin est facturée en sus (conformément au règlement fixant le tarif relatif au renforcement médical des services d'ambulances effectué par les SMUR de la BSC). Selon ce règlement, le forfait par intervention, incluant le véhicule et l'ambulancier, se monte à 349.65 F. Une taxe complémentaire de 3.30 F par kilomètre s'applique si la distance est supérieure à 20 kilomètres. En cas d'envoi du cardiomobile, « le forfait pour la rémunération de la prestation du médecin s'élève à 257 F » (art. 2 RTRSA).

Coût relatif à l'aide sanitaire d'urgence

À titre d'information, la Cour présente dans le tableau ci-dessous une estimation du coût de fonctionnement relatif à la prestation « aide sanitaire d'urgence » pour l'année 2010, d'après les informations communiquées par les différents services / entités rencontrés. Il convient de préciser que la Cour a renoncé à chiffrer les dépenses d'investissement, compte tenu des difficultés liées à l'exercice. Par ailleurs, ces coûts n'incluent pas les dépenses relatives au dispositif mis en place en cas d'accident majeur ou de catastrophe, ni les dépenses relatives à la surveillance de l'aide sanitaire d'urgence (essentiellement le 1.7 ETP du SASU, voir le chapitre 3.4).

<i>En milliers de francs</i>	Revenus	Charges	Résultat	Coût net	
Centrale 144	0	2'100	-2'100	2'100 (subvention de l'Etat versée aux HUG et financement des HUG de manière résiduelle)	(1)
Groupe sanitaire SSA	1'878	2'619	-741	741 (financement par GA)	(2)
SMUR (cardiomobiles)	2'151	1'918	233	0	(3)
Hélicoptère médicalisé	2'599	2'460	139	657 (subvention de l'Etat versée aux HUG de 796 - boni de 139)	(4)
Unité des pompiers sanitaires (UPS) du SIS	2'050	2'686	-636	636 (financement par la Ville de Genève)	(5)
Entreprises privées d'ambulances	non disponible	non disponible	non disponible	0	(6)

- (1) Les charges de fonctionnement de la centrale 144 se sont élevées à 2.1 millions, dont environ 1.7 million de charges de personnel financées par l'Etat dans le cadre des prestations relatives aux missions d'intérêt général de la loi L10281¹⁷. Le déficit résiduel (0.4 million) est financé par les HUG. À noter que les modalités de financement de la centrale 144 entre l'Etat et les HUG ont été revues dans le cadre de la nouvelle convention liant la DGS et les HUG (voir le chapitre 3.4).

¹⁷ Loi du 5 décembre 2008 accordant une indemnité annuelle de fonctionnement aux HUG pour les années 2008 à 2011.

- (2) Les charges de fonctionnement du groupe sanitaire du SSA se sont élevées à 2.6 millions (dont 2.4 millions de charges de personnel), tandis que les revenus ont atteint 1.9 million (facturation des interventions aux bénéficiaires selon l'art. 11 de la LTSU). Le déficit en résultant (0.7 million) est intégralement financé par GA. Relativement à la prestation « aide sanitaire d'urgence », il convient de préciser que les charges de fonctionnement indiquées constituent une estimation maximum dans la mesure où le groupe sanitaire du SSA réalise également d'autres prestations, hors « mandat 144 ».
- (3) Les charges du SMUR se sont élevées à 1.9 million et les produits à 2.1 millions ce qui a généré un résultat positif d'environ 0.2 million. A noter néanmoins que les charges indiquées ci-dessus ne correspondent pas au « coût complet », les amortissements des véhicules n'étant pas inclus (les véhicules sont financés par la Fondation du Cardiomobile (Kiwanis)).
- (4) Les charges de fonctionnement de la base hélicoptère se sont élevées à 2.5 millions (dont 1 million de charges de personnel et 0.9 million de leasing et amortissements), tandis que les revenus ont atteint 2.6 millions (dont 0.8 million de subventions versées par l'Etat dans le cadre de la loi L10281, 0.3 million de subventions versées par la REGA et 1.4 million relatif à la facturation des interventions). La charge nette s'élève à environ 657'000 F (subvention de l'Etat de 796'000 F - boni de 139'000 F en 2010).
- (5) Les charges de fonctionnement de l'UPS se sont élevées à 2.7 millions (dont 2.3 millions de charges de personnel), tandis que les revenus ont atteint 2 millions (facturation des interventions aux bénéficiaires selon l'art. 11 de la LTSU). Le déficit en résultant est intégralement financé par la Ville de Genève.
Relativement à la prestation « aide sanitaire d'urgence » et comme pour le SSA, il convient de préciser que les charges de fonctionnement indiquées constituent une estimation maximum dans la mesure où l'UPS réalise également d'autres prestations, hors « mandat 144 ».
- (6) Les entreprises privées d'ambulances sont entièrement autofinancées (facturation des interventions directement aux bénéficiaires selon l'art. 11 de la LTSU). Aucune subvention ne leur est versée.

Au total, sous réserve des remarques faites ci-dessus, la prestation relative à l'aide sanitaire d'urgence a été estimée par la Cour à environ 4.1 millions en 2010 dont :

- 2.4 millions financés par l'Etat : centrale 144 (1.7 million) et hélicoptère médicalisé (0.7 million)
- 0.7 million financés par GA (groupe sanitaire du SSA)
- 0.6 million financé par la Ville de Genève (unité des pompiers sanitaires du SIS)
- 0.4 million financé par les HUG (centrale 144).

4. ANALYSE – ORGANISATION ET PLANIFICATION DE L'AIDE SANITAIRE D'URGENCE

À titre liminaire, la Cour tient à saluer l'engagement sans faille et la grande implication quotidienne des personnes de terrain œuvrant dans le cadre du dispositif d'aide sanitaire d'urgence.

Comme indiqué au chapitre 1, la Cour n'a pas analysé la qualité des prestations fournies en lien avec une demande d'aide sanitaire urgente ; les constats du rapport ne mettent dès lors pas en cause la qualité du travail effectué par les services publics et les entreprises privées impliqués.

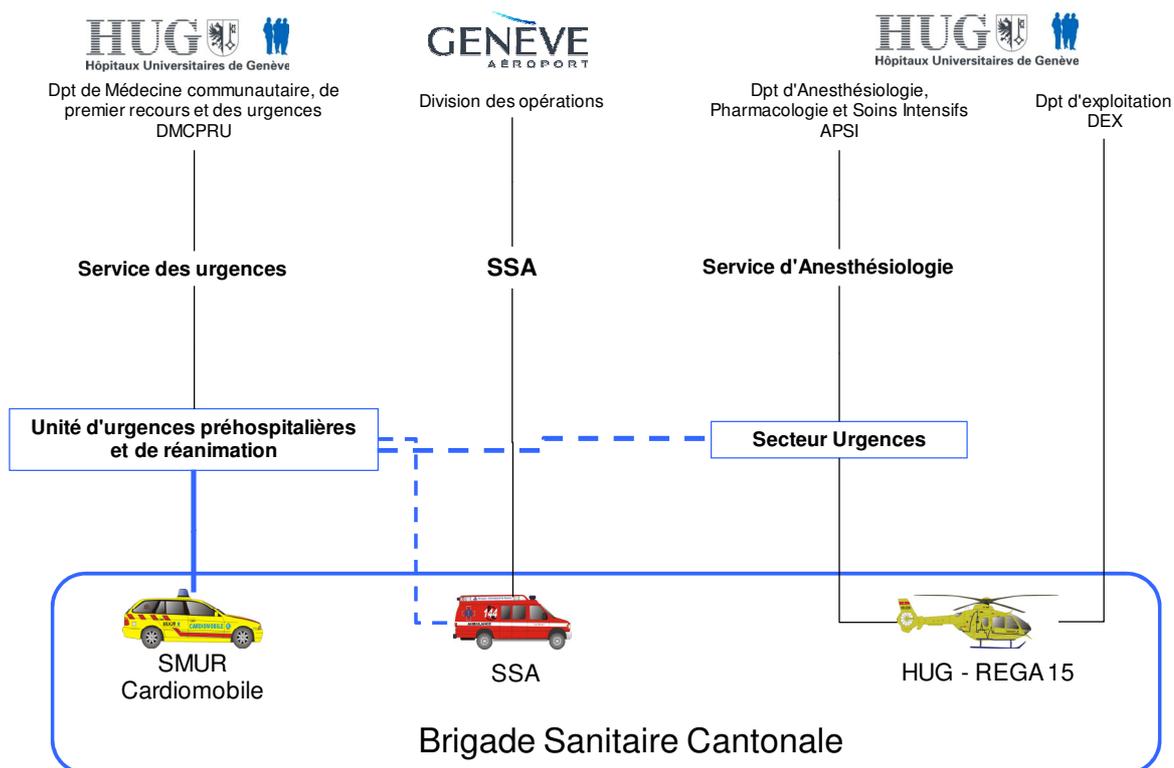
4.1. Organisation et gouvernance

Ce chapitre traite principalement de la problématique de l'organisation et de la gouvernance relative à la Brigade sanitaire cantonale et à la commission consultative de l'aide sanitaire urgente. La problématique de la centrale 144 est traitée au chapitre 4.2.

4.1.1. Contexte

Brigade sanitaire cantonale (BSC)

Comme indiqué au chapitre 3.4, la BSC est un service public cantonal placé sous l'autorité des HUG et dirigée par un médecin spécialiste des urgences qui en assume les responsabilités médicales, administratives, financières et de formation continue (article 13 RTSU). Elle réunit les ambulances du SSA, les véhicules du SMUR et l'hélicoptère médicalisé selon la structure hiérarchique et opérationnelle suivante :



_____ : lien hiérarchique
 - - - - : lien fonctionnel

Source : brigade sanitaire cantonale

Responsabilité médicale des services d'ambulances

Selon l'article 8 de la LTSU, chaque service d'ambulance est placé sous la responsabilité d'un médecin répondant. Afin d'assurer une certaine homogénéité des pratiques entre les différents services publics et privés (notamment en ce qui concerne les protocoles de soins et les procédures opérationnelles), les médecins répondants se réunissent régulièrement au sein d'un groupe informel.

Commission consultative de l'aide sanitaire urgente

La commission consultative de l'aide sanitaire urgente a été instituée dans le cadre de l'article 10 de la LTSU. L'article 7 du RTSU précise : « afin d'assister le médecin cantonal dans l'accomplissement de ses tâches, le Conseil d'Etat nomme une commission consultative de l'aide sanitaire urgente qui :

- veille au bon fonctionnement de la centrale 144 et des transports sanitaires urgents ;
- supervise l'application de la loi et du règlement ;
- propose toute mesure utile afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience de l'aide sanitaire urgente ».

En particulier, en référence à la composition des équipages ambulanciers (voir le chapitre 5.3 pour plus de détails), l'article 44 al. 6 du RIS précise que la commission détermine le niveau de formation requis des ambulanciers ou techniciens ambulanciers en formation.

Pour la période allant du 1^{er} juin 2010 au 31 mai 2014, la composition de la commission a été déterminée de la façon suivante selon l'arrêté du Conseil d'Etat du 1^{er} septembre 2010 et conformément à l'article 7 al.2 du RTSU :

- un représentant de la direction générale de la santé ;
- un représentant de la faculté de médecine chargé de la médecine d'urgence ;
- un représentant de la centrale 144 ;
- un représentant de la BSC ;
- un représentant du SIS ;
- un représentant des entreprises privées assurant les transports sanitaires urgents ;
- un représentant des assureurs ;
- un représentant des médecins privés ;
- un représentant des patients ;
- un représentant du personnel élu au scrutin majoritaire par les ambulanciers en activité au bénéfice d'un droit de pratique.

Selon l'article 7 al. 3 du RTSU, « *la commission se réunit aussi souvent que nécessaire, mais au minimum cinq fois par an, en présence du médecin cantonal* ».

4.1.2. Constats

- 1 Compte tenu de la structure hiérarchique et opérationnelle complexe de la BSC (voir le schéma ci-dessus), son chef n'a actuellement pas les pouvoirs lui permettant d'assurer la gestion des activités qui lui incombent de par la loi (notamment les responsabilités médicales et financières). En effet, la gestion de la section sanitaire du SSA est directement assurée par la direction de l'aéroport. Il n'y a ainsi pas de lien hiérarchique entre le médecin-chef de la BSC et les ambulanciers dont il a la responsabilité médicale. Par ailleurs, il n'existe actuellement pas d'accord de collaboration entre les HUG et Genève Aéroport fixant le cadre des différentes missions et responsabilités (financières, opérationnelles et techniques). Enfin, les médecins de l'hélicoptère sont sous la responsabilité médicale de l'APSI des HUG et non du chef de la BSC. Cette situation a pour effet que le bon fonctionnement et la cohérence de l'ensemble du dispositif reposent en majeure partie sur la bonne volonté des personnes impliquées sur le terrain et pourrait être un frein au développement futur de la BSC.
- 2 Il n'existe actuellement pas de base légale déterminant une autorité médicale commune à l'ensemble des médecins répondants des services d'ambulance. En fonction de la société d'ambulance considérée, cette situation pourrait conduire à une prise en charge non uniforme des personnes transportées (absence d'uniformisation des protocoles de soins). Afin de réduire ce risque, l'ensemble des médecins responsables se réunit régulièrement au sein d'un groupe informel pour échanger sur cette problématique. Cependant, ce fonctionnement basé sur la « bonne volonté » ne permet pas d'assurer le fonctionnement du système sur le long terme.
- 3 Entre mai 2008 et février 2011, le SASU n'a pas réuni la commission consultative de l'aide sanitaire urgente. D'un point de vue formel, cette situation contrevient à l'article 7 du RTSU (réunion de la commission au minimum cinq fois par an).

Par ailleurs, d'un point de vue plus opérationnel, le SASU s'est privé d'un organe qui aurait pu l'assister afin de traiter un certain nombre de problématiques pour lesquelles des améliorations doivent encore être apportées. C'est le cas notamment de la fixation des niveaux de formation des intervenants (art. 44 al. 6 du RIS, voir le chapitre 5.3), de l'évaluation des besoins en matière de prise en charge pré-hospitalière ainsi que des moyens à disposition en cas d'événements majeurs (voir le chapitre 4.3) ou encore de l'implémentation de défibrillateurs semi-automatiques dans certaines collectivités publiques et entreprises genevoises¹⁸.

4.1.3. Risques découlant des constats

Le **risque opérationnel et de contrôle** tient à des fonctionnements actuellement basés sur la « bonne volonté » des personnes en place, en l'absence de bases légales adéquates.

Il existe un **risque de conformité** avéré lié à l'absence de réunion au moins cinq fois par année de la commission consultative de l'aide sanitaire urgente.

4.1.4. Recommandations

[cf. constats 1 à 3] La Cour recommande à la DGS de soumettre au Conseil d'Etat des propositions organisationnelles répondant aux points suivants :

- rôle, composition et responsabilités de la BSC ;
- nécessité d'une autorité médicale commune à l'ensemble des médecins répondants des services d'ambulance ;
- compétences de la commission consultative de l'aide sanitaire urgente. Il pourrait notamment être envisagé de la doter d'un pouvoir de préavis et de préciser son rôle. Suite à ces modifications, le SASU est invité à s'appuyer sur cette commission afin d'accomplir ses tâches de surveillance (voir en particulier les parties 4.3, 5.2 et 5.3).

Ces propositions organisationnelles devraient être accompagnées des modifications légales nécessaires à leur mise en œuvre.

Avantages attendus

Garantir une certaine uniformité dans la prise en charge des personnes transportées par la mise en place d'une autorité médicale commune.

Renforcer le rôle de la commission consultative de l'aide sanitaire urgente.

¹⁸ Au cours de l'année 2011, certaines communes du canton ont acquis auprès de sociétés privées des défibrillateurs semi-automatiques qui étaient présentés comme capables d'établir une liaison téléphonique immédiate avec la centrale 144 en cas d'utilisation. Dans les faits, cet appel ne se faisait pas directement au 144, mais via une centrale d'appel de la société privée, laquelle relayait des informations parcellaires au 144. Or, aucun accord n'avait été passé entre ce prestataire privé et la centrale 144. Les médecins responsables de la BSC et de la centrale 144 ont rédigé conjointement un courrier à l'association des communes genevoises et la fédération des entreprises romandes afin d'informer leurs membres de ces pratiques non conformes.

