



Inspection générale
des affaires sociales

Inspection générale
de l'administration

Evaluation de la mise en œuvre du référentiel du secours d'urgence à personne et de l'aide médicale urgente et propositions d'évolutions

RAPPORT

Établi par

Anne-Carole BENSADON

Pierre BOURGEOIS

Daniel LENOIR

Amélie PUCCINELLI

Nicolas PAULIAC

Membres de l'Inspection générale
de l'administration

Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales

Avec la participation d'Anna MARTINS,
stagiaire à l'IGAS

SYNTHÈSE

Le service public français de prise en charge des appels d'urgence, construit au fil du temps et sans conception d'ensemble, est caractérisé par une répartition de compétences entre quatre grands services aux identités fortes et reconnues : gendarmerie, police, service d'aide médicale urgente (SAMU) et service départemental d'incendie et de secours (SDIS). Ces services d'urgence interviennent dans un cadre juridique fragmenté qui distingue des interventions relevant du champ de la police administrative (police, gendarmerie et SDIS), et plus particulièrement de l'obligation de secours, de celles relevant du service public de santé (SAMU). Elle se matérialise au quotidien par l'acheminement des appels d'urgence de la population vers différents numéros : le 15 (SAMU), le 17 (police ou gendarmerie en fonction de leurs zones respectives de compétence), le 18 (SDIS) auquel s'est surajouté le 112 européen (le plus souvent décroché par les sapeurs-pompiers). Pour tous ces acteurs et pour les usagers, le délai de traitement des appels et l'adéquation de la réponse aux besoins, dans un souci d'efficacité, constituent des objectifs partagés. Dans ce contexte, le traitement de l'information et la coordination entre les acteurs pour offrir une réponse de qualité constituent des enjeux majeurs. Cela explique que les systèmes d'information de chacun d'entre eux, leur interopérabilité et surtout leur nécessaire modernisation, fassent l'objet d'une attention soutenue, bien que récente, par les pouvoirs publics.

Cet effort de modernisation et de coordination, encore inachevé, est rendu d'autant plus nécessaire que le système de secours et de soins d'urgence fait l'objet d'une sollicitation croissante, voire d'une « sur-sollicitation ». Celle-ci se traduit par une forte hausse des appels d'urgence et des interventions alors que la réponse à l'urgence doit intégrer une nouvelle donne sociétale (vieillesse de la population, demande de soins non programmés, notamment) et des risques accrus (attentats, hausse des événements météorologiques extrêmes, etc.). En découlent des inquiétudes, largement partagées par l'ensemble des acteurs interrogés par la mission, sur la soutenabilité du système actuel à court-moyen terme en l'absence d'actions correctives.

S'agissant spécifiquement des SAMU et SDIS, la coordination se place depuis dix ans dans le cadre d'un référentiel SAP/AMU, co-construit par les acteurs en 2008 sous l'égide du ministère de l'intérieur et du ministère de la santé. La mission dresse un bilan très mitigé de l'application de ce référentiel. Depuis 2014, date de la précédente évaluation, des progrès notables ne sont intervenus que dans un nombre limité de domaines (conventionnement entre SDIS et SAMU, utilisation des infirmiers sapeurs-pompiers) tandis que les autres points de crispations relevés à l'époque par l'IGA et l'IGAS se sont aggravés et que de nouvelles difficultés sont apparues. Elles se concentrent aujourd'hui sur la question des carences ambulancières (transport sanitaire réalisé par le SDIS à la demande du SAMU faute d'ambulance disponible) et, dans une moindre mesure, des appuis logistiques. La forte hausse des carences ambulancières et le risque afférent en termes de dégradation de la couverture opérationnelle du territoire par les sapeurs-pompiers contribuent à accroître les tensions entre institutions. En outre, la question de l'indemnisation d'interventions réalisées par les sapeurs-pompiers pour le compte du SAMU/SMUR et qualifiées en « appui logistique » (transport médicalisé notamment) pose encore problème. L'étape, certes positive, constituée par le référentiel de 2008 et le mode de pilotage actuel atteignent aujourd'hui leurs limites. Comme le proposait déjà le rapport IGAS-IGA de 2014 en cas de non-résolution des points de crispation, la mission plaide pour la désignation d'un délégué interministériel aux secours et soins d'urgence qui sera notamment en charge d'impulser un nécessaire travail de réactualisation du référentiel.

Au-delà de cette approche générale, la mission considère que des mesures fortes sont nécessaires pour lever les principales difficultés dans la relation SDIS-SAMU. Cela passe aussi par un mode de pilotage renforcé, que ce soit au niveau local ou niveau national, et par de meilleures modalités d'échanges d'information entre deux services d'urgence qui partagent une mission commune. Pour consolider structurellement le système de secours et de soins d'urgence au bénéfice de la population, la mission estime qu'il convient de conforter les départs réflexes des VSAV (ambulances des SDIS) comme éléments essentiels du dispositif sous réserve qu'ils soient déclenchés, grâce à des arbres décisionnels élaborés sous l'égide de la Haute Autorité de santé (HAS), selon des modalités beaucoup plus robustes, de manière notamment à limiter le caractère inflationniste du système actuel et à garantir une bonne coordination des interventions des SDIS et des SAMU.

Ces arbres décisionnels, assortis d'une clarification de l'étendue des missions propres du SDIS, permettront de mieux définir la ligne de démarcation entre les interventions qui relèvent des sapeurs-pompiers et celles qui relèvent des transports sanitaires privés. Ces derniers doivent, en tout état de cause, être réengagés dans l'urgence pré-hospitalière grâce à une refonte du modèle économique de ce segment. A court terme, plusieurs mesures d'ordre organisationnel pourraient réduire l'incidence opérationnelle des carences ambulancières pour les SDIS. Sur le sujet des appuis logistiques, devenu source de contentieux entre certains SDIS et SAMU, une clarification réglementaire s'impose pour reconnaître, tout en les encadrant, les soutiens qu'apportent ponctuellement les SDIS au fonctionnement des lignes SMUR. Si l'enjeu est bien de réduire les missions « indues » pour les SDIS, ainsi que la durée d'attente des équipages dans les services d'urgence, ces derniers ont vocation en revanche à remplir pleinement leur mission de « protection des personnes », qui inclut notamment l'acheminement des personnes prises en charge dans le cadre d'un départ réflexe VSAV vers les établissements de santé ou encore le relevage des personnes ayant fait une chute à domicile, en y associant d'autres acteurs (services départementaux et établissements médico-sociaux notamment) lorsque le contexte le justifie.

Dans un contexte où la ressource médicale comme secouriste se fait plus contrainte, la mission considère qu'il convient de veiller à l'efficacité du système dans son ensemble. C'est pourquoi elle plaide pour que la réponse paramédicale soit confortée et même développée, sous l'autorité du médecin régulateur du SAMU. Le renforcement d'une démarche qualité au sein de chacune des institutions mais également transversale, de façon à appréhender le parcours de l'appelant dans sa globalité et à apporter les améliorations nécessaires, constitue une priorité. Cette mise en œuvre nécessite l'engagement de tous, y compris des usagers qui doivent être à même de comprendre quels intervenants mobiliser en fonction des situations. Cela suppose un système plus lisible et une réelle communication à destination du grand public sur les différents dispositifs.

Dans cette optique d'amélioration du service rendu à la population, la mission a examiné quatre scénarios d'évolution de la réception et du traitement des appels d'urgence. Pour cela, elle a cherché à définir quelles peuvent être les attentes légitimes de la population en termes de modernisation et d'efficacité au regard des usages actuels et de l'expérience de nos partenaires européens. Il existe, dans la plupart des pays européens des numéros qui, sans être toujours reconnus comme numéros d'urgence au sens strict, peuvent répondre à des urgences ou encore des numéros permettant de répondre à des appels non-urgents à destination notamment des services médicaux (116 117 par exemple). Sur ces points, la situation en France n'apparaît pas spécifique. Toutefois, la culture d'un ou deux numéros mobilisables en cas d'urgence n'est pas acquise en France, à la différence d'autres pays européens où la population a bien intégrée quel numéro permet de déclencher très rapidement des moyens de secours. La situation actuelle n'est donc pas satisfaisante tant des confusions perdurent sur le bon usage des numéros existants. De surcroît, la

comparaison européenne montre que la France a également pris du retard dans l'effort de modernisation de son système de réponse aux urgences de toutes natures.