4.1.5. Observations des HUG

Nous sommes globalement d'accord avec les constats, risques et recommandations proposées en particulier pour ce qui concerne l'application des dispositions légales relatives au rôle du chef de la BSC.

4.1.6. Observations du DARES

Le DARES reconnaît que la situation actuelle, caractérisée par l'absence de lien hiérarchique entre le responsable de la BSC et les ambulanciers et médecins répondants des différents acteurs de l'ASU, pourrait conduire à des situations délicates en termes d'uniformisation des règles d'engagement. La Direction générale de la santé examinera les solutions possibles pour garantir dans la durée la cohérence globale de la gouvernance de l'ASU à Genève et ne pas être tributaire de la bonne volonté -part ailleurs relevée par la Cour- des différents partenaires. Par ailleurs, elle repensera le rôle, la composition et la fréquence de réunion de la commission consultative de l'aide sanitaire urgente. Les modifications législatives et organisationnelles cas échéant nécessaires seront proposées au Conseil d'Etat d'ici mi 2013.

4.2. Organisation de la centrale 144

4.2.1. Contexte

Introduction

Comme indiqué au chapitre 3.4, la centrale d'appels sanitaires urgents 144 constitue l'unité opérationnelle de l'aide sanitaire d'urgence et figure au premier plan dans la chaîne des secours pré-hospitaliers. Son mandat est défini par la LTSU et son règlement d'application. Elle est ainsi la seule compétente sur le canton de Genève pour :

- réguler, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, y compris les jours fériés, les appels sanitaires relatifs aux transports sanitaires urgents ;
- coordonner et répartir l'intervention des divers moyens de transports publics ou privés cantonaux.

Afin de réaliser ces missions, l'article 10 al. b) du RTSU précise que la centrale doit être dotée de moyens techniques destinés à mettre en œuvre les intervenants sanitaires permettant d'assurer la prise en charge la plus rapide possible (téléphonie, radiocommunications, GPS, cartographie informatisée). De plus, selon l'article 5 de la LTSU, les véhicules effectuant les transports sanitaires urgents doivent être « munis d'avertisseurs spéciaux, acoustiques et lumineux, ainsi que d'un système de localisation et de disponibilité des véhicules en temps réel ». Par ailleurs, la régulation (voir le chapitre 3.4 pour plus de détails) doit être effectuée sur la base de procédures standardisées (art. 9 RTSU). Cette nécessité de procédures standardisées est reprise dans la directive de l'IAS sur la reconnaissance des centrales d'appels sanitaires urgents : « la conduite médico-technique est assumée par un régulateur sanitaire et un médecin d'urgence. L'organe de conduite établit les consignes médico-techniques pour le personnel de la CASU 144 en tenant compte des recommandations scientifiques reconnues ainsi que des dispositions légales ».

Système d'aide à l'engagement

La centrale 144 utilise, au même titre que d'autres centrales d'alarme telles que la police (n°112-117) ou les pompiers (n°118) un système d'aide à l'engagement (SAE), une cartographie ainsi que des moyens téléphoniques et de radiocommunication. Au moment de l'audit, chaque centrale d'alarme du canton (112-117, 118 (SIS et SSA), et 144 utilisait un SAE différent.

En raison de difficultés récurrentes avec son SAE actuel datant de 2003 (problèmes de fiabilité des données, obsolescence du système¹⁹, etc.), la centrale 144 a entamé des démarches en vue de son changement. Dans ce cadre, une étude de faisabilité, concernant le « remplacement urgent du SAE de la centrale 144, par un autre système existant sur le canton de Genève », a été rédigée fin 2011 par le centre des technologies de l'information de l'Etat (CTI)²⁰. Cette étude avait pour objectif de choisir le « meilleur » système parmi ceux déjà existants au sein du canton (police et pompiers).

¹⁹ Selon le rapport d'audit interne des HUG relatif à la centrale d'appels sanitaire urgents 144 daté de juin 2010 (voir chapitre 1).

²⁰ Cette étude a été demandée par le médecin cantonal et le secrétariat général du DARES, en accord avec la direction générale des HUG.

En substance, cette étude conclut que le « *seul SAE pouvant s'intégrer rapidement à la centrale 144, tout en apportant d'importantes améliorations de qualité et de stabilité par rapport au système utilisé, est celui fonctionnant actuellement à la centrale 112-117 du canton (police)* ». Le coût estimé du SAE est évalué dans ce rapport à 500'000 F, licences comprises.

Sur la base de cette conclusion, un prototype basé sur la solution du SAE 112-117 (police) a été réalisé. A la date de publication du présent rapport, le processus d'adjudication de la solution informatique du SAE est en cours.

Statistiques relatives aux appels

D'un point de vue global, au niveau de la centrale 144, les appels urgents (appels associant l'évaluation d'une situation urgente et conduisant ou non à un engagement d'ambulance) représentent 58% des appels totaux. Les autres types d'appels (42%) sont pour des conseils médicaux, des renseignements divers, des informations sur les pharmacies de garde, etc. Selon des informations communiquées par le médecin responsable de la centrale 144, les valeurs données dans la littérature scientifique concernant la proportion d'appels urgents et les autres se situent respectivement plutôt à 70% et 30%.

Relations entre les intervenants

L'article 4 du RTSU précise que la collaboration entre la centrale 144 et les moyens d'intervention publics et privés (BSC, SIS, entreprises privées) est réglée par des contrats. Des contrats avec effet au 1^{er} juillet 2001 ont été conclus avec la BSC, le SIS et deux sociétés d'ambulances privées avec une échéance au 30 juin 2003 et reconductibles pour un an (soit jusqu'au 30 juin 2004).

4.2.2. Constats

- 1 Selon les informations communiquées par le responsable de la centrale 144, la proportion entre les appels urgents et non urgents reçus par cette dernière s'écarte sensiblement des principaux « benchmarks » en la matière (proportion d'appels non urgents plus importante pour la centrale 144). Une proportion trop importante d'appels non urgents pour des conseils médicaux, des pharmacies de garde, des renseignements divers, etc. (soit environ 42%) surcharge inutilement la centrale 144 au détriment de son activité principale (traiter les appels urgents).
- 2 En contradiction avec l'article 5 de la LTSU et l'article 10 al. b) du RTSU, la localisation et la disponibilité des véhicules d'intervention en temps réel n'est toujours pas effective au sein de la centrale 144, faute de moyens techniques adéquats. En conséquence, il existe un risque que cette dernière ne puisse pas mettre en œuvre les intervenants sanitaires permettant d'assurer la prise en charge la plus rapide possible.
- 3 En contradiction avec l'article 9 du RTSU et les normes professionnelles de l'IAS, la centrale 144 n'est pas dotée de protocoles médicaux clairement définis. En conséquence, la centrale 144 fonctionne actuellement principalement grâce à l'expérience dont bénéficient ses régulateurs (environ 12 ans d'expérience en moyenne). Cette situation basée principalement sur des pratiques non formalisées augmente la difficulté d'assurer la continuité des activités.

- 4 Les conclusions de l'étude de faisabilité visant à remplacer le SAE du 144 divergent de celles du rapport²¹ du groupe de travail institué en 2008 visant à examiner les possibilités de rationalisation des centres d'alarme des services de secours au niveau du canton (police 112-117, pompier 118, sanitaire 144)²². Les acteurs cantonaux ont opté pour la solution SAE 112-117 (police) et travaillent à son avancement. La Ville de Genève quant à elle est en cours de migration de son SAE, basé sur une solution distincte, avec une mise en production prévue en mars 2012. Cette approche non coordonnée pourrait engendrer à terme un impact financier important.
- 5 Les contrats de collaboration entre le 144 et deux sociétés d'ambulances privées ainsi que les ambulances publiques sont échus depuis juillet 2004. L'une des sociétés d'ambulances privées autorisée postérieurement à 2004 n'a jamais signé de contrat de collaboration avec la centrale 144. Cette situation constitue une non-conformité par rapport à l'article 4 du RTSU.

4.2.3. Risques découlant des constats

Il existe un **risque de conformité et opérationnel** lié à l'absence :

- de contrat de collaboration en vigueur entre la centrale 144 et les sociétés d'ambulances ;
- de protocoles médicaux clairement définis ;
- d'un système de localisation et de disponibilité des véhicules en temps réel.

Le **risque opérationnel** tient principalement à la surcharge inutile de la centrale en raison de la proportion importante d'appels non urgents arrivant à la centrale 144.

Il existe un **risque opérationnel et financier** lié à l'absence de concertation entre la Ville et le Canton relativement à la mise en œuvre d'un système d'aide à l'engagement commun.

4.2.4. Recommandations

Actions

[cf. constat 1] Afin de réduire le nombre d'appels non urgents arrivant à la centrale 144, la Cour encourage la DGS à mettre en œuvre une campagne de communication auprès de la population visant à l'informer du rôle du 144 et de la marche à suivre en termes de secours pré-hospitaliers (à savoir les démarches à suivre dans les situations d'urgence vitale ou non vitale). Par ailleurs, un autre numéro d'appel pourrait être attribué pour fournir des informations non urgentes, (se référer au chapitre 6 pour plus de détails). Ces démarches devraient être réalisées notamment en collaboration avec l'association des médecins du canton de Genève (AMGE).

[cf. constat 2] La Cour invite la centrale 144 à se conformer aux exigences légales et réglementaires en matière de localisation et de disponibilité en temps réel des véhicules effectuant les transports sanitaires urgents sur le canton. Le projet de changement du SAE devrait inclure cette fonctionnalité.

²¹ Ce rapport a été analysé dans le cadre de l'audit de la Cour relatif au dispositif genevois d'intervention en matière d'incendie et de secours (rapport n° 40 du 23 mai 2011).

²² Alors que l'étude de faisabilité conclut en effet que le seul système d'engagement pouvant être utilisé rapidement par le 144 est celui de la centrale de la police (112-117), la conclusion du groupe de travail de 2008 était de constituer une centrale d'engagement commune pour le feu et le sanitaire (118-144) et une autre pour la police (112-117).

[cf. constat 3] La Cour encourage le responsable de la centrale 144 à poursuivre les efforts déjà engagés visant à formaliser des processus opérationnels de régulation médicale. A cet effet, il conviendra de tenir compte des processus existant dans d'autres centrales hors de Genève. Il conviendra également de s'assurer de leur validation médicale par le médecin cantonal.

[cf. constat 4] La Cour invite le Conseil d'Etat à entamer des discussions avec le Conseil administratif de la Ville de Genève afin qu'à moyen terme une solution informatique commune de SAE soit mise en place.

[cf. constat 5] Un projet de contrat de collaboration entre la centrale 144 et les sociétés de services d'ambulances est à l'étude depuis 2010. La Cour recommande à la DGS d'œuvrer à l'avancement de ce projet de manière à ce que la situation contractuelle soit régularisée dans les meilleurs délais.

Avantages attendus

Réaliser des économies par la mise en place d'une réflexion concertée sur un système d'aide à l'engagement commun aux différentes centrales d'engagement du canton.

Disposer d'outils permettant de recenser les données et de les analyser.

Diminuer le nombre d'appels non urgents arrivant à la centrale 144 par une meilleure compréhension de la notion d'urgence par la population.

4.2.5. Observations des HUG

Nous sommes globalement d'accord avec les constats, risques et recommandations proposées. La plupart des recommandations (géo-localisation, processus opérationnels de régulation, statistiques à fin de planification....) devraient pouvoir être appliquées grâce à l'extension du SAE du 112-117 au 144 en 2012.

La mise en place d'un autre numéro d'appel concernant la médecine de garde, tant générale que spécialisée (pédiatrie, psychiatrie, gynécologie et obstétrique, oncologie, etc.) a été évoqué en 2009 lors de rencontres entre l'AMG et les HUG (principaux partenaires concernant la médecine spécialisée). Les discussions n'ont pas abouti en raison de l'absence de financement de ce numéro qui, selon l'AMG, devrait être assumé par l'Etat.

Suite aux défaillances du système d'aide à l'engagement du 144, la décision d'étendre le système d'aide à l'engagement du 112-117 au 144 a déjà été prise par les acteurs concernés en décembre 2011. L'avis d'adjudication relatif à l'extension de ce SAE (selon le Règlement des Marchés Publics de l'OMC, art 15 al 3 lettre f), va être publié à la FAO la semaine du 19 mars 2012 et le projet est déjà en cours depuis le 12 décembre 2011. Ce projet est mené par le CTI, qui est le « maître d'œuvre » des projets et de la maintenance des centrales cantonales 112-117 (CECAL-PSI) et 144 (CASU).

4.2.6. Observations du DARES

Le DARES reconnaît qu'une amélioration du système d'aide à l'engagement est nécessaire, notamment pour permettre une localisation des équipages et une meilleure collaboration avec les autres partenaires, notamment publics. Il reconnaît également qu'une formalisation des règles de collaboration était nécessaire. Pour cette raison,

- *le renouvellement du SAE est actuellement à l'étude. Comme le relèvent les HUG, le DARES a sollicité le DCTI, afin de trouver rapidement une solution pour palier au dysfonctionnement constaté avec le SAE actuel; **la réflexion avec les autres partenaires concernés sur la cohérence globale du système et un système d'engagement commun sera poursuivie.***
- *une convention de collaboration entre la DGS et les HUG a été formalisée pour préciser les rôles et responsabilités de la centrale 144. Des moyens supplémentaires ont été alloués dès 2012 à la centrale. Les objectifs de cette convention concernent aussi la mise à jour des procédures de régulation médicale et le respect des normes IAS. En outre, les contrats qui lient les différents intervenants à la centrale 144 vont être revus.*

S'agissant de la surcharge de la centrale en lien avec les appels non urgents, le DARES partage l'avis de la Cour et entend renforcer la communication sur le rôle de la centrale. Concernant la mise en place d'un 2^{ème} numéro d'appel, il faut noter que des discussions ont eu lieu avec les partenaires privés mais n'ont pas abouti à ce jour.

4.3. Planification du personnel et des moyens

4.3.1. Contexte

Bases légales et normes professionnelles

Selon l'article 3 du RTSU, le médecin cantonal, et en particulier le secteur aide sanitaire d'urgence (SASU), approuve la planification du personnel et des moyens affectés aux transports sanitaires urgents établie par le médecin spécialiste des urgences qui dirige la centrale 144. Cette planification définit notamment :

- le nombre d'ambulanciers et d'ambulances nécessaires ;
- les moyens nécessaires à la mise en œuvre optimale du personnel et des moyens d'intervention ;
- la localisation des bases d'intervention nécessaires, en tenant compte des bases existantes, y compris les casernes du SIS.

Par ailleurs, selon ce même article, le SASU veille à l'efficacité des mesures proposées en matière de planification et d'organisation de l'aide sanitaire urgente lors de situations de catastrophe, notamment en prenant contact avec les autres cantons et les départements de France voisine. En particulier, le chef du SASU est en charge de la partie sanitaire du plan catastrophe et de l'application du règlement sur l'organisation de l'intervention dans des situations exceptionnelles (ROsirir²³). Le chef de la BSC est quant à lui responsable des secours médicaux dans le cadre d'OSIRIS.

En termes de normes professionnelles, l'IAS a établi en 2006 des « directives concernant l'organisation des services sanitaires en cas d'accident majeur ou de catastrophe ».

Moyens actuels à disposition

Les moyens d'intervention actuellement affectés aux **transports sanitaires urgents** (interventions dites « ordinaires ») sont les suivants :

- de 10 à 13 ambulances le jour et 8 la nuit (ambulances privées, SIS et SSA) ;
- 3 SMUR ;
- l'hélicoptère médicalisé (REGA 15)

Comme indiqué au chapitre 3.5, en situation normale, chaque requête de transport urgent régulée par la centrale 144 doit être honorée par un transport ambulancier. Il existe néanmoins des situations où il se produit une inadéquation entre le nombre de requêtes et le nombre d'ambulances disponibles. Ces situations sont connues sous le nom de code « coyote ». Lorsqu'un code « coyote » est déclenché, la centrale tente alors de mobiliser des ambulances complémentaires pour répondre momentanément au besoin de transports urgents. Cette mobilisation appelée « mode dégradé » consiste à engager, sous réserve de leur disponibilité, les ambulances et leurs équipages préparés pour des activités secondaires pour des missions de type primaire.