A cette lumière, la mission estime que tous les scénarios ne permettent pas d'envisager une véritable amélioration du service rendu à la population. Elle considère que les deux scénarios dits « intermédiaires » ne sont pas adaptés aux enjeux voire présentent des risques. Le premier est celui consistant à mettre en place de manière concomitante un numéro « secours » (fusion du 17 et du 18) et d'un « numéro unique santé » qui cloisonnerait les organisations sans répondre à la nécessité de simplification et tout en risquant de dégrader la réponse aux urgences vitales. Le second scénario qui ne paraît pas non plus opportun est celui d'une fusion du 15 et du 18 au sein du 112 par la généralisation des plateformes communes SDIS/SAMU. La mission dresse un bilan globalement positif de ces plateformes qui ont montré dans certains départements leur intérêt en termes de coordination des services. Toutefois, les spécificités départementales doivent être prises en compte et la nécessité de mutualisation des ressources en urgentistes au sein d'un établissement de santé explique la forte réticence du monde de la santé à une généralisation. Ce développement systématique conduirait à de forts points de crispation quant au lieu retenu pour la localisation de la plateforme avec un risque d'effet contre-productif, dès lors que cette démarche serait imposée contrairement à ce qui s'est passé pour les plateformes actuelles, sur la bonne coopération entre les services. La généralisation des plateformes communes SDIS/SAMU présenterait enfin des limites en termes d'efficacité tout en rendant difficile toute intégration, même à terme, du 17 dans le 112 alors que celle-ci apparaît souhaitable à la mission.

Dès lors, la mission considère que le scénario du maintien des numéros existants (15, 17 et 18) est compatible avec une amélioration du service rendu à condition, grâce à un pilotage resserré des secours et soins d'urgence, d'apaiser durablement les relations entre les SDIS et SAMU, de garantir une réponse homogène aux urgences vitales sur le territoire quel que soit le numéro composé et de mener à son terme un effort de modernisation des systèmes d'information qui est aujourd'hui engagé sur des bases fragiles.

L'autre scénario d'amélioration du service rendu et d'accroissement de l'accessibilité et de l'efficacité global de ces services de réponse aux appels d'urgence est celui s'inspirant des expériences européennes de mise en place d'un numéro unique des urgences (le 112 remplaçant le 15, le 17 et le 18) adossé à des plateformes supra-régionales pour la réception des appels et leur transmission au service compétent. Celui-ci pourrait être un puissant vecteur de simplification et permettrait de tirer pleinement partie de toutes les potentialités du numérique tout en mobilisant l'ensemble des services d'urgence autour d'un projet commun. Dans cette hypothèse, la voie la plus adaptée consisterait à mettre en place des plateformes 112, portées par une agence (établissement public) associant l'ensemble des parties prenantes (Etat, collectivités, Assurance-maladie), pour réceptionner les appels, les trier, déclencher les départs réflexes du SDIS dans des circonstances particulières de l'urgence à définir (sans quoi le service rendu à la population, en termes de rapidité d'intervention des moyens secouristes lorsqu'une situation le justifie, risquerait de se dégrader fortement), et transmettre les appels au service compétent. Un tel chantier serait respectueux des spécificités métiers de chaque service et n'entraverait pas, au contraire, leur nécessaire réorganisation. Cependant, la mise en place du 112 comme numéro unique ne paraît pas envisageable avant 2022, l'atteinte de cette cible étant déjà ambitieuse : sous réserve de la prise en compte d'hypothèses de coûts prudentes (compte tenu des incertitudes autour des hypothèses sous-jacentes concernant l'évolution de la volumétrie des appels d'urgence), elle est conditionnée à un volontarisme particulièrement fort, à une organisation efficace pour la conduite de projet, qui rend plus nécessaire encore la mise en place d'une gouvernance spécifique à la coordination de la réponse aux urgences de toutes natures reposant sur l'action d'un délégué interministériel.

Quel que soit l'hypothèse finalement retenue pour l'évolution des numéros d'urgence, la mission considère que l'amélioration du service rendu à la population et de l'efficacité du système de prise en charge des urgences passe par un certain nombre de facteurs clés de succès communs aux différents scénarios (réduction des carences ambulancières, développement de la réponse paramédicale, clarification des missions de chaque acteur, amélioration de la connaissance des numéros d'urgence, interopérabilité du système d'information, etc.).

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	3
SOMMAIRE	7
RAPPORT	9
1 ALORS QUE LEUR COORDINATION RESTE INACHEVÉE, LA FORTE CROISSANCE DES SOLLICITATIONS ADRESSÉES À L'ENSEMBLE DES SERVICES D'URGENCE MET SOUS TENSION LE SYSTÈME ACTUEL	11
1.1 Juridiquement sédimentée, la réponse aux urgences a fait l'objet d'un effort de coordination limité entre quatre grands services aux identités fortes	11
1.1.1 Le cadre juridique dans lequel interviennent les services d'urgence varie suivant qu'ils se placent dans le champ de l'obligation de secours ou du service public de la santé.....	11
1.1.2 Cette sédimentation juridique entre les quatre grands services d'urgence se matérialise au quotidien par l'acheminement des appels de la population vers différents numéros	14
1.1.3 Les quatre grands services d'urgence présentent des identités fortes et reconnues même si elles ne sont pas spontanément propices à la coordination.....	16
1.1.4 L'effort de modernisation des systèmes d'information, historiquement fragmentés, est tardif et peu coordonné.....	19
1.2 La population française sollicite les services d'urgence de manière croissante, ce qui place le système de secours et de soins d'urgence sous tension.....	23
1.2.1 Le nombre d'appels aux services d'urgence, déjà élevé, a connu une croissance soutenue au cours des dernières années.....	23
1.2.2 La sollicitation des services a également connu une croissance soutenue.....	25
1.2.3 Cette hausse de la sollicitation place le système de secours et de soins d'urgence sous tension.....	25
1.2.4 Cette hausse des sollicitations s'installe alors que la réponse à l'urgence doit intégrer une nouvelle donne sociétale et de nouveaux risques.....	29
2 LE BILAN TRÈS MITIGÉ DE L'APPLICATION DU RÉFÉRENTIEL DE 2008 IMPLIQUE DES MESURES FORTES POUR LEVER LES PRINCIPALES DIFFICULTÉS DANS LA RELATION SDIS-SAMU.....	30
2.1 Le bilan de l'application du référentiel de 2008 est globalement très mitigé.....	30
2.2 Des mesures fortes sont nécessaires pour lever les principales difficultés dans la relation SDIS-SAMU	32
2.2.1 L'organisation de la relation entre SAMU et SDIS doit être améliorée dans toutes ses dimensions...	33
2.2.2 Éléments essentiels du dispositif, les départs réflexes de VSAV doivent être déclenchés selon des modalités plus robustes.....	38