²³ Selon l'article 3 du ROsirir, le dispositif OSIRIS est mis sur pied lorsque la nature ou l'intensité d'un dommage réel ou potentiel excède la capacité d'intervention propre de la police, des sapeurs-pompiers, des services sanitaires ou d'un autre corps d'intervention.

La base hélicoptère est en déficit chronique (avant subventions)²⁴. Compte tenu notamment de cette situation, un groupe de travail entre les HUG et la REGA a été créé début 2011 afin d'étudier différentes options qui vont du statu quo à un transfert intégral de la base à la REGA.

En ce qui concerne les moyens affectés aux **événements majeurs (événement où le nombre de patients est élevé²⁵)** ou « situations exceptionnelles » (OSIRIS), la BSC et OSIRIS s'appuient sur le « piquet catastrophe » (PICA) de l'association genevoise des sections de samaritains (AGSS) constitué de volontaires issus, pour certains, des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et pour d'autres, du milieu professionnel privé. Tous sont mobilisables sur une base volontaire, non rémunérée et non contraignante. Par ailleurs, en cas d'événement extraordinaire, les ressources du canton sont renforcées soit par des ressources fédérales via le service sanitaire coordonné soit par d'autres cantons (Groupement romand des médecins en cas de catastrophe).

Rapport de planification médico-sociale et sanitaire 2012-2015 / analyse des risques selon la méthode Kataplan

En mai 2011, le Conseil d'Etat a adopté le rapport de planification médico-sociale et sanitaire du canton de Genève 2012-2015. Ce rapport comprend notamment un chapitre relatif à la planification pré-hospitalière élaboré par le médecin responsable de la centrale 144 et le chef de la BSC puis validé par le SASU. D'une manière générale, ce chapitre « *a pour but de prévoir l'adéquation entre les besoins et les ressources de l'aide sanitaire urgente à moyen terme dans les domaines de référence (régulation sanitaire ; interventions urgentes d'ambulances ; médicalisations urgentes par les SMUR (Cardiomobile) et l'hélicoptère REGA 15 ; préparation et interventions liées aux événements majeurs planifiés ou imprévus) et de quantifier la répartition des patients entre les différentes destinations (planification médico-sociale et sanitaire du canton de Genève 2012-2015)* ». La planification sanitaire d'urgence doit ainsi être à même de répondre à un certain nombre de risques, par exemple un manque d'ambulances pour transporter les patients ou encore une réserve de moyens insuffisante en cas d'accidents majeurs.

En janvier 2011, conformément au ROsiris, l'administration de la protection de la population a procédé à l'établissement d'une base de données centralisée des risques pour le canton de Genève, dite « analyse des risques », selon la méthode développée par l'office fédéral de protection de la population (méthode « Kataplan »). Trente-sept dangers pertinents pour le canton ont ainsi été recensés et classés selon quatre catégories²⁶.

²⁴ Son résultat net hors subvention s'est élevé à -1.1 million en 2010. Après subventions de l'Etat (environ 0.8 million) et de la REGA (environ 0.3 million), le résultat net ressort positif à 139'800 F, selon le rapport financier et d'activités 2010 de la base hélicoptère établi par le département d'exploitation des HUG.

²⁵ Evénements avec plus de cinq patients selon la page 164 du rapport de planification médico-sociale et sanitaire 2012-2015.

²⁶ Sociopolitiques (« terrorisme », « grands rassemblements », etc.), naturels (« tremblements de terre », « canicule », etc.), technologiques (« accidents industriels », « incendie ») et sanitaires (« pandémie », etc.).

S'agissant des ambulances, le rapport de planification 2012-2015 indique que les conclusions du précédent rapport 2005 « *quant au positionnement des bases de départ en couronne suburbaine restent entièrement fondées et peuvent être reconduites. À savoir que le développement de la couronne suburbaine et l'analyse des temps d'intervention montrent que les bases de départ des ambulances qui ont été renforcées par des positions en moyenne ceinture à proximité des grands nœuds routiers ont corrigé les délais d'accès aux communes périphériques tout en renforçant le dispositif urbain. Cette manœuvre devrait continuer à se faire au fur et à mesure de l'augmentation de la population* ».

S'agissant des moyens affectés aux événements majeurs, le rapport de planification 2012-2015 conclut que la « *situation de volontariat implique que, en cas de besoin, la BSC et OSIRIS ne peuvent compter sur l'ensemble du groupe, mais que sur une partie qui peut varier passablement en fonction des disponibilités des composants. Une pérennisation et une assurance des disponibilités des composants de ce groupe passent par la mise en place d'un système de piquet* ».

4.3.2. Constats

- 1 Concernant les moyens d'intervention affectés aux **transports sanitaires urgents**, la Cour relève que les répercussions des « codes coyotes » sur les délais de prise en charge des situations urgentes ne sont pas prises en compte dans le rapport de planification 2012-2015 (notamment en raison de l'obsolescence du système d'information de la centrale 144 qui empêche un recensement exhaustif de ces événements (voir le chapitre 4.2)). Par ailleurs, il n'existe pas d'analyse détaillée et formalisée des interventions dont le délai s'écarterait sensiblement de celui préconisé par l'IAS. La prise en compte de ces deux paramètres permettrait de déterminer avec davantage de précision les moyens à affecter aux transports sanitaires urgents (nombre d'ambulanciers et d'ambulances, positionnement des bases de départ, etc.).
- 2 Les conclusions du rapport de planification 2012-2015 relatives aux **moyens d'intervention affectés aux événements majeurs** ne sont pas étayées par une analyse formalisée de la situation existante en rapport notamment avec l'analyse des risques « Kataplan » et les directives de l'IAS concernant l'organisation des services sanitaires en cas d'accident majeur ou de catastrophe. Ceci implique qu'il n'est à ce stade pas possible de chiffrer avec précisions les éventuels besoins supplémentaires à affecter aux événements majeurs ni d'apprécier les écarts entre l'organisation actuelle et les normes professionnelles en la matière.
- 3 Selon les données et informations issues du rapport financier et d'activités 2010 de la base hélicoptère, le nombre de pilotes et le nombre d'heures de vol qu'ils effectuent par année est juste suffisant pour assurer le maintien des contraintes légales d'exploitation. Par ailleurs, l'exposition des pilotes au risque d'accident/maladie est importante et en cas d'indisponibilité de l'appareil (panne ou incident) les pilotes ne sont pas formés pour prendre les commandes d'un appareil de la REGA et réciproquement. En conséquence, l'absence d'un pilote ou une panne de l'appareil entraînerait une fermeture temporaire ou partielle de la base. Enfin, d'un point de vue strictement financier, l'activité de la base hélicoptère ne permet pas de couvrir ses charges.

La situation financière de la base pourrait d'ailleurs être encore péjorée dès 2012 compte tenu de l'entrée en vigueur de nouvelles contraintes légales²⁷. La Cour note que les réflexions déjà engagées avec la REGA visant à améliorer l'efficacité de l'activité permettraient d'économiser jusqu'à environ 800'000 F par année.

4.3.3. Risques découlant des constats

Le risque **opérationnel et d'image** tient à l'éventuelle inadéquation entre les besoins de la population et les moyens d'intervention actuellement à disposition du canton pour les transports sanitaires urgents et les événements majeurs.

La difficulté pour la base hélicoptère de respecter les législations en vigueur notamment en ce qui concerne le nombre de pilotes et le nombre d'heures de vol constitue un éventuel **risque de conformité**.

Le **risque financier** tient au déficit chronique de la base hélicoptère alors que des partenariats avec la REGA sont actuellement possibles.

4.3.4. Recommandations

Actions

[cf. constat 1] Lorsque le nouveau système d'aide à l'engagement de la centrale 144 aura été mis en place (voir le chapitre 4.2), la Cour recommande au responsable de cette dernière :

- de procéder au recensement exhaustif des « codes coyotes » ainsi que de leurs répercussions sur les délais de prise en charge des situations urgentes ;
- d'effectuer une analyse mettant en évidence les interventions dont le délai d'intervention s'écarte sensiblement des délais préconisés par l'IAS et expliquant l'origine de ces écarts.

Sur la base de ces deux analyses, le responsable de la centrale 144 devrait proposer au médecin cantonal l'adaptation éventuelle des moyens existants : augmentation du nombre d'ambulances, modification du positionnement des bases de départ, etc. Le médecin cantonal devrait approuver formellement ces modifications et entreprendre les démarches auprès des différents partenaires publics et privés concernés afin d'assurer la mise en œuvre de ces moyens (recherche de financement, adaptation des contrats de collaboration existants, etc.).

[cf. constat 2] Relativement aux événements majeurs, la Cour invite le responsable de la BSC à formaliser dans les meilleurs délais une analyse mettant en évidence les écarts entre les moyens et l'organisation existants et l'analyse des risques « Kataplan » ainsi que les directives de l'IAS concernant l'organisation des services sanitaires en cas d'accident majeur ou de catastrophe. Sur la base de cette analyse, le SMC devrait déterminer les éventuelles adaptations des moyens existants : moyens humains, matériels, modification de l'organisation, etc. Les propositions du SMC devraient être remontées à la délégation du Conseil d'Etat pour prise de position, afin notamment d'assurer une coordination avec les autres cellules du plan OSIRIS.

²⁷ Selon le rapport financier et d'activités 2010 de la base hélicoptère, de nouvelles normes EASA-OPS entreront en vigueur le 8 avril 2012 pour remplacer les normes actuelles JAR-OPS. Elles devraient engendrer un besoin supplémentaire en ETP ainsi qu'une charge extraordinaire pour la mise à jour complète du manuel d'opération.

[cf. constat 3] Dans le cadre des discussions en cours au sein du groupe de travail entre les HUG et la REGA, la Cour encourage la direction des HUG à rechercher avec la REGA des stratégies de collaboration et de réduction de coûts par des synergies ou la mutualisation de certaines charges. La Cour relève qu'une variante de transfert de 100% de l'activité de l'hélicoptère à la REGA permettrait de répondre aux contraintes légales imposées à la base hélicoptère et potentiellement d'économiser environ 800'000 F par année (montant de la subvention versée par le DARES).

Pistes et modalités de mise en œuvre

[cf. constat 1] Afin de combler les éventuels déficits en personnel, il pourrait notamment être envisagé de développer les « compétences » de certains intervenants. À titre d'exemple, les intervenants privés pourraient être autorisés à traiter les cas de désincarcération, cette activité étant pour l'heure réservée au SIS et de manière subsidiaire au SSA (art. 9 RTSU). L'élargissement de ces compétences devra s'accompagner de formations adéquates et des éventuelles modifications légales nécessaires.

[cf. constat 3] L'économie potentielle annuelle de 800'000 F résultant du transfert de l'activité de l'hélicoptère à la REGA pourrait notamment être en partie utilisée pour financer les éventuels besoins supplémentaires qui auront été identifiés suite à la mise en œuvre des recommandations n°1 et 2.

Avantages attendus

S'assurer que les moyens d'intervention actuellement disponibles sont en adéquation avec les besoins de la population.

Améliorer l'efficacité des moyens affectés aux situations d'urgence.

4.3.5. Observations des HUG

Nous sommes globalement d'accord avec les constats, risques et recommandations proposées. Nous attirons cependant l'attention sur le fait que les récoltes de données et analyses nécessaires à l'établissement d'une planification solidement élaborée prendront au minimum deux ans à compter de ce jour. Ce délai s'applique autant à la définition du dimensionnement du dispositif quotidien que de l'évaluation des ressources nécessaires à la prise en charge d'un événement majeur. Dans l'attente de la mise en place des outils statistiques nécessaires au 144 et de la validation des premiers rapports Kataplan de phase II, nous suggérons de se fier aux avis du chef de la BSC et du médecin responsable du 144 pour réaliser un premier renforcement des effectifs d'ambulances pour rendre une certaine réserve opérationnelle au système d'urgence.

Il en va de même pour ce qui concerne les événements majeurs. Dans la situation actuelle, Genève ne peut garantir une réponse suffisante en délais et en effectifs pour faire face à un événement majeur même de portée limitée. Nous soulignons à ce sujet que la majorité de ces événements (environ 10 à 20 par an) génèrent des pics de travail importants sans toutefois nécessiter de déclenchement OSIRIS. Les secours médicaux devraient donc disposer d'une réserve opérationnelle propre suffisante pour traiter ces événements au même titre que les autres acteurs de la sécurité (police et pompiers).

Concernant la base hélicoptère, les HUG sont bien entendu prêts à poursuivre les discussions en cours avec la REGA afin de développer un maximum de synergies propres à diminuer les coûts d'exploitation.

Par contre, s'agissant pour une ville internationale d'une pièce importante du dispositif de secours, les HUG s'opposent à un transfert à 100 % de cet outil.

4.3.6. Observations du DARES

Le DARES partage les constats de la Cour des comptes. Ils justifient le renouvellement complet du SAE évoqué précédemment, incluant un rapprochement des différents systèmes. Le DARES est également conscient qu'une meilleure analyse globale des besoins de l'aide sanitaire urgente sur le canton en cas de catastrophe majeure est souhaitable. Le sujet sera remonté à la Délégation du Conseil d'Etat à la protection de la population. Enfin, compte tenu des missions hélicoptérées d'urgences qui ne se limitent pas au seul canton de Genève, le DARES souhaite que la base hélicoptérée des HUG reste active.

5. ANALYSE – SURVEILLANCE DE L'AIDE SANITAIRE D'URGENCE

5.1. Introduction

Selon l'article 3 RTSU, le médecin cantonal, et en particulier le secteur aide sanitaire d'urgence (SASU), « veille à la conformité légale et réglementaire des services publics et des entreprises privées assurant des transports sanitaires urgents, notamment en vérifiant l'application des lois et règlements relatifs :

- aux conditions générales d'exploitation ;
- à la formation et au perfectionnement des intervenants ;
- à l'équipement des véhicules d'intervention ».

De manière synthétique, selon les lois et règlements en vigueur à fin juin 2011²⁸ (voir le chapitre 3.3), les principaux axes de surveillance opérationnelle du SASU sont ainsi les suivants :

- l'affiliation des sociétés d'ambulance à la centrale 144 (existence d'un contrat de collaboration) ;
- la qualification et la formation du personnel ;
- les locaux et équipements utilisés par la société d'ambulance ;
- la fourniture des médicaments ;
- les actes médicaux ;
- la conformité des équipages ambulanciers (existence d'un droit de pratique et composition des équipages) ;
- les appareils médicaux.

Des sanctions peuvent être prononcées par le DARES en cas d'infractions aux différentes législations. Ces sanctions sont notamment prévues de manière générale par la loi sur la santé (chapitre XI de la loi) ainsi que par la LTSU (art. 13 et 14).

En complément à ces activités de surveillance qui concernent les services publics et les entreprises privées d'ambulances, le SASU procède également à la délivrance de préavis sanitaires pour l'organisation de certaines catégories de manifestations publiques, notamment en vertu de l'article 18 al. 1 de la loi sur les spectacles et divertissements (LSD, I 3 05).

Le chapitre 5.2 « inspection » traitera de l'ensemble des problématiques relatives à la conformité légale et réglementaire des services publics et des entreprises privées d'ambulances, hormis celle relative à la conformité des équipages qui sera détaillée au chapitre 5.3 « analyse des fiches d'intervention pré-hospitalière ». Finalement, l'analyse relative aux préavis sanitaires pour l'organisation de certaines catégories de manifestations sera présentée au chapitre 5.4.

²⁸ Y compris les directives de l'IAS auxquelles il est fait référence dans les bases légales et réglementaires.

5.2. Inspection des services publics et des sociétés privées d'ambulances

5.2.1. Contexte

Comme indiqué au chapitre 3.3.1, les services d'ambulance constituent une catégorie d'institutions de santé dont la création, l'extension, la transformation et l'exploitation sont soumises à autorisation (art. 100 et 101 de la loi sur la santé). Dans les faits, l'autorisation d'exploiter²⁹ est délivrée par le secteur des droits de pratique rattaché, comme le SASU, au service du médecin cantonal³⁰.