2.2.3	Les carences ambulancières cristallisent les tensions entre SDIS et SAMU et menacent objectivement la soutenabilité du système actuel de secours d'urgence.....	42
2.2.4	Bien qu'encore localisé, le sujet des appuis logistiques est devenu une source de contentieux entre SDIS et SAMU d'où la nécessité d'une clarification réglementaire.....	55
2.2.5	Les autres aspects de la réponse opérationnelle	60
2.2.6	La place de la réponse paramédicale dans les secours et soins d'urgence doit être confortée et développée.....	63
2.2.7	Après dix ans d'application, la démarche qualité est le parent pauvre du référentiel.....	65
2.2.8	La gestion de crise est devenu un enjeu essentiel de la coordination des différents services d'urgence.....	66
3	MAINTIEN DES NUMÉROS D'URGENCE EXISTANTS OU NUMÉRO UNIQUE : L'AMÉLIORATION DU SERVICE RENDU À LA POPULATION PASSERA DANS TOUS LES CAS PAR UN RÉEL EFFORT DE MODERNISATION ET UN PILOTAGE RESSERRÉ	68
3.1	Le système actuel de réception et de traitement des appels d'urgence doit évoluer pour mieux répondre aux attentes de la population en termes de modernisation et d'efficience.....	68
3.1.1	L'existence de plusieurs numéros d'urgence n'est pas une spécificité française mais des confusions perdurent sur leur bon usage.....	69
3.1.2	Certaines tendances à l'œuvre dans les autres pays européens font ressortir que la France a pris du retard dans la modernisation de la réception et le traitement des appels d'urgence.....	71
3.2	Tous les scénarios ne permettent pas d'envisager une véritable amélioration du service rendu à la population	72
3.2.1	Scénario 1 : un réel effort de modernisation technique et organisationnelle est compatible avec le maintien des numéros existants (15, 17, 18 et 112)	72
3.2.2	Scénario 2 : la mise en place concomitante d'un numéro « secours » (fusion du 17 et du 18), et d'un « numéro unique santé » soulève d'importantes difficultés.....	75
3.2.3	Scénario 3 : une fusion du 15 et du 18 dans le 112 par généralisation des plateformes communes présente des limites en termes d'efficience avec un risque d'effet contre-productif sur la coopération inter-services.....	79
3.2.4	Scénario 4 : sous certaines conditions, un numéro unique des urgences (le 112 remplace le 15, le 17 et le 18) peut être un puissant accélérateur de la modernisation mais sa mise en place implique un volontarisme fort.....	83
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	105
	LETTRE DE MISSION.....	109
	LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES	111
	SIGLES UTILISÉS.....	113

RAPPORT

Par lettre en date du 5 janvier 2018, le ministre d'État, ministre de l'intérieur et la ministre des solidarités et de la santé ont saisi conjointement le chef du service de l'IGA et la cheffe de service de l'IGAS d'une mission d'évaluation de la mise en œuvre du référentiel du secours d'urgence à la personne (SAP) et de l'aide médicale urgente (AMU) conduisant à des propositions d'évolution dans ce domaine. Ce thème, qui avait donné lieu à une première mission conjointe d'évaluation en 2014¹, a été élargi aux questions des plateformes communes de réception des appels d'urgence et, plus globalement, aux conditions de mise en place d'un système moderne et novateur de prise en charge des appels d'urgence dans le respect des cultures propres à chaque service.

Cette mission fait suite aux déclarations du président de la République qui, dans son discours du 6 octobre 2017 de remerciement aux forces mobilisées sur les feux de forêts et ouragans, a appelé de ses vœux une simplification de la réception des appels d'urgence, faisant explicitement référence à la perspective de plateformes communes de réception des appels d'urgence et à un numéro unique² susceptible de concerner l'ensemble des services d'urgence, y compris, la police, la gendarmerie, l'urgence sociale et les urgences spécifiques.

Pour mener à bien ses travaux, la mission s'est appuyée sur une consultation des acteurs impliqués dans les secours et soins d'urgence et dans la réception et le traitement des appels d'urgence. Elle a conduit plus de 50 auditions au niveau national et exploité des questionnaires adressés aux parties prenantes (préfets, directeurs généraux des ARS, présidents de conseil départemental, SAMU et SDIS) avec des taux de réponse particulièrement élevés s'agissant des SAMU (85%) et SDIS (92%). Elle s'est également rendue pour des visites de terrain dans 19 départements³ qui ont été choisis pour représenter la variété des situations locales, au regard notamment de l'existence ou non d'une plateforme commune 15-18. La mission a veillé à intégrer des départements à dominante urbaine comme à dominante rurale ainsi que des départements littoraux et de montagne. Elle y a rencontré à chaque fois l'autorité préfectorale, les représentants de l'ARS et a visité les SAMU et les SDIS. Elle y a également rencontré, autant que possible, les responsables de la police et de la gendarmerie, ainsi que les représentants des transporteurs sanitaires privés.

Les travaux de la mission ont mis en évidence une forte attente de l'ensemble des acteurs, tous conscients que le statu quo n'est plus tenable.

¹ Rapport IGAS/IGA « Evaluation de l'application du référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente », Jean-François BENEVEISE, Sophie DELAPORTE, Maximilien BECQ-GIRAUDON, juin 2014.

² « Ce quinquennat doit être aussi l'occasion avec ce même objectif, de mettre en place des plates-formes uniques de réception des appels d'urgence. Aux Etats-Unis, il suffit de faire le 911 ; en Europe et tout particulièrement en France, c'est beaucoup plus compliqué. Au moment de la mise en place en l'an 2000 au niveau européen du numéro d'appel d'urgence unique 112, de nombreux Etats européens ont réorganisé leur numéro d'appel comme l'Espagne, le Portugal, le Luxembourg, la Finlande ou la Suède, souvent pour n'en conserver qu'un seul ; mais la France a conservé le 15, le 17, le 18 et elle a rajouté le 112 et le 115. Nous n'avons pas alors saisi tout le potentiel et l'opportunité offerte par cette réforme pour nos concitoyens mais nous avons besoin d'une plateforme commune, de simplifier les choses et d'avoir une plateforme commune de réception des appels beaucoup plus simple – des innovations ont été faites sur certains territoires, des centres commun ont émergé dans une quinzaine de départements, je souhaite que nous puissions aller plus loin, simplifier les choses pour qu'un meilleur service, une plus grande simplification, ces réflexes du quotidien soient pleinement adoptés ».

³ Ain, Ardèche, Bas-Rhin, Cher, Doubs, Drôme, Essonne, Gard, Haute-Marne, Haute-Savoie, Hérault, Indre-et-Loire, Nièvre, Nord, Paris, Rhône, Savoie, Vaucluse, Vosges.

Par ailleurs, la mission a fait réaliser deux sondages avec l'appui du Service d'information du Gouvernement (SIG) pour obtenir des indications sur la bonne connaissance des numéros d'urgence dans la population.

Enfin, la mission a effectué une comparaison européenne des différents modèles de réception et de traitement des appels d'urgence, avec une attention particulière sur les pays ayant retenu le 112 comme numéro unique : elle s'est rendue en Belgique, aux Pays-Bas, en Suède, en Norvège et au Portugal et elle a adressé des questionnaires aux conseillers des affaires sociales auprès de nos ambassades dans 7 pays.

Le présent rapport commence par dresser un tableau d'ensemble du modèle français de réception et de traitement des appels d'urgence. L'accent est mis sur le caractère inachevé de la coordination entre les différents services d'urgence, sur la forte croissance des sollicitations qui leur sont adressées et sur les interrogations qui en découlent quant à la soutenabilité du système actuel.

La mission aborde ensuite plus spécifiquement les relations SDIS-SAMU dans le cadre de l'évaluation de la mise en œuvre du référentiel SAP-AMU. Les relations entre les SDIS et les SAMU s'inscrivent en effet depuis 2008 dans le cadre d'un référentiel quadripartite qui a fait l'objet d'un premier bilan d'application par l'IGAS et l'IGA en 2014. La mission inter-inspections avait alors mis l'accent sur des difficultés persistantes dans la relation entre les SDIS et les SAMU, ce qui a conduit à l'adoption d'une feuille de route Santé-Intérieur⁴. Cependant, la période récente a été marquée, tout du moins au niveau national, par un regain de tensions entre SDIS et SAMU dans un contexte de forte croissance de l'activité.