Afin notamment de s'assurer que les conditions dont dépend l'autorisation sont remplies, le SASU a pour rôle d'effectuer un certain nombre de contrôles sur les services d'ambulances selon les axes de surveillance qui ont été présentés au chapitre 5.1. En particulier, jusqu'à mi-juin 2011, date de l'entrée en vigueur des modifications du RIS (voir le chapitre 3.3.1), le SASU procédait essentiellement à la vérification annuelle des équipements des véhicules d'intervention. Cette vérification, effectuée *in situ* sur la base de listes établies par le SASU³¹, permettait d'autoriser pour un an l'utilisation des ambulances et était notamment indispensable pour la délivrance des plaques de ces véhicules auprès de l'OCAN³². À noter que le chapitre du RIS consacré aux services d'ambulances a été modifié en juin 2011, supprimant notamment l'obligation pour le SASU d'autoriser formellement pour une année l'utilisation de l'ambulance. La nouvelle teneur de l'article 46 du RIS précise en effet que le médecin cantonal « *effectue, aussi souvent que nécessaire, mais en principe une fois par année, une inspection du service d'ambulances* ». Par ailleurs, il est prévu que le SASU puisse contrôler le respect des directives IAS. Dans les faits, compte tenu des taux de conformité élevés constatés lors des contrôles (voir ci-dessous), le SASU a ainsi décidé de contrôler une fois tous les trois ans les équipements des véhicules. En contrepartie, des contrôles plus généraux incluant les services d'ambulances seront effectués (contrôles non concentrés exclusivement sur les équipements).

Selon les normes européennes EN 1789 auxquelles l'article 45 du règlement sur les institutions de santé (RIS) fait référence, il existe trois catégories de véhicules d'ambulances, différenciées par la taille de la cellule sanitaire et le type de matériel disponible à bord³³. Les SMUR et l'hélicoptère des HUG n'appartiennent à aucune de ces catégories et disposent de leur propre liste de matériel.

²⁹ Selon l'article 103 de la loi sur la santé, « *l'autorisation d'exploiter une institution de santé est accordée pour une durée indéterminée. Pour de justes motifs, l'autorisation d'exploiter une institution de santé est accordée pour une durée déterminée. Son renouvellement fait alors l'objet d'une procédure simplifiée* ».

³⁰ Il n'est pas délivré d'autorisation d'exploiter pour les SMUR et l'hélicoptère des HUG, s'agissant de services internes aux HUG. Au même titre que les ambulances publiques ou privées, des contrôles sont néanmoins effectués par le SASU sur ces véhicules (voir ci-après).

³¹ Il existe une liste d'équipement pour chaque catégorie de véhicules.

³² Le contrôle des équipements est également prévu par les instructions du DETEC concernant l'équipement des véhicules de feux bleus et d'avertisseurs à deux sons alternés : « *l'équipement doit être approuvé par l'autorité sanitaire cantonale et respecter les directives de l'IAS concernant la construction et l'équipement des véhicules de sauvetage* ».

³³ Catégorie A : représentant des véhicules de type limousine conçus et équipés pour le transport sanitaire de patients dont l'état de santé ne laisse pas présager qu'ils puissent devenir des patients en détresse ;

Catégorie B : représentant des ambulances de soins d'urgence conçues et équipées pour le transport, les premiers soins et la surveillance des patients ;

Pour l'année 2010, le SASU a contrôlé le matériel ambulancier d'une quarantaine d'ambulances (SIS, SSA, SK ambulances, Ambulances Odier, Ambulances services), des cardiomobiles et de l'hélicoptère médicalisé des HUG. En règle générale, à chaque équipement présent dans les listes de contrôle utilisées par le SASU lors des inspections est rattaché un « degré » :

- degré 1 : matériel non obligatoire, recommandé par la DGS ;
- degré 2 : matériel obligatoire, le matériel manquant doit être repourvu dans un délai de 10 à 30 jours. En cas de défaut de plusieurs points de degré 2, l'autorisation pour qu'un véhicule puisse fonctionner en tant qu'ambulance peut être suspendue ;
- degré 3 : matériel indispensable. En cas de défaut, l'autorisation pour qu'un véhicule puisse fonctionner en tant qu'ambulance est immédiatement suspendue.

En principe, les listes de matériel relatives aux ambulances sont réactualisées par le SASU tous les deux ans. La dernière actualisation date de fin 2010.

Selon les données communiquées par le SASU, le taux de conformité du matériel pour l'ensemble des contrôles effectués de janvier à juin 2011 s'élevait à 97%³⁴.

5.2.2. Constats

Constats relatifs aux autorisations d'exploiter

- 1 Selon l'article 40 du RIS, l'autorisation d'exploiter un service d'ambulances est délivrée à tout service qui est notamment au bénéfice d'un contrat de collaboration avec la centrale 144. Or, comme indiqué au constat n°6 du chapitre 4.2, les contrats de collaboration entre le 144 et deux sociétés d'ambulances privées ainsi que les ambulances publiques sont échus depuis juillet 2004. Par ailleurs, l'une des sociétés de service d'ambulances privées autorisée postérieurement à 2004 n'a jamais signé de contrat. En conséquence, les autorisations d'exploiter de l'ensemble des sociétés d'ambulances privées et publiques ne respectent pas les conditions prescrites par le RIS.
- 2 La Cour constate par ailleurs que le SIS n'a jamais été au bénéfice d'une autorisation d'exploiter, ce qui contrevient de manière formelle à l'article 101 de la loi sur la santé. Par ailleurs, la Cour relève que les autorisations d'exploiter ne sont pas systématiquement mises à jour en cas de changements de médecins responsables des sociétés d'ambulances.

Constats relatifs aux contrôles effectués sur les sociétés d'ambulances

- 3 Jusqu'au mois de juin 2011, le SASU n'effectuait pas de contrôle sur l'ensemble des aspects concernant les sociétés de service d'ambulances (hormis concernant la vérification annuelle des équipements sanitaires des véhicules, voir constats 4 à 9). Bien que prescrit par la législation en vigueur, il n'y avait ainsi pas de contrôle détaillé sur les aspects suivants : qualification et formation du personnel des sociétés d'ambulances, fourniture adéquate des médicaments, contrôle exhaustif des appareils médicaux, etc. Cette absence de contrôle empêchait de fait l'identification de situations non conformes et de leur correction.

Catégorie C : représentant des ambulances de soins intensifs conçues et équipées pour le transport, les premiers soins et la surveillance des patients.

³⁴ 1'955 points conformes sur 2'012 points contrôlés.

- 4 A partir de juin 2011, suite aux modifications du chapitre du RIS consacré aux services d'ambulances, le SASU a décidé d'effectuer des contrôles plus généraux des sociétés d'ambulances, formalisés par un nouveau « formulaire d'inspection des services d'ambulances ». La Cour relève que ce formulaire couvre les grands axes de surveillance prévus par la législation en vigueur³⁵ et permet ainsi de combler les déficits de contrôle observés antérieurement (voir le précédent constat). Elle relève néanmoins que certains points de contrôle prévus notamment par les directives de l'IAS sur la reconnaissance des services de sauvetage ne figurent pas sur le nouveau formulaire d'inspection.

Constats relatifs aux contrôles effectués sur l'équipement³⁶

- 5 Les formulaires d'inspection utilisés par le SASU pour le contrôle du matériel des SMUR et de l'hélicoptère médicalisé n'ont pas été réactualisés depuis février 2009. Il y a donc un risque que ceux-ci ne soient plus à jour en regard des normes EN 1789/IAS et des exigences de la REGA (pour l'hélicoptère). Par ailleurs, à l'inverse des ambulances, le SASU n'a pas défini pour ces deux types de véhicules le degré de « gravité » lié à chaque équipement manquant ni les sanctions y relatives (suspension de l'autorisation, etc.).
- 6 Certains matériels devant être transportés par les ambulances selon les normes EN 1789 ne sont pas mentionnés sur les formulaires d'inspection utilisés par le SASU et ne sont donc pas contrôlés par ce dernier³⁷. Le SASU a indiqué à la Cour qu'il a considéré, en accord avec les services d'ambulances et la BSC, que ces matériels n'étaient pas utiles ou qu'ils pouvaient être remplacés par d'autres matériels déjà présents dans les ambulances. La Cour relève que cette manière de procéder n'est pas adéquate, car les sociétés d'ambulances notamment ne peuvent à la fois être contrôlées par le SASU et en même temps « participer » à l'élaboration des formulaires d'inspection (conflit d'intérêts potentiel).
- 7 En pratique, afin de gagner du temps, l'ensemble des équipements à contrôler selon les normes EN 1789 a été réparti par le SASU sur trois formulaires. Chaque année, le SASU choisit un des trois formulaires afin d'effectuer ses contrôles. En principe, au bout de trois ans, l'ensemble de l'équipement des ambulances est donc contrôlé. Un même formulaire peut cependant être utilisé plusieurs années de suite, le choix de formulaire étant effectué de manière aléatoire. Il arrive ainsi que certains équipements ne soient pas contrôlés au cours d'une période de trois ans.
- 8 De manière quasi systématique, le SASU informe à l'avance le service d'ambulance de la date à laquelle le contrôle sera effectué. L'absence de contrôle inopiné permet à la société d'ambulance de se « préparer » en vue des contrôles et réduit de fait la pertinence de ceux-ci.

³⁵ Affiliation des sociétés d'ambulance à la centrale 144, qualification et formation du personnel, fourniture des médicaments, contrôles des appareils médicaux, etc.

³⁶ Les constats présentés ci-après sont étayés par un contrôle effectué par la Cour sur 20 formulaires d'inspection de véhicules ambulanciers relatifs à des visites effectuées par le SASU en 2010 et 2011 (avant modification du RIS).

³⁷ Il s'agit des matériels suivants : urinal (catégories d'ambulance B et C), gants stériles (catégorie A), draps à usage unique (catégories A, B et C), coupe ceinture (catégorie A).

9 Sur les 20 formulaires d'inspection analysés par la Cour, les manquements suivants ont par ailleurs été relevés :

- pour 4 ambulances, certains matériels³⁸ n'étaient pas présents lors du contrôle du SASU alors qu'ils sont « obligatoires » ou « indispensables » selon les degrés de gravité établis par le SASU (degrés 2 et 3). L'absence de matériel n'a pas donné lieu à une « contre-visite » de la part du SASU ni à la notification de sanctions. Les formulaires d'inspection précisent pourtant que le matériel manquant « obligatoire » doit être repourvu dans un délai de 10 à 30 jours et que le matériel manquant « indispensable » conduit quant à lui à la suspension immédiate de l'autorisation ;
- le constat par le SASU d'un matériel manquant dans un SMUR³⁹ et de deux « matériels » manquants dans l'hélicoptère⁴⁰ n'a pas donné lieu à une « contre-visite » ni à la notification de sanctions ;
- quatre inspections ont été réalisées à une date postérieure de quelques jours à la date de fin d'autorisation (décalage de 2 à 7 jours). Pendant ce décalage, le véhicule n'est de manière formelle plus « autorisé » ;
- pour une ambulance, la vérification de deux points de contrôle⁴¹ n'a pas été formalisée sur le formulaire d'inspection. Ce manquement illustre l'absence de revue adéquate des formulaires par une personne différente de celle ayant effectué le contrôle ;
- d'une manière générale, des insuffisances sont constatées dans la formalisation des contrôles effectués relativement à la maintenance annuelle des défibrillateurs.

5.2.3. Risques découlant des constats

Il existe un **risque de conformité** avéré lié :

- à l'absence de contrôle avant juin 2011 sur des aspects tels que la qualification et la formation du personnel, la fourniture de médicaments, etc. ;
- à l'absence ou à la non-mise à jour d'autorisation d'exploiter ;
- à la délivrance d'autorisation d'exploiter en l'absence de contrat de collaboration avec la centrale 144 ;
- au non-respect de la législation relative au contrôle des sociétés d'ambulances (principalement en ce qui concerne les équipements sanitaires).

Le risque **opérationnel et d'image** tient à l'absence de contrôle avant juin 2011 concernant des aspects tels que la qualification et la formation du personnel, la fourniture de médicaments, etc. Par ailleurs, il existe également un risque que certains matériels ne soient pas présents dans les ambulances et qu'ils ne puissent donc pas être utilisés lors d'une intervention.

³⁸ Chasubles ambulancier « leader » (obligatoire) et chasuble ambulancier prétriage (obligatoire), système de sécurité enfants (obligatoire) et patches de défibrillation pédiatriques (indispensable).

³⁹ Poche à froid chimique ou équivalent.

⁴⁰ Valves anti-retour pour perfusions et deux médicaments.

⁴¹ Sur-blouses de protection bactérienne et paires de lunettes de travail contre les projections.

Le risque de **contrôle** tient à l'absence de sanctions suite aux constats de matériel manquant, à l'absence de contrôle inopiné, et au conflit d'intérêts potentiel résultant de la validation des listes de matériel par les sociétés d'ambulances.

5.2.4. Recommandations

Actions

[cf. constats 1 et 2] La problématique de l'existence d'autorisation d'exploiter sans contrat de collaboration avec la centrale 144 sera résolue une fois que des contrats de collaboration auront été signés avec l'ensemble des sociétés d'ambulances privées et publiques (voir la recommandation n°6 du chapitre 4.2). La Cour recommande à la DGS de délivrer formellement au SIS une autorisation d'exploiter, après s'être assurée que celui-ci satisfasse aux dispositions légales en vigueur. Par ailleurs, il conviendra de mettre à jour les autorisations d'exploiter qui le nécessitent, notamment en cas de changements de médecins responsables.

[cf. constats 4 à 9] La Cour invite le SASU à identifier les divergences existant entre les contrôles prévus par la législation en vigueur (notamment les directives IAS sur la reconnaissance des services de sauvetage) et ceux prévus par le nouveau formulaire d'inspection des services d'ambulances. Sur cette base, il est invité à compléter le formulaire et/ou à justifier l'exclusion de certains points de contrôle. Ces exclusions, ainsi que le formulaire dans son ensemble, devraient être validés par une personne ou un groupe disposant d'une autorité médicale au sein du SMC.

Afin de couvrir plus spécifiquement les risques identifiés **en matière d'équipement**, la Cour recommande la mise en œuvre des étapes suivantes :

- le SASU est invité à procéder à la mise à jour de ses listes de matériel ambulancier avec la réglementation en vigueur (norme EN 1789/IAS). De manière plus spécifique pour les SMUR et la base hélicoptère :
 - o il devrait s'assurer de l'adéquation de ses listes avec les directives IAS concernant la construction et l'équipement de véhicules de sauvetage et avec la liste de matériel de la REGA ;
 - o il devrait attribuer à chaque matériel un degré de « gravité » et définir les conséquences associées aux manquements à chacun de ces degrés (suspension, retrait de l'autorisation, etc.) ;
- une personne ou un groupe disposant d'une autorité médicale au sein du SMC devrait procéder à la validation formelle des listes de matériel mentionnées précédemment. Les sociétés d'ambulances ainsi que la BSC ne devraient pas participer à la validation de ces listes ;
- le SASU devrait procéder aux contrôles du matériel ambulancier en privilégiant les contrôles inopinés et en s'assurant que l'ensemble du matériel soit contrôlé au bout d'une période raisonnable ;
- sur la base des listes de matériel validées par une autorité médicale au sein du SMC, le SASU devrait sanctionner systématiquement les sociétés d'ambulances ne répondant pas aux objectifs définis ;
- à l'issue du contrôle, le SASU devrait tenir à jour un « tableau de bord » mentionnant par degré de « gravité » le nombre d'anomalies relevées par rapport au nombre total de points contrôlés et en assurer le suivi. Le chef du SASU devrait effectuer une revue formalisée de ce tableau de bord ainsi que des formulaires d'inspection.

À noter que les trois derniers points de cette recommandation sont également applicables aux contrôles qui seront menés dans le cadre du nouveau formulaire d'inspection (constat n°2).

Avantages attendus

S'assurer que le matériel ambulancier minimum défini par la DGS et la réglementation en vigueur soit présent dans les ambulances et qu'il puisse donc être utilisé lors d'une intervention.

Respecter la législation en vigueur notamment en matière d'équipement ambulancier.