La mission souligne que la qualité du service rendu à la population pour répondre à des situations de détresse dans les années à venir dépendra avant tout, et quel que soit le scénario d'évolution des numéros d'urgence retenu, des améliorations apportées au cadre d'intervention des secours d'urgence. La nécessité d'une mise à jour du référentiel se pose avec une acuité particulière dans un contexte où la soutenabilité du modèle actuel est compromise à court-moyen terme (croissance de la sollicitation opérationnelle, tensions sur le volontariat dans la sécurité civile notamment).

Enfin, la mission présente différents scénarios d'évolutions pour la réception et le traitement des appels d'urgence en s'appuyant sur l'expérience de nos partenaires européens. Elle s'attache à éclairer, de manière synthétique, les principaux avantages et inconvénients associés à chacun de ces scénarios, d'une part, et les conditions de mise en œuvre des hypothèses qui apparaissent les plus pertinentes, d'autre part.

La mission se place, pour l'ensemble des scénarios présentés, dans le respect du champ de compétence et des spécificités métiers de chaque structure. Aussi, la régulation systématique de tous les appels relevant aujourd'hui du secours à personne (SAP) et de l'aide médicale urgente (AMU) reste posée comme principe.

Par ailleurs, la présente analyse se concentre sur les principaux numéros d'appel d'urgence, le 15 pour le Service d'aide médicale urgente (SAMU), le 17 pour la police-secours, le 18 pour les Services d'incendie et de secours (SDIS) et le 112 (numéro européen d'appel des urgences), et les numéros « connexes » (notamment le 116-117, numéro unique pour la médecine de garde).

⁴ Circulaire interministérielle N° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente.

L'opportunité de simplifier d'autres numéros d'urgence au sens de l'Autorité de régulation des communications électroniques et des postes (ARCEP) est abordée mais n'est pas centrale à l'analyse compte-tenu de la volumétrie relativement marginale des appels, à l'exception notable du 115.

1 ALORS QUE LEUR COORDINATION RESTE INACHEVÉE, LA FORTE CROISSANCE DES SOLLICITATIONS ADRESSÉES À L'ENSEMBLE DES SERVICES D'URGENCE MET SOUS TENSION LE SYSTÈME ACTUEL

La mission s'est tout particulièrement intéressée au secours à personne et à l'aide médicale urgente. Elle a toutefois veillé à intégrer la sécurité publique à ses réflexions qui portent sur les pistes d'évolution de la réception et du traitement des appels d'urgence, ce qui recouvre à titre principal le SAMU, le SDIS tout autant que la police et la gendarmerie.

1.1 Juridiquement sédimentée, la réponse aux urgences a fait l'objet d'un effort de coordination limité entre quatre grands services aux identités fortes

Le traitement des urgences en France se caractérise par l'existence de trois numéros historiques (15, 17, 18) correspondant au domaine d'intervention de quatre grands services qui disposent chacun de missions propres et de cultures professionnelles spécifiques. La mise en place du 112, numéro européen pour les appels d'urgences, est venue se surajouter au dispositif. Pour tous ces acteurs et pour les usagers, le traitement de l'information et la coordination constituent des enjeux majeurs, ce qui explique que les systèmes d'information de chacun d'entre eux, leur interopérabilité et surtout leur nécessaire modernisation, fassent l'objet d'une attention soutenue par les pouvoirs publics.

1.1.1 Le cadre juridique dans lequel interviennent les services d'urgence varie suivant qu'ils se placent dans le champ de l'obligation de secours ou du service public de la santé

1.1.1.1 Police, gendarmerie et sapeurs-pompiers inscrivent leur action dans le cadre d'une obligation de secours partagée

Elément fondateur du contrat social, découlant notamment du droit à la sureté (article 2 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen), l'obligation de secours relève de la police administrative et de la responsabilité de l'État⁵ et de l'ensemble des pouvoirs publics, que ce secours soit assuré par les forces de sécurité (avec la police-secours créé en 1928) ou par les services d'incendie (devenus services d'incendie et de secours). Pour la police et la gendarmerie, elle découle de leur mission générale de protection des personnes et des biens inscrite dans le Code

⁵ L'article L. 111-1 du code de la sécurité intérieure dispose que : « L'Etat a le devoir d'assurer la sécurité en veillant, sur l'ensemble du territoire de la République, à la défense des institutions et des intérêts nationaux, au respect des lois, au maintien de la paix et de l'ordre publics, à la protection des personnes et des biens. »

de la sécurité intérieure (CSI)⁶. Pour les sapeurs-pompiers, les missions de secours sont inscrites dans le code des collectivités locales et territoriales (CGCT) et dépassent le seul aspect de la protection et de la lutte contre les incendies⁷.