5.2.5. Observations du DARES

A ce jour, pour ce qui est des autorisations d'exploitations et leurs mises à jour, la plupart des recommandations de la Cour sont soit appliquées, soit en voie de l'être. A la faveur de la restructuration de la DGS, plusieurs missions qui étaient au préalable effectuées sans coordination ont été regroupées sous une même autorité. Ce regroupement permet d'optimiser les contrôles de conformité des services d'ambulances. Par ailleurs, les procédures et contrôles des ambulances seront revus à la lumière de recommandations de la Cour des comptes.

5.3. Analyse des fiches d'intervention pré-hospitalières (FIP)

5.3.1. Contexte

Introduction

Selon l'article 6 du RTSU, le médecin cantonal établit les statistiques nécessaires à l'évaluation, quantitative et qualitative, des prestations de la centrale 144 ainsi que des services publics et des entreprises privées assurant les transports sanitaires urgents. En vue notamment de l'application de cet article, tout service d'ambulances est tenu de remplir pour chaque prise en charge de patient une fiche d'intervention pré-hospitalière IAS⁴² (FIP) (art. 48 du RIS).

Les FIP constituent ainsi un document médico-légal destiné à recueillir les informations concernant les soins ambulanciers dans la phase pré-hospitalière des secours ou lors de transports de patients. Elles sont remplies sous format papier par les ambulanciers lors de chaque intervention et comprennent des informations personnelles, temporelles ainsi que toutes les informations se rapportant à la cause et au lieu en lien avec l'intervention.

Les FIP « papier » sont ensuite ressaisies sur un programme nommé « FIP 2009 » par certains services d'ambulances ou transmises à la DGS qui se charge alors de les saisir elle-même ou de les faire saisir par des tiers sur ledit programme. Pour l'année 2009, près de 31'500 FIP ont ainsi été saisies sur FIP 2009. Les services d'ambulance en ont saisi environ 20% et la DGS 80% (dont la majorité de manière « indirecte » via des mandats confiés à des tiers⁴³). Après saisie dans FIP 2009, les fiches sont contrôlées et les données sont validées afin d'effectuer des statistiques. En date de l'audit, seules les FIP relatives à cette année ont été intégralement saisies dans le programme informatique « FIP 2009 » (voir en particulier le constat n°1 pour plus de détails).

Il convient de préciser que le programme FIP 2009 est à la base un projet intercantonal⁴⁴ initié en décembre 2007 destiné à remplacer l'ancienne solution « FIP2003 ». Un financement complémentaire propre au canton de Genève (environ 44'000 F) a été engagé notamment pour financer le développement de la reprise des données de la centrale 144. Le programme devait en particulier permettre d'éviter les saisies d'informations en double notamment par un « *input paramétrable et automatisé des données provenant d'autres systèmes (par exemple la centrale 144)* ».

Selon les informations ressortant de ces FIP, le délai moyen de réponse⁴⁵ pour les interventions « primaires 1 » s'est élevé à 6.5 minutes (dont 5.8 minutes pour les zones urbaines et 9.9 pour les zones rurales).

Contrôle des droits de pratique et de la composition des équipages

Selon l'article 74 de la loi sur la santé, « *une personne n'a le droit de pratiquer une profession de la santé que si elle est au bénéfice d'une autorisation de pratique délivrée par le département* ». L'autorisation est délivrée par le secteur

⁴² Par ailleurs, selon l'article 7 de la convention relative aux frais de transports et de sauvetage par voie terrestre P1 – P 2 – P3, les entreprises de transport s'engagent à établir une fiche d'intervention pour chaque transport.

⁴³ Les facturations y relatives se sont élevées à environ 17'000 F pour l'année 2009.

⁴⁴ Projet conçu par les cantons romands avec un financement ad hoc.

⁴⁵ Temps entre l'alarme au service et l'arrivée sur le site.

des droits de pratique, rattaché, tout comme le SASU, au service du médecin cantonal. En ce qui concerne les sociétés d'ambulances, les professions de la santé devant obtenir un droit de pratique sont les suivantes : médecin, ambulancier⁴⁶, technicien ambulancier⁴⁷ et infirmier.

Tel que prévu par l'article 41 du RIS, le SASU utilise également les FIP pour vérifier la composition des équipages ambulanciers conformément à l'article 44 du même règlement. Le tableau ci-après récapitule les compositions imposées aux sociétés d'ambulance selon cet article avant et après les modifications de juin 2011 du chapitre du RIS consacré aux services d'ambulances (la composition des équipages varie notamment en fonction de la priorité de l'intervention, voir le chapitre 3.2) :

Type et priorité de l'intervention	Avant juin 2011****	Après juin 2011
Primaire 1	Deux ambulanciers	Deux ambulanciers*
Primaire 2	Deux ambulanciers	Deux ambulanciers*
Primaire 3	Deux techniciens ambulanciers****	Un ambulancier et un technicien ambulancier*
Secondaire 1	Deux ambulanciers	Deux ambulanciers* ou un ambulancier, un technicien ambulancier et un infirmier**
Secondaire 2	Deux ambulanciers	Un ambulancier et un technicien ambulancier*
Secondaire 3	Deux techniciens ambulanciers****	Un technicien ambulancier et un chauffeur***

* Le médecin responsable du service d'ambulances, en accord avec le directeur de l'école d'ambulanciers, peut accepter dans un équipage un étudiant ambulancier qui travaille sous le contrôle et la responsabilité d'un ambulancier.

** Spécialisé dans les soins d'urgence, l'anesthésie ou la médecine intensive provenant de l'établissement de soins.

*** Au bénéfice d'une formation de base dans le domaine du sauvetage BLS/AED (réanimation cardio-pulmonaire de base / défibrillation semi-automatique).

**** Sous réserve que le médecin responsable du service d'ambulance donne son agrément.

***** Chaque ambulance est desservie au minimum par deux personnes au bénéfice de formations reconnues par l'autorité fédérale compétente. La DGS peut exceptionnellement, sur préavis favorable du médecin responsable du service d'ambulance et du directeur de l'école, autoriser un ambulancier diplômé ou un technicien ambulancier en formation à faire partie d'un équipage en tant qu'équipier. Ce dernier s'occupe de conduire le véhicule alors qu'un s'occupe du patient durant le transport.

Source : tableau réalisé sur la base de l'article 44 du RIS (avant et après modification de juin 2011)

⁴⁶ Les ambulanciers inscrits ont le droit de donner professionnellement des soins aux patients malades ou accidentés ainsi qu'aux parturientes, de transporter des patients par ambulance et d'intervenir dans les situations d'urgence (art. 26 RPS).

⁴⁷ Les techniciens ambulanciers inscrits ont le droit d'assurer la conduite du véhicule d'intervention sanitaire, d'assumer de façon autonome la prise en charge de patients en situation stable et d'intervenir dans la prise en charge de patients, planifiée et réputée non urgente (priorité 3) (art. 80 RPS).

Selon les données communiquées par le SASU et issues des FIP, le taux de conformité des équipages du 1^{er} juillet 2009 au 30 juin 2010 s'est globalement élevé à 74% (92% pour les interventions P1, P2, S1, S2 et 29% pour les interventions P3 et S3). Selon le DARES⁴⁸, le taux visé est de 80% en 2010 et 100% en 2011.

5.3.2. Constats

En préambule, il convient de préciser que les constats ci-après relatifs à la composition des équipages et l'existence des droits de pratique sont basés sur des tests effectués par la Cour sur l'année 2009 puisqu'en date de l'audit, seules les FIP relatives à cette année avaient été intégralement saisies dans le programme informatique « FIP 2009 » (voir en particulier le constat n°1 pour plus de détails).

- 1 Selon le SASU, la double saisie des informations⁴⁹ n'a pas été supprimée et les interfaces avec les autres sources d'informations (centrale 144) n'ont pas été mises en place, en raison de nombreux dysfonctionnements constatés au niveau intercantonal et genevois dans l'élaboration et l'implémentation du programme « FIP 2009 » (définition des besoins insuffisante, manque de gouvernance, etc.). Cette situation engendre les conséquences suivantes :
 - une surcharge administrative au niveau du SASU et des sociétés d'ambulances, au détriment de la réalisation de tâches à plus forte valeur ajoutée ;
 - une difficulté supplémentaire pour le SASU d'effectuer certains contrôles appropriés en temps voulu (notamment la vérification de la composition des équipages). En effet, en date de l'audit, les FIP de l'année 2010 n'étaient pas encore intégralement saisies dans le programme « FIP 2009 » ;
 - un manque de fiabilité des données issues des FIP. La Cour a notamment relevé de nombreux écarts entre les données présentes dans le système de la centrale 144 et celles indiquées dans le programme FIP 2009⁵⁰. Par ailleurs, l'extraction informatique de l'application « FIP 2009 » communiquée par le SASU à la Cour comportait certaines informations non renseignées (type d'intervention ou priorité, nom de l'équipage, lieu de prise en charge ou de destination, etc.).

⁴⁸ Source : application OGPE (outil de gestion et de pilotage de l'Etat de Genève).

⁴⁹ Ressaisie des FIP « papier » dans l'application « FIP 2009 ».

⁵⁰ La Cour a procédé à une comparaison entre certaines données issues de 20 FIP sélectionnées de manière aléatoire dans le programme FIP 2009 (type d'intervention, priorité, service, lieux de prise en charge et de destination, « gravité du cas » (NACA), date d'intervention, heures alarme, départ pour site, sur site, départ du site, arrivée à destination, opérationnel) et les informations provenant du système d'engagement de la centrale 144. Il en ressort notamment des écarts quasi systématiques relatifs aux heures d'intervention (de 1 minute à 26 minutes). Par ailleurs, un écart a été constaté sur un NACA (1 FIP) et un lieu de destination (1 FIP). Enfin, pour 2 FIP, le contrôle n'a pu être effectué pour cause de non-correspondance entre les numéros de fiche 144 indiqués dans le programme FIP 2009 et les données de la centrale 144.

- 2 Selon les calculs du SASU, le délai moyen de réponse pour les interventions « primaires 1 » de l'année 2009 s'est élevé à 6.5 minutes. Par ailleurs, un délai de 15 minutes était respecté dans 98% des cas. La Cour relève que ces délais sont en adéquation avec les directives de l'IAS (délai de réponse de 15 minutes après l'alarme dans 90% des cas). Le délai calculé par le SASU doit néanmoins être appréhendé à la lumière du constat précédent (manque de fiabilité des données issues des FIP).
- 3 À l'heure actuelle, le SASU utilise essentiellement les FIP à des fins statistiques (notamment pour calculer le délai moyen d'intervention). Une fois les données fiabilisées (voir la recommandation n°1), la Cour relève pourtant que celles-ci pourraient être utilisées afin d'identifier et de comprendre l'origine d'un certain nombre d'interventions ayant des caractéristiques potentiellement « anormales » : identification de délais de réponse largement supérieurs à la moyenne, interventions « primaires 1 » sans signaux prioritaires, etc.
- 4 Selon les calculs effectués par la Cour sur la base de données communiquée par le SASU, le taux de **non-conformité** des équipages ambulanciers pour l'année 2009 s'est élevé à 9% pour les interventions de type P1, P2, S1 et S2 et à 65% pour les interventions de type P3 et S3. En contradiction avec l'article 44 du RIS, 2'064 interventions P1, P2, S1, S2 et 5'516 interventions P3 et S3 ont ainsi été réalisées notamment par des personnes sans certificat ou diplôme spécifique, des infirmiers ou encore du personnel ambulancier avec une formation non reconnue par l'autorité fédérale compétente. Ces cas de non-conformité n'ont pas donné lieu à sanction.
- 5 En complément au point précédent, la Cour a identifié quatre ambulanciers ayant effectué des interventions en 2009 alors qu'ils n'étaient pas titulaires d'un droit de pratique. Ces quatre ambulanciers ont effectué un total de 491 interventions dont environ 43% relatives à des « Primaires 1 ». Ces cas de non-conformité n'ont également pas donné lieu à sanction.

5.3.3. Risques découlant des constats

Le **risque de contrôle** tient à l'absence de sanctions prises par le SASU en matière de composition d'équipage et de droit de pratique et à l'impossibilité d'effectuer certains contrôles en temps voulu.

Il existe un **risque opérationnel et d'image** lié à la prise en charge de patients par des équipages ambulanciers qui ne respectent pas la législation et les normes professionnelles en vigueur.

Le **risque de conformité** est avéré puisque la législation en matière de composition d'équipage et de droits de pratique n'est pas systématiquement respectée.

Il existe un **risque financier** lié à l'inefficience résultant de la double saisie des FIP.

5.3.4. Recommandations

Actions

[cf. constats 1 et 2] La Cour recommande au SASU de mettre en place dans les meilleurs délais une solution informatique permettant de supprimer la double saisie des FIP. La nouvelle solution devrait permettre de saisir les FIP « en mobilité » (directement dans les ambulances) et proposer une interface avec les données de la centrale 144 afin de s'assurer de la correspondance et de la fiabilité des données.

[cf. constat 3] Une fois la première recommandation mise en œuvre, la Cour invite le SASU à utiliser les FIP de manière à identifier et à comprendre l'origine d'un certain nombre d'interventions ayant des caractéristiques potentiellement « anormales » : délais de réponse largement supérieurs à la moyenne, interventions « primaires 1 » sans signaux prioritaires, interventions « primaires 1 » qui n'ont pas fait l'objet d'une alarme par le 144, etc.

[cf. constats 4 et 5] La Cour relève que les modifications apportées en juin 2011 relativement à la législation sur la composition des équipages (notamment la possibilité pour un chauffeur avec une formation de base dans le domaine du sauvetage d'effectuer des transports de type « secondaire 3 ») devraient permettre d'améliorer « mécaniquement » les taux de conformité des équipages. Par ailleurs, en cours d'audit, le médecin cantonal a envoyé un courrier à l'ensemble des services d'ambulances du canton pour leur rappeler les exigences, les contrôles et les sanctions prévus en matière de composition d'équipage. Dès lors, la Cour recommande au SASU de sanctionner, lorsque nécessaire, les cas qui seraient contraires à la législation en matière de composition d'équipage et de droits de pratique.

Avantages attendus

Respecter la législation en matière de composition d'équipage et de droits de pratique.

Assurer une prise en charge des patients conforme à la législation et aux normes professionnelles en vigueur.

5.3.5. Observations du DARES

Afin d'être plus efficace, plus rapide et économique, l'analyse des FIP ne devrait plus demander une double saisie. Le projet intercantonal romand FIP 2009, contrairement à ce qui était espéré, n'apporte pas entière satisfaction. Le DARES explore des solutions alternatives qui devraient, à terme, permettre de générer une FIP directement par la centrale 144. Pour arriver à cet objectif un certain nombre d'éléments préalables sont nécessaires dont le fonctionnement d'un SAE compatible, l'équipement de matériel (hardware et software) par les services d'ambulances et enfin la création d'interface avec les systèmes informatiques des services d'urgences hospitaliers et de la DGS.

5.4. Préavis sanitaires relatifs aux manifestations

5.4.1. Contexte

Bases légales

Selon l'article 17 de la loi sur les spectacles et divertissements (LSD, I 3 05), l'organisation de spectacles et de divertissements est soumise à l'obtention préalable d'une autorisation du service du commerce (SCOM), rattaché au DARES. L'article 18 précise par ailleurs que le DARES peut interdire ou soumettre au respect de conditions particulières l'organisation de spectacles ou de divertissements ayant entraîné ou menaçant d'entraîner des troubles graves de l'ordre public (sécurité, moralité et tranquillité publiques, etc.).

Sur cette base, la DGS, en accord notamment avec le SCOM, a considéré que toute personne ayant besoin de soins urgents dans le cadre de l'organisation de spectacles et de divertissements (ci-après manifestations) devait bénéficier d'une prise en charge conforme aux normes de délai et de bonne pratique médicale. Afin d'assurer le respect de ce principe, le SASU a décidé d'établir des préavis sanitaires à l'attention du SCOM pour certains types de manifestations (voir ci-dessous).

En pratique, chaque personne souhaitant organiser une manifestation adresse sa demande au SCOM. Ces demandes se retrouvent *in fine* en ligne sur le guichet universel manifestations (GU). Après analyse de la demande, le SCOM, sur la base des préavis émis par ses différents partenaires (dont le SASU pour l'aspect sanitaire), décide ou non d'autoriser la manifestation en question. Le SASU n'est ainsi qu'un service « préavisé » parmi d'autres, la responsabilité finale de l'octroi de l'autorisation incombant au SCOM. A cet égard, il convient de préciser que l'audit de la Cour a porté uniquement sur le préavis délivré par le SASU.

Identification des manifestations « à risque »

Le terme de « spectacles et divertissements » englobe des manifestations de toute taille et de toute nature. Ainsi, le guichet universel manifestations (GU) enregistre aussi bien des demandes pour organiser un thé dansant que des demandes pour organiser une manifestation de grande ampleur telle que les Fêtes de Genève ou encore la Lake Parade. Dans ce cadre, afin de ne pas devoir délivrer des préavis sanitaires pour l'ensemble des manifestations, y compris pour celles présentant *a priori* peu de risque, le SASU a défini des « manifestations à risque »⁵¹. En principe, un concept sanitaire⁵² est ainsi uniquement demandé aux personnes souhaitant organiser les types de manifestations suivants :

- manifestations sportives : concours hippiques, courses pédestres, courses cyclistes, sports de combat, sports motorisés (automobiles, motos, etc.) ;
- grandes manifestations : tout événement dépassant 1'500 spectateurs.

⁵¹ Ces catégories « à risque » ont été approuvées par la BSC lors de différents échanges avec le SASU.

⁵² Le formulaire relatif à l'organisation du service sanitaire demandé par le SASU à l'organisateur contient un certain nombre d'informations générales relatives à la manifestation (description de la manifestation, lieu, nombre de spectateurs, etc.) ainsi qu'un concept sanitaire. Celui-ci doit permettre d'assurer les soins médicaux et/ou paramédicaux urgents, incluant si nécessaire une zone de dégrisement durant la manifestation. Il préserve de manière indirecte le fonctionnement normal du système. Ce concept sanitaire identifie notamment le personnel et les installations sanitaires prévus (nombre de médecins, d'ambulanciers, etc.).

En complément à ce principe général, le SASU peut également être amené à demander un concept sanitaire pour certaines manifestations s'écartant de la liste des « manifestations à risque », mais qui attirent pourtant son attention, au vu notamment du libellé de la manifestation inscrit sur le GU (par exemple une manifestation avec des montgolfières).

Selon les données du SASU, 2'128 manifestations ont été reçues en 2010 sur le GU. Sur ces 2'218 manifestations, le SASU en a traité 161 (soit environ 8%), c'est-à-dire qu'il a demandé à l'organisateur un concept sanitaire en vue de la délivrance d'un préavis. Les autres manifestations (2'057) n'ont fait l'objet d'aucun contrôle de la part du SASU. Sur les 161 manifestations analysées, 135 se sont soldées par un préavis positif et 5 par un préavis hors délais. Par ailleurs, 21 manifestations ont été annulées par l'organisateur.

Traitement du concept sanitaire

Chaque concept sanitaire envoyé par les organisateurs selon le principe décrit ci-dessus est transmis par le SASU à la brigade sanitaire cantonale (BSC) pour délivrance d'un avis médical⁵³. Sur la base de l'avis médical de la BSC, le SASU peut délivrer trois types de préavis sanitaires (selon le projet de directive interne de mai 2011):

- « *préavis positif* » : le SASU approuve la structure sanitaire proposée par l'organisateur ;
- « *préavis hors délais* » : le SASU annonce à l'organisateur qu'il n'est pas en mesure de délivrer un préavis, car les informations concernant la manifestation ne sont pas parvenues dans les délais ;
- « *préavis négatif* » : le SASU indique à l'organisateur que son concept sanitaire n'est pas adéquat pour le type de manifestation prévue.

Avant délivrance du préavis, la directive interne du SASU sur le traitement des manifestations indique qu'il convient de « *vérifier si les éventuels médecins, infirmiers ou ambulanciers sont en possession d'un droit de pratique du canton de Genève* ».

Il convient de mentionner que les avis médicaux délivrés n'engagent en rien la BSC puisque c'est *in fine* le SASU qui est responsable de la délivrance du préavis (la BSC intervient uniquement en qualité d'expert). Afin d'établir son avis médical, la BSC utilise la formule dite de « Maurer⁵⁴ », mentionnée notamment dans les directives de l'IAS pour l'organisation du service sanitaire lors de manifestations (voir ci-dessous). Cette formule permet d'apprécier le risque lié à une manifestation et recommande en conséquence les moyens à mettre en œuvre (nombre de médecins, d'ambulanciers, etc.). Dans les faits, la BSC a indiqué à la Cour que l'appréciation du résultat de cette formule nécessitait une grande part de « jugement professionnel ». Ainsi, le « résultat brut » de la formule n'est pas forcément appliqué « à la lettre ». Compte tenu notamment de ces éléments et comme indiqué au chapitre 1, la Cour n'a pas procédé à une analyse de la qualité des avis médicaux délivrés par la BSC.

⁵³ En cas d'avis médical négatif, la BSC indique quels sont les motifs du refus.

⁵⁴ Cette formule a été développée par l'ingénieur Klaus Maurer afin d'évaluer les risques lors de grandes manifestations.

Suivi de la manifestation

Afin d'assurer un suivi des manifestations, le SASU demande, sur une base volontaire, une évaluation par l'organisateur de la qualité de l'organisation du service sanitaire. En règle générale, ces évaluations sont demandées uniquement pour les manifestations de grande ampleur (Fêtes de Genève, Lake Parade, Marathon de Genève, etc.).

Directives de l'AS pour l'organisation du service sanitaire lors de manifestations

En termes de normes professionnelles relatives au traitement des préavis, l'IAS a rédigé en 2003 des directives pour l'organisation du service sanitaire lors de manifestations. Celles-ci décrivent notamment les grandes étapes du traitement d'un concept sanitaire :

- récolter des informations pertinentes sur la manifestation : données sur l'organisateur, lieu, date, nombre et genre de participants, mesures de sécurité prévues, etc. ;
- réaliser une appréciation du risque sur la base des informations obtenues. Pour ce faire, deux procédures sont recommandées par l'IAS : le règlement pour postes sanitaires de l'alliance suisse des samaritains pour les manifestations et l'analyse des risques selon la formule dite de « Maurer » ;
- élaborer un plan d'intervention pour l'organisation du service sanitaire ;
- tirer un bilan/effectuer une analyse finale de la manifestation.

En particulier concernant le bilan de la manifestation, les directives de l'IAS précisent qu'il convient « *d'analyser et d'évaluer la qualité de l'organisation du service sanitaire* ». « *Les résultats de l'évaluation finale doivent faire l'objet d'un rapport. Cette démarche permettra d'assurer que toutes les informations importantes seront disponibles pour les manifestations consécutives* ».

5.4.2. Constats

Les constats ci-après se basent principalement sur :

- l'analyse par la Cour d'un échantillon de vingt demandes de manifestations relatives aux années 2009 à 2011 et nécessitant l'établissement d'un concept sanitaire ;
- des recherches effectuées sur le GU afin de s'assurer de l'exhaustivité des préavis délivrés par le SASU⁵⁵ ;
- l'analyse des fichiers de suivi des manifestations utilisés par le SASU.

1 D'une manière générale, la Cour relève de nombreux manquements dans le processus de traitement des préavis sanitaires (sélection des manifestations à risque, récolte et analyse des concepts sanitaires, délivrance du préavis) ainsi que dans la supervision de ce processus par le chef du SASU. Sur la base des vérifications indiquées ci-dessus, la Cour a notamment identifié les faiblesses suivantes :

- six manifestations n'ont pas été traitées par le SASU alors qu'elles font pourtant partie des « manifestations à risque » ;

⁵⁵ Les recherches ont été effectuées sur la période de janvier à juin 2011 pour les catégories de manifestations suivantes : « sportive », « grande manifestation » et « autre », soit un total d'environ 640 demandes de manifestations (dont 107 manifestations « sportives » et 43 « grandes manifestations »). 10 cas ont été soumis au SASU pour explications.

- trois manifestations ont fait l'objet d'un préavis positif du SASU en l'absence d'un avis médical positif de la BSC (absence de préavis ou préavis négatif) ;
 - le SASU délivre des préavis sanitaires positifs même si le concept sanitaire ou le nom des ambulanciers intervenant au sein de la manifestation par exemple, n'est pas envoyé par l'organisateur ou est envoyé quelques jours seulement avant la manifestation
 - certains préavis sanitaires sont envoyés un ou deux jours avant la manifestation, voire même plusieurs jours après la manifestation ;
 - dans certains cas, le SASU délivre des préavis sanitaires sous réserve notamment que le personnel sanitaire sur place dispose des droits de pratique sur le Canton de Genève. La Cour relève que ce type de réserve ne devrait pas apparaître sur les préavis, car il revient au SASU de contrôler ce point et d'en tirer les conséquences au niveau du préavis ;
 - le contrôle de l'existence d'un droit de pratique pour les professionnels de santé intervenant au sein des manifestations n'est pas formalisé. Dans certains cas, le SASU n'a d'ailleurs pas relancé les organisateurs afin d'obtenir certaines informations manquantes permettant de contrôler ce point ;
 - la revue des préavis sanitaires délivrés par les collaborateurs du SASU n'est pas formalisée par le chef du secteur.
- 2 La Cour relève également des faiblesses dans le suivi et l'analyse finale des manifestations par le SASU. Sur la base des vérifications indiquées en préambule, les points suivants sont en effet relevés :
- le SASU ne tient pas à jour une liste des manifestations ayant fait l'objet d'un contrôle sur place afin de vérifier la mise en œuvre du concept sanitaire initialement prévu. Par ailleurs, il n'est pas tenu de procès-verbal suite à ces visites. Il n'est ainsi pas possible de connaître le nombre de manifestations contrôlées durant une année, ni les éventuelles anomalies relevées lors des visites ;
 - d'une manière générale, il n'est pas effectué de contrôle sur place dans les grandes salles de concert afin de s'assurer de l'organisation sanitaire mise en œuvre ;
 - les analyses réalisées par le SASU sur les évaluations de manifestation envoyées de manière volontaire par l'organisateur à l'issue de la manifestation ne sont pas formalisées et ne sont en règle générale pas communiquées à la BSC. Pour les manifestations récurrentes, ce type d'information est pourtant essentiel afin que la BSC puisse éventuellement modifier son avis médical en conséquence.
- 3 Les dossiers du SASU relatifs au traitement des manifestations ne sont en règle générale pas organisés de manière adéquate. Il s'avère notamment difficile de retrouver les informations pertinentes et d'effectuer une revue adéquate des demandes. Par ailleurs, les fichiers informatiques de suivi des manifestations ne sont pas systématiquement à jour.
- 4 Il n'existe actuellement aucun accord de collaboration entre le SASU et la BSC régissant l'activité de délivrance des avis médicaux. En particulier, il n'y a pas de budget alloué à la BSC pour la gestion de cette activité. Cette absence de formalisation ne permet pas d'assurer la pérennisation du fonctionnement actuel entre le SASU et la BSC.

5.4.3. Risques découlant des constats

Le risque **opérationnel et d'image** tient à la tenue de manifestations alors que certaines exigences liées au concept sanitaire ne sont pas respectées.

Le **risque de contrôle** tient à l'absence de revue adéquate par le chef du SASU du processus de délivrance des préavis, à l'absence de contrat de collaboration entre la BSC et la DGS pour la délivrance des avis médicaux ainsi qu'à l'absence de formalisation d'un certain nombre de contrôles effectués.

Il existe un **risque de conformité** avéré, car les directives internes du SASU traitant de la problématique des manifestations ne sont pas respectées.

5.4.4. Recommandations

Actions

[cf. constat 1] La Cour recommande au SASU de mettre en place les contrôles appropriés afin de s'assurer que toute manifestation devant faire l'objet d'un préavis selon les directives en vigueur soit traitée de manière adéquate. Le SASU devrait notamment veiller aux points suivants :

- envoyer systématiquement des préavis négatifs ou « hors délais » lorsque certaines conditions ne sont pas remplies (absence d'un concept sanitaire, de droits de pratique conformes, etc.) ou que les informations ne sont pas arrivées à temps afin de pouvoir les traiter de manière appropriée ;
- ne pas délivrer de préavis positif sans avoir au préalable demandé un avis médical à la BSC ;
- justifier d'une éventuelle divergence entre le préavis émis par le SASU et l'avis médical de la BSC ;
- documenter les contrôles effectués (relativement aux droits de pratique, etc.).

Une revue formalisée par le chef du SASU devrait être effectuée tout au long du processus afin de s'assurer du respect des points ci-dessus.

[cf. constat 2] Compte tenu du volume de manifestations à traiter et des ressources actuellement disponibles au sein du SASU, la Cour invite ce dernier, en collaboration avec la BSC, à effectuer une analyse visant à identifier les catégories de manifestations les plus risquées nécessitant la mise en œuvre de contrôles *in situ*. Sur cette base, et selon une planification définie à l'avance, le SASU devrait procéder aux contrôles afin de s'assurer du respect du concept sanitaire prévu et adresser si nécessaire au SCOM une proposition de sanctions à adresser aux organisateurs. La sanction devrait *in fine* être prise par le SCOM sur la base du préavis de sanction du SASU.

Par ailleurs, le SASU devrait tenir à jour une liste des contrôles effectués sur place et rédiger systématiquement un procès-verbal à l'issue des contrôles. Enfin, il devrait formaliser les contrôles effectués sur les évaluations de manifestation remises par les organisateurs et remonter de manière systématique ces informations à la BSC.

[cf. constat 3] La Cour invite le SASU à améliorer sensiblement la qualité de la tenue de ses dossiers « papier » et de ses fichiers électroniques de suivi. En particulier, les documents suivants devraient être systématiquement présents dans les dossiers « papier » : demande de l'organisateur, concept sanitaire, avis médical de la BSC, préavis du SASU, bilan de la manifestation (si existant), procès-verbaux des éventuels contrôles effectués sur place par le SASU. Par ailleurs, il conviendrait de s'assurer de l'absence de documents « à double ».

[cf. constat 4] La Cour recommande à la DGS d'établir un contrat de collaboration avec la BSC pour la délivrance des avis médicaux. Ce contrat devrait notamment prévoir de manière précise les prestations attendues de la part de la BSC ainsi que la rémunération y relative.

Avantages attendus

Eviter la tenue de manifestations ne respectant pas les exigences imposées par le SASU.

S'assurer que chaque manifestation est traitée de manière conforme aux directives en vigueur.

Contribuer à une gestion efficace du risque de surcharge du dispositif d'aide sanitaire d'urgence.

5.4.5. Observations du DARES

Le département partage le souci de la Cour de comptes en ce qui concerne la délivrance des préavis sanitaires pour l'organisation des manifestations. Le mandat a été donné à la Direction générale de la santé d'analyser la pertinence des pratiques ainsi que de revoir les bases légales et réglementaires concernant la procédure de délivrance de préavis.

Le DARES tient à souligner que durant la période analysée par la cour des comptes les missions du SASU ont été priorisées du fait notamment de son engagement dans le dispositif OSIRIS déclenché pour la gestion de la pandémie H1N1.

6. CONCLUSION

L'audit de la Cour a porté sur l'organisation du dispositif d'aide sanitaire d'urgence ainsi que sur sa surveillance par le service du médecin cantonal. Cette prestation vise principalement à assurer un **transport de qualité** dans un établissement de soins adéquat pour la suite du traitement et recouvre trois grands domaines :

- la régulation des ambulances sur le canton c'est-à-dire au sens large, la planification du personnel et des moyens d'intervention affectés aux transports urgents ainsi que l'organisation de la centrale 144 ;
- la vérification de la conformité légale et réglementaire des services publics et des entreprises privées assurant des transports urgents ;
- la délivrance de préavis sanitaires pour l'organisation de certaines catégories de manifestations.

D'un point de vue opérationnel, afin de se conformer aux exigences légales, d'assurer la pérennité du fonctionnement actuel sur le long terme et de garantir une prise en charge des patients la plus rapide possible, la Cour recommande :

- de revoir l'organisation actuelle de la BSC et d'établir une autorité médicale commune aux médecins répondants des sociétés d'ambulances ;
- de doter la centrale 144 de moyens techniques adéquats et de la coordonner avec les autres centrales d'engagement de la Ville et du canton (pompiers ou police) ;
- de poursuivre les efforts déjà engagés pour formaliser les processus opérationnels de régulation médicale et de s'assurer de leur validation médicale par le médecin cantonal. Il conviendra de tenir compte des processus existants dans d'autres centrales hors de Genève;
- de communiquer auprès de la population sur le rôle de la centrale 144 et sur la marche à suivre en termes de secours pré-hospitaliers afin de combattre une surcharge inutile et inadéquate.

Concernant **la planification du personnel et des moyens d'intervention**, la Cour a relevé que les analyses visant à identifier les moyens d'intervention et l'organisation à mettre en œuvre pour assurer les transports sanitaires urgents et la gestion des événements majeurs devraient être étayées, ceci afin de se rapprocher encore davantage des besoins de la population, des risques déjà identifiés (projet cantonal « Kataplan ») ainsi que des normes professionnelles en la matière.

Par ailleurs, compte tenu des difficultés opérationnelles et légales auxquelles la base hélicoptère est actuellement soumise, il serait souhaitable que les réflexions déjà engagées avec la REGA pour le transfert de tout ou partie de celle-ci aboutissent dans les meilleurs délais. À ce titre, la Cour relève qu'un transfert à 100% de l'activité à la REGA pourrait permettre à l'Etat d'économiser environ 800'000 F par année.

Relativement à la **conformité légale et réglementaire**, la Cour relève que des améliorations devraient être apportées sur l'ensemble du processus de vérification des services (publics et privés) d'ambulance (autorisation d'exploiter, équipements et composition des équipages). En particulier, elle recommande :

- de mettre à jour les listes de matériels puis de les faire formellement valider au sein du SMC par une personne ou un groupe disposant d'une autorité médicale;
- de privilégier les contrôles inopinés et de sanctionner de manière systématique les sociétés d'ambulances ne respectant pas les conditions minimales imposées ;

- que le chef du SASU effectue une supervision plus adéquate de l'ensemble du processus ;
- que les fiches d'intervention pré-hospitalières soient utilisées pour détecter des anomalies.

Enfin, de nombreux manquements auxquels il convient de remédier ont été relevés par la Cour tout au long du processus conduisant le SASU à délivrer des **préavis sanitaires pour certaines catégories de manifestations**.

La Cour a notamment identifié :

- des demandes de manifestations non traitées ;
- des préavis positifs délivrés sans avoir obtenu au préalable un avis médical de la BSC ou dans les cas où l'avis médical de la BSC est négatif ;
- la délivrance de préavis positifs en l'absence de certains documents ou d'informations essentielles ;
- une absence de revue formalisée par le chef du SASU des contrôles effectués.

D'une manière plus générale, la Cour relève que l'aide sanitaire d'urgence ainsi que sa surveillance sont actuellement essentiellement centrées sur le transport. Ceci exclut de fait un certain nombre d'intervenants intra et extrahospitaliers tels que les institutions publiques et privées qui offrent des prestations d'urgence ou encore les professionnels de la santé, soumis à l'obligation d'assurer des services de garde. C'est dans cette optique qu'un certain nombre de réflexions avait été initié aux HUG et à la DGS. La Cour encourage vivement les HUG et la DGS à reprendre dans les meilleurs délais ces réflexions qui visaient notamment :

- à créer une organisation cantonale faîtière des secours ayant pour but général d'assurer la rapidité, la coordination, la sécurité et la qualité de l'aide médicale urgente sur l'ensemble du territoire cantonal ;
- à créer une centrale de « renseignements médicaux » répondant aux appels du public 24 heures sur 24 avec pour mission de donner des conseils médicaux par téléphone, de renseigner les patients sur les médecins ou les autres professionnels de la santé soumis à l'obligation de garde, etc. Une telle centrale permettrait à la centrale 144 de se concentrer sur son activité de base, à savoir les appels urgents, et aurait un effet positif sur les coûts de la santé par une meilleure « orientation » du patient.

7. TABLEAU DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS ET ACTIONS

Réf.	Recommandation / Action	Mise en place (selon indications de l'audité)			
		Risque 4 = Très significatif 3 = Majeur 2= Modéré 1= Mineur	Responsable	Délai au	Fait le
4.1.4	<p>Organisation et gouvernance [cf. constats 1 à 3] La Cour recommande à la DGS de soumettre au Conseil d'Etat des propositions organisationnelles répondant aux points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rôle, composition et responsabilités de la BSC ; - nécessité d'une autorité médicale commune à l'ensemble des médecins répondants des services d'ambulance ; - compétences de la commission consultative de l'aide sanitaire urgente. Il pourrait notamment être envisagé de la doter d'un pouvoir de préavis et de préciser son rôle. Suite à ces modifications, le SASU est invité à s'appuyer sur cette commission afin d'accomplir ses tâches de surveillance (voir en particulier les parties 4.3, 5.2 et 5.3). <p>Ces propositions organisationnelles devraient être accompagnées des modifications légales nécessaires à leur mise en œuvre.</p>	2	Direction générale de la santé	12.2012	
4.2.4	<p>Organisation de la centrale 144 [cf. constat 1] Afin de réduire le nombre d'appels non urgents arrivant à la centrale 144, la Cour encourage la DGS à mettre en œuvre une campagne de communication auprès de la population visant à l'informer du rôle du 144 et de la marche à suivre en termes de secours pré-hospitaliers (à savoir les démarches à suivre sans les situations d'urgence vitale ou non vitale). Par ailleurs, un autre numéro d'appel pourrait être attribué pour fournir des informations non urgentes, (se référer au chapitre 6 pour plus de détails). Ces démarches devraient être réalisées notamment en collaboration avec l'association des médecins du canton de Genève (AMGE).</p>	2	Responsable de la centrale 144	12.2012	
4.2.4	<p>Organisation de la centrale 144 [cf. constat 2] La Cour invite la centrale 144 à se conformer aux exigences légales et réglementaires en matière de localisation et de disponibilité en temps réel des véhicules effectuant les transports sanitaires urgents sur le canton. Le projet de changement du SAE devrait inclure cette fonctionnalité.</p>	3	Responsable de la centrale 144	12.2013	

Réf.	Recommandation / Action	Mise en place (selon indications de l'audité)			
		Risque 4 = Très significatif 3 = Majeur 2= Modéré 1= Mineur	Responsable	Délai au	Fait le
4.2.4	Organisation de la centrale 144 <i>[cf. constat 3]</i> La Cour encourage le responsable de la centrale 144 à poursuivre les efforts déjà engagés visant à formaliser des processus opérationnels de régulation médicale. A cet effet, il conviendra de tenir compte des processus existants dans d'autres centrales hors de Genève. Il conviendra également de s'assurer de leur validation médicale par le médecin cantonal.	2	Responsable de la centrale 144	12.2013	
4.2.4	Organisation de la centrale 144 <i>[cf. constat 4]</i> La Cour invite le Conseil d'Etat à entamer des discussions avec le Conseil administratif de la Ville de Genève afin qu'à moyen terme une solution informatique commune de SAE soit mise en place.	2	Direction générale de la santé	12.2012	
4.2.4	Organisation de la centrale 144 <i>cf. constat 5]</i> Un projet de contrat de collaboration entre la centrale 144 et les sociétés de services d'ambulances est à l'étude depuis 2010. La Cour recommande à la DGS d'œuvrer à l'avancement de ce projet de manière à ce que la situation contractuelle soit régularisée dans les meilleurs délais.	2	Direction générale de la santé	12.2012	

Réf.	Recommandation / Action	Mise en place (selon indications de l'audité)			
		Risque 4 = Très significatif 3 = Majeur 2= Modéré 1= Mineur	Responsable	Délai au	Fait le
4.3.4	<p>Planification du personnel et des moyens [cf. constat 1] Lorsque le nouveau système d'aide à l'engagement de la centrale 144 aura été mis en place (voir le chapitre 4.2), la Cour recommande au responsable de cette dernière :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de procéder au recensement exhaustif des « codes coyotes » ainsi que de leurs répercussions sur les délais de prise en charge des situations urgentes ; - d'effectuer une analyse mettant en évidence les interventions dont le délai d'intervention s'écarte sensiblement des délais préconisés par l'IAS et expliquant l'origine de ces écarts. <p>Sur la base de ces deux analyses, le responsable de la centrale 144 devrait proposer au médecin cantonal l'adaptation éventuelle des moyens existants : augmentation du nombre d'ambulances, modification du positionnement des bases de départ, etc. Le médecin cantonal devrait approuver formellement ces modifications et entreprendre les démarches auprès des différents partenaires publics et privés concernés afin d'assurer la mise en œuvre de ces moyens (recherche de financement, adaptation des contrats de collaboration existants, etc.)</p>	2	Responsable de la brigade sanitaire cantonale et Responsable de la centrale 144	12.2013	
4.3.4	<p>Planification du personnel et des moyens [cf. constat 2] Relativement aux événements majeurs, la Cour invite le responsable de la BSC à formaliser dans les meilleurs délais une analyse mettant en évidence les écarts entre les moyens et l'organisation existants et l'analyse des risques « Kataplan » ainsi que les directives de l'IAS concernant l'organisation des services sanitaires en cas d'accident majeur ou de catastrophe. Sur la base de cette analyse, le SMC devrait déterminer les éventuelles adaptations des moyens existants : moyens humains, matériels, modification de l'organisation, etc. Les propositions du SMC devraient être remontées à la délégation du Conseil d'Etat pour prise de position, afin notamment d'assurer une coordination avec les autres cellules du plan OSIRIS.</p>	2	Responsable de la brigade sanitaire cantonale	06.2014	

Réf.	Recommandation / Action	Mise en place (selon indications de l'audité)			
		Risque 4 = Très significatif 3 = Majeur 2= Modéré 1= Mineur	Responsable	Délai au	Fait le
4.3.4	<p>Planification du personnel et des moyens [cf. constat 3] Dans le cadre des discussions en cours au sein du groupe de travail entre les HUG et la REGA, la Cour encourage la direction des HUG à rechercher avec la REGA des stratégies de collaboration et de réduction de coûts par des synergies ou la mutualisation de certaines charges. La Cour relève qu'une variante de transfert de 100% de l'activité de l'hélicoptère à la REGA permettrait de répondre aux contraintes légales imposées à la base hélicoptère et potentiellement d'économiser environ 800'000 F par année (montant de la subvention versée par le DARES).</p>	2	Directeur du département d'exploitation des HUG	06.2013	
5.2.4	<p>Inspection des services publics et des sociétés privées d'ambulances [cf. constats 1 et 2] La problématique de l'existence d'autorisation d'exploiter sans contrat de collaboration avec la centrale 144 sera résolue une fois que des contrats de collaboration auront été signés avec l'ensemble des sociétés d'ambulances privées et publiques (voir la recommandation n° 6 du chapitre 4.2). La Cour recommande à la DGS de délivrer formellement au SIS une autorisation d'exploiter, après s'être assurée que celui-ci satisfasse aux dispositions légales en vigueur. Par ailleurs, il conviendra de mettre à jour les autorisations d'exploiter qui le nécessitent, notamment en cas de changements de médecins responsables.</p>	2	Direction générale de la santé	12.2012	
5.2.4	<p>Inspection des services publics et des sociétés privées d'ambulances [cf. constats 4 à 9] La Cour invite le SASU à identifier les divergences existant entre les contrôles prévus par la législation en vigueur (notamment les directives IAS sur la reconnaissance des services de sauvetage) et ceux prévus par le nouveau formulaire d'inspection des services d'ambulances. Sur cette base, il est invité à compléter le formulaire et/ou à justifier l'exclusion de certains points de contrôle. Ces exclusions, ainsi que le formulaire dans son ensemble, devraient être validés par une personne ou un groupe disposant d'une autorité médicale au sein du SMC.</p> <p>Afin de couvrir plus spécifiquement les risques identifiés en matière d'équipement, la Cour recommande la mise en œuvre des étapes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le SASU est invité à procéder à la mise à 	2	Direction générale de la santé	12.2012	

Réf.	Recommandation / Action	Mise en place (selon indications de l'audité)			
		Risque 4 = Très significatif 3 = Majeur 2= Modéré 1= Mineur	Responsable	Délai au	Fait le
	<p>jour de ses listes de matériel ambulancier avec la réglementation en vigueur (norme EN 1789/IAS). De manière plus spécifique pour les SMUR et la base hélicoptère :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ il devrait s'assurer de l'adéquation de ses listes avec les directives IAS concernant la construction et l'équipement de véhicules de sauvetage et avec la liste de matériel de la REGA ; ○ il devrait attribuer à chaque matériel un degré de « gravité » et définir les conséquences associées aux manquements à chacun de ces degrés (suspension, retrait de l'autorisation, etc.) <ul style="list-style-type: none"> - une personne ou un groupe disposant d'une autorité médicale au sein du SMC devrait procéder à la validation formelle des listes de matériel mentionnées précédemment. Les sociétés d'ambulances ainsi que la BSC ne devraient pas participer à la validation de ces listes ; - le SASU devrait procéder aux contrôles du matériel ambulancier en privilégiant les contrôles inopinés et en s'assurant que l'ensemble du matériel soit contrôlé au bout d'une période raisonnable ; - sur la base des listes de matériel validées par une autorité médicale au sein du SMC, le SASU devrait sanctionner systématiquement les sociétés d'ambulances ne répondant pas aux objectifs définis ; - à l'issue du contrôle, le SASU devrait tenir à jour un « tableau de bord » mentionnant par degré de « gravité » le nombre d'anomalies relevées par rapport au nombre total de points contrôlés et en assurer le suivi. Le chef du SASU devrait effectuer une revue formalisée de ce tableau de bord ainsi que des formulaires d'inspection. <p>À noter que les trois derniers points de cette recommandation sont également applicables aux contrôles qui seront menés dans le cadre du nouveau formulaire d'inspection (constat n°2).</p>				

Réf.	Recommandation / Action	Mise en place (selon indications de l'audité)			
		Risque 4 = Très significatif 3 = Majeur 2= Modéré 1= Mineur	Responsable	Délai au	Fait le
5.3.4	Analyse des fiches d'intervention pré-hospitalières (FIP) <i>[cf. constats 1 et 2]</i> La Cour recommande au SASU de mettre en place dans les meilleurs délais une solution informatique permettant de supprimer la double saisie des FIP. La nouvelle solution devrait permettre de saisir les FIP « en mobilité » (directement dans les ambulances) et proposer une interface avec les données de la centrale 144 afin de s'assurer de la correspondance et de la fiabilité des données.	2	Direction générale de la santé	12.2013	
5.3.4	Analyse des fiches d'intervention pré-hospitalières (FIP) <i>[cf. constat 3]</i> Une fois la première recommandation mise en œuvre, la Cour invite le SASU à utiliser les FIP de manière à identifier et à comprendre l'origine d'un certain nombre d'interventions ayant des caractéristiques potentiellement « anormales » : délais de réponse largement supérieurs à la moyenne, interventions « primaires 1 » sans signaux prioritaires, interventions « primaires 1 » qui n'ont pas fait l'objet d'une alarme par le 144, etc.	2	Direction générale de la santé	06.2014	
5.3.4	Analyse des fiches d'intervention pré-hospitalières (FIP) <i>[cf. constats 4 et 5]</i> La Cour relève que les modifications apportées en juin 2011 relativement à la législation sur la composition des équipages (notamment la possibilité pour un chauffeur avec une formation de base dans le domaine du sauvetage d'effectuer des transports de type « secondaire 3 ») devraient permettre d'améliorer « mécaniquement » les taux de conformité des équipages. Par ailleurs, en cours d'audit, le médecin cantonal a envoyé un courrier à l'ensemble des services d'ambulances du canton pour leur rappeler les exigences, les contrôles et les sanctions prévus en matière de composition d'équipage. Dès lors, la Cour recommande au SASU de sanctionner, lorsque nécessaire, les cas qui seraient contraires à la législation en matière de composition d'équipage et de droits de pratique.	2	Direction générale de la santé	01.2012	01.2012

Réf.	Recommandation / Action	Mise en place (selon indications de l'audité)			
		Risque 4 = Très significatif 3 = Majeur 2= Modéré 1= Mineur	Responsable	Délai au	Fait le
5.4.4	<p>Préavis sanitaires relatifs aux manifestations [cf. constat 1] La Cour recommande au SASU de mettre en place les contrôles appropriés afin de s'assurer que toute manifestation devant faire l'objet d'un préavis selon les directives en vigueur soit traitée de manière adéquate. Le SASU devrait notamment veiller aux points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - envoyer systématiquement des préavis négatifs ou « hors délais » lorsque certaines conditions ne sont pas remplies (absence d'un concept sanitaire, de droits de pratique conformes, etc.) ou que les informations ne sont pas arrivées à temps afin de pouvoir les traiter de manière appropriée ; - ne pas délivrer de préavis positif sans avoir au préalable demandé un avis médical à la BSC ; - justifier d'une éventuelle divergence entre le préavis émis par le SASU et l'avis médical de la BSC ; - documenter les contrôles effectués (relativement aux droits de pratique, etc.). <p>Une revue formalisée par le chef du SASU devrait être effectuée tout au long du processus afin de s'assurer du respect des points ci-dessus.</p>	2	Direction générale de la santé	12.2012	
5.4.4	<p>Préavis sanitaires relatifs aux manifestations [cf. constat 2] Compte tenu du volume de manifestations à traiter et des ressources actuellement disponibles au sein du SASU, la Cour invite ce dernier, en collaboration avec la BSC, à effectuer une analyse visant à identifier les catégories de manifestations les plus risquées nécessitant la mise en œuvre de contrôles <i>in situ</i>. Sur cette base, et selon une planification définie à l'avance, le SASU devrait procéder aux contrôles afin de s'assurer du respect du concept sanitaire prévu et adresser si nécessaire au SCOM une proposition de sanctions à adresser aux organisateurs. La sanction devrait <i>in fine</i> être prise par le SCOM sur la base du préavis de sanction du SASU.</p> <p>Par ailleurs, le SASU devrait tenir à jour une liste des contrôles effectués sur place et rédiger systématiquement un procès-verbal à l'issue des contrôles. Enfin, il devrait formaliser les contrôles effectués sur les évaluations de manifestation remises par les organisateurs et remonter de manière systématique ces informations à la BSC.</p>	2	Direction générale de la santé	12.2012	

Réf.	Recommandation / Action	Mise en place (selon indications de l'audité)			
		Risque 4 = Très significatif 3 = Majeur 2= Modéré 1= Mineur	Responsable	Délai au	Fait le
5.4.4	Préavis sanitaires relatifs aux manifestations [cf. constat 3] La Cour invite le SASU à améliorer sensiblement la qualité de la tenue de ses dossiers « papier » et de ses fichiers électroniques de suivi. En particulier, les documents suivants devraient être systématiquement présents dans les dossiers « papier » : demande de l'organisateur, concept sanitaire, avis médical de la BSC, préavis du SASU, bilan de la manifestation (si existant), procès-verbaux des éventuels contrôles effectués sur place par le SASU. Par ailleurs, il conviendrait de s'assurer de l'absence de documents « à double ».	2	Direction générale de la santé	12.2012	
5.4.4	Préavis sanitaires relatifs aux manifestations [cf. constat 4] La Cour recommande à la DGS d'établir un contrat de collaboration avec la BSC pour la délivrance des avis médicaux. Ce contrat devrait notamment prévoir de manière précise les prestations attendues de la part de la BSC ainsi que la rémunération y relative.	2	Direction générale de la santé	12.2012	

8. RECUEIL DES POINTS SOULEVÉS PAR LES AUTRES AUDITS PORTANT SUR LES MÊMES THÈMES

Observations et recommandations des audits portant sur les mêmes entités et/ou thématiques	Service d'audit interne des HUG Rapport d'audit n° 01/10	Position de la CDC par rapport à ces points et/ou actions recommandées par la CDC
<p>Missions supplémentaires, hors du cadre légal La législation prévoit que la centrale 144 établisse des statistiques mensuelles pour le médecin cantonal ainsi que des procédures de régulation et de contrôle qualité. Or, ces tâches sont effectuées de façon incomplète par manque de temps, notamment en raison de la charge de travail que représentent les activités complémentaires. L'afflux d'appels, voire le dépassement des possibilités de réponse est devenu récurrent. Cette situation engendre un climat de stress important exprimé par l'ensemble des régulateurs. Un afflux d'appels peut aboutir à des situations de « non-réponse » si les deux régulateurs en poste sont déjà en ligne, ou encore à un engagement inapproprié de moyens.</p>	N° 3.2	Observation également constatée par la CDC et reprise aux points 4.2.2 et 4.2.4 du présent rapport.
<p>Liens hiérarchiques et partenariats Les rattachements multiples de la centrale 144 (service de la DGS, situé physiquement dans les locaux de l'Etat, rattaché au service des urgences, etc.) contribuent à une complexité et à une lourdeur des prises de décision. L'organisation et le fonctionnement de la centrale ne sont pas considérés dans leur globalité. Les moyens de la centrale n'ont pas évolué depuis 2003 et les difficultés liées aux activités complémentaires demeurent. Il n'existe pas de planification sur l'évolution de l'activité et des ressources nécessaires. Le développement des équipements et logiciels informatiques est freiné par l'absence de convention entre les HUG et le CTI alors que l'obsolescence des outils actuels nécessite des projets urgents de remplacement.</p>	N° 4	Constat partiellement caduc suite à l'entrée en vigueur début 2012 d'un nouveau contrat de prestations entre la DGS et les HUG.
<p>Assurance qualité et reconnaissance IAS La centrale 144 est en cours de préparation de son dossier de reconnaissance IAS (interassociation de sauvetage). Cependant, en l'état actuel, elle ne répond pas aux normes exigées sur certains points :</p> <ul style="list-style-type: none"> - seulement cinq procédures sur vingt, d'aide à la régulation, sont utilisées - l'effectif actuel de la centrale ne permet pas d'instaurer de manière systématique les procédures d'aides aux gestes de secours - les heures de réécoute des appels, dans le cadre des contrôles qualité, sont effectuées dans le cadre d'heures supplémentaires et ont fortement été diminuées par rapport à 2008. Ceci pourrait aboutir à une dégradation de la qualité des prestations alors même que le contrôle de la qualité est une des missions légales de la Centrale 144. <p>Face à ce constat, le service d'audit interne des HUG recommande ainsi l'obtention de la reconnaissance IAS par la centrale 144 dans les objectifs à court terme.</p>	N° 5	CDC favorable à la recommandation du service d'audit interne des HUG.

Observations et recommandations des audits portant sur les mêmes entités et/ou thématiques	Service d'audit interne des HUG Rapport d'audit n° 01/10	Position de la CDC par rapport à ces points et/ou actions recommandées par la CDC
<p>Effectifs de la centrale 144</p> <p>Les responsabilités du poste « responsable opérationnel » de la centrale 144 ne sont pas clairement définies.</p> <p>Les périodes de surcharge de travail, dues à l'accroissement du nombre d'appels, sont de plus en plus nombreuses. Une telle activité a généré un nombre important d'heures supplémentaires effectuées par les régulateurs. Le montant des heures versées en 2008 était de 115'000 F et 80'000 F en 2009. Les régulateurs travaillent de façon de plus en plus fréquente dans des périodes de tension et de stress. Bien que compétents et soucieux de réaliser au mieux leur mission d'intérêt public, les régulateurs déplorent la gestion de certaines situations non conformes aux standards de qualité et de sécurité. Il y a donc un problème de fond de ressources qui ne sont pas suffisantes.</p> <p>La subvention annuelle versée par la DGS est identique depuis 2007 soit 1.7 million. Cette allocation ne couvre pas les charges effectives de la centrale et des déficits sont constatés chaque année. Ces déficits ont été financés par les HUG.</p> <p>Face à ces constats, un renforcement de l'équipe des régulateurs est fortement recommandé par l'audit.</p>	N° 7.1	CDC favorable à la recommandation du service d'audit interne des HUG.
<p>Outils et systèmes d'information</p> <p>Il n'existe pas de convention avec le CTI et les HUG sur le rôle et les responsabilités dans la gestion du parc informatique. Ceci a notamment pour conséquence une obsolescence du système actuel. Par ailleurs, l'utilisation du système GPS et la transmission des données ne sont toujours pas maîtrisées.</p> <p>Face à ces constats, le service d'audit interne des HUG précise que les marges d'amélioration concernent en premier lieu l'élaboration d'une convention de collaboration entre le CTI et les HUG. Une attention particulière sera consacrée à la réalisation du projet « GPS » du fait des retards et des problèmes actuels.</p>	N° 7.2	Observation également constatée par la CDC et reprise aux points 4.2.2 et 4.2.4 du présent rapport.

9. DIVERS

9.1. Glossaire des risques

Afin de définir une **typologie des risques pertinente aux institutions et entreprises soumises au contrôle de la Cour des comptes**, celle-ci s'est référée à la littérature économique récente en matière de gestion des risques et de système de contrôle interne, relative tant aux entreprises privées qu'au secteur public. En outre, aux fins de cohésion terminologique pour les entités auditées, la Cour s'est également inspirée du « Manuel du contrôle interne, partie I » de l'Etat de Genève (version du 13 décembre 2006).

Dans un contexte économique, le **risque** représente la « possibilité qu'un événement survienne et nuise à l'atteinte d'objectifs ». Ainsi, la Cour a identifié trois catégories de risques majeurs, à savoir ceux liés aux objectifs **opérationnels** (1), ceux liés aux objectifs **financiers** (2) et ceux liés aux objectifs de **conformité** (3).

1) Les risques liés aux objectifs opérationnels relèvent de constatations qui touchent à la structure, à l'organisation et au fonctionnement de l'Etat et de ses services ou entités, et dont les conséquences peuvent avoir une incidence notable sur la qualité des prestations fournies, sur l'activité courante, voire sur la poursuite de son activité.

Exemples :

- engagement de personnel dont les compétences ne sont pas en adéquation avec le cahier des charges ;
- mauvaise rédaction du cahier des charges débouchant sur l'engagement de personnel;
- mesures de protection des données entrantes et sortantes insuffisantes débouchant sur leur utilisation par des personnes non autorisées ;
- mauvaise organisation de la conservation et de l'entretien du parc informatique, absence de contrat de maintenance (pannes), dépendances critiques ;
- accident, pollution, risques environnementaux.

2) Les risques liés aux objectifs financiers relèvent de constatations qui touchent aux flux financiers gérés par l'Etat et ses services et dont les conséquences peuvent avoir une incidence significative sur les comptes, sur la qualité de l'information financière, sur le patrimoine de l'entité ainsi que sur la collecte des recettes, le volume des charges et des investissements ou le volume et coût de financement.

Exemples :

- insuffisance de couverture d'assurance entraînant un décaissement de l'Etat en cas de survenance du risque mal couvert ;
- sous-dimensionnement d'un projet, surestimation de sa rentabilité entraînant l'approbation du projet.

3) Les risques liés aux objectifs de conformité (« compliance ») relèvent de constatations qui touchent au non-respect des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou tout autre document de référence auquel l'entité est soumise et dont les conséquences peuvent avoir une incidence sur le plan juridique, financier ou opérationnel.

Exemples :

- dépassement de crédit d'investissement sans information aux instances prévues ;
- tenue de comptabilité et présentation des états financiers hors du cadre légal prescrit (comptabilité d'encaissement au lieu de comptabilité d'engagement, non-respect de normes comptables, etc.) ;
- absence de tenue d'un registre des actifs immobilisés ;
- paiement de factures sans les approbations requises, acquisition de matériel sans appliquer les procédures habituelles ;

À ces trois risques majeurs peuvent s'ajouter trois autres risques spécifiques qui sont les risques de **contrôle** (4), de **fraude** (5) et **d'image** (6).

4) Le risque de contrôle relève de constatations qui touchent à une utilisation inadéquate ou à l'absence de procédures et de documents de supervision et de contrôle ainsi que de fixation d'objectifs. Ses conséquences peuvent avoir une incidence sur la réalisation des objectifs opérationnels, financiers et de conformité.

Exemples :

- absence de tableau de bord débouchant sur la consommation des moyens disponibles sans s'en apercevoir ;
- procédures de contrôle interne non appliquées débouchant sur des actions qui n'auraient pas dû être entreprises ;
- absence de décision, d'action, de sanction débouchant sur une paralysie ou des prestations de moindre qualité.

5) Le risque de fraude relève de constatations qui touchent aux vols, aux détournements, aux abus de confiance ou à la corruption. Ses conséquences peuvent avoir une incidence sur la réalisation des objectifs opérationnels, financiers et de conformité.

Exemples :

- organisation mise en place ne permettant pas de détecter le vol d'argent ou de marchandises ;
- création d'emplois fictifs ;
- adjudications arbitraires liées à l'octroi d'avantages ou à des liens d'intérêt ;
- présentation d'informations financières sciemment erronées, par exemple sous-estimer les pertes, surestimer les recettes ou ignorer et ne pas signaler les dépassements de budget, en vue de maintenir ou obtenir des avantages personnels, dont le salaire.

6) Le risque d'image (également connu sous « risque de réputation ») relève de constatations qui touchent à la capacité de l'Etat et de ses services ou entités à être crédible et à mobiliser des ressources financières, humaines ou sociales. Ses conséquences peuvent avoir une incidence sur la réalisation des objectifs opérationnels, financiers et de conformité.

Exemples :

- absence de contrôle sur les bénéficiaires de prestations de l'Etat ;
- bonne ou mauvaise réputation des acheteurs et impact sur les prix,
- porter à la connaissance du public la mauvaise utilisation de fonds entraînant la possible réduction ou la suppression de subventions et donations.

9.2. Remerciements

La Cour remercie l'ensemble des collaborateurs qui lui ont consacré du temps.

L'audit a été terminé le 7 février 2012. Le rapport complet a été transmis le 17 février 2012 dont les observations remises le 2 mars 2012 ont été dûment reproduites dans le rapport.

La synthèse a été rédigée après réception des observations des entités auditées.

Genève, le 23 mars 2012

Stanislas Zuin
Président

Myriam Nicolazzi
Magistrat suppléant

Stéphane Geiger
Magistrat titulaire

Daniel Devaud
Magistrat titulaire



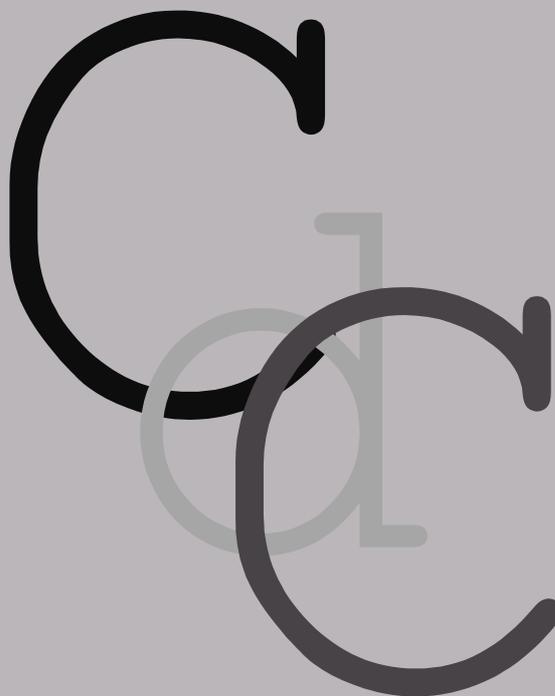
Vous pouvez participer à l'amélioration de la gestion de l'Etat en contactant la Cour des comptes.

Toute personne, de même que les entités soumises à son contrôle, peuvent communiquer à la Cour des comptes des faits ou des pratiques qui pourraient être utiles à l'accomplissement de ses tâches.

La Cour des comptes garantit l'anonymat des personnes qui lui transmettent des informations, mais n'accepte pas de communication anonyme.

Vous pouvez contacter la Cour des comptes par téléphone, courrier postal, fax ou courrier électronique.

Cour des comptes - 8 rue du XXXI-Décembre - CP 3159 - 1211 Genève 3
tél. 022 388 77 90 - fax 022 388 77 99
<http://www.ge.ch/cdc>



Cour des comptes - 8 rue du XXXI-Décembre - CP 3159 - 1211 Genève 3
tél. 022 388 77 90 - fax 022 388 77 99
<http://www.ge.ch/cdc>