Si l'obligation de secours pèse d'abord sur l'Etat, elle s'exerce en partenariat avec d'autres autorités :

- Les maires qui disposent d'un pouvoir de police de droit commun, compétence propre qui leur impose de prendre toutes les mesures de prévention et d'organisation nécessaires à l'ordre public (tranquillité, sécurité, salubrité). C'est notamment dans ce cadre que les communes ont largement développé depuis le début des années 1980 des polices municipales⁸ ;
- Dans le domaine de la sécurité civile, la place des collectivités territoriales est historiquement plus importante encore. Relevant initialement des communes, les services d'incendie et de secours sont placés depuis 1996 dans un cadre départemental, le président du conseil départemental pouvant aujourd'hui en assurer de droit la présidence (à l'exception de Paris et petite couronne et de Marseille). Pour autant, la responsabilité de l'Etat reste essentielle au plan opérationnel et se manifeste à travers les compétences du préfet et l'expression de la solidarité nationale pour les sinistres spécifiques ou de grande ampleur⁹. La loi de modernisation de la sécurité civile d'août 2004 consacre la place d'autres acteurs, notamment associatifs, et celle du citoyen lui-même en affirmant que « la sécurité civile est l'affaire de tous ».

Le principe de gratuité des secours est ancien (ordonnance royale du 11 mars 1793 puis loi du 11 frimaire An VII - 8 décembre 1798-) et a été repris régulièrement par la jurisprudence avant d'être inscrit en 2012 dans la loi (article L. 742-11 du CSI). Comme l'a écrit l'ancien sénateur Jean-Pierre Schosteck, dans la mesure où elles résultent « *d'un pouvoir de police administrative tendant à mettre fin à une atteinte à l'ordre public, les interventions des services de secours sont donc logiquement payées par l'ensemble de la population à travers l'impôt* »¹⁰.

L'obligation de secours (ou d'assistance à personne en danger) s'étend à l'ensemble des citoyens¹¹ qui sont alors protégés en termes de responsabilité par la notion de collaborateur occasionnel du service public, obligation renforcée pour les médecins¹².

⁶ L'article R. 434-2 du CSI dispose que : « Placées sous l'autorité du ministre de l'intérieur pour l'accomplissement des missions de sécurité intérieure et agissant dans le respect des règles du code de procédure pénale en matière judiciaire, la police nationale et la gendarmerie nationale ont pour mission d'assurer la défense des institutions et des intérêts nationaux, le respect des lois, le maintien de la paix et de l'ordre publics, la protection des personnes et des biens. »

⁷ L'article L. 1424-2 du CGCT dispose notamment que : « Les services d'incendie et de secours sont chargés de la prévention, de la protection et de la lutte contre les incendies. Ils concourent, avec les autres services et professionnels concernés, à la protection et à la lutte contre les autres accidents, sinistres et catastrophes, à l'évaluation et à la prévention des risques technologiques ou naturels ainsi qu'aux secours d'urgence »

⁸ L'article L 511-1 du CSI dispose que : « Sans préjudice de la compétence générale de la police nationale et de la gendarmerie nationale, les agents de police municipale exécutent, dans la limite de leurs attributions et sous son autorité, les tâches relevant de la compétence du maire que celui-ci leur confie en matière de prévention et de surveillance du bon ordre, de la tranquillité, de la sécurité et de la salubrité publiques. »

⁹ L'article L. 112-2 du CSI dispose que : « L'Etat est garant de la cohérence de la sécurité civile au plan national. Il en définit la doctrine et coordonne ses moyens. »

¹⁰ Rapport n° 339 (2003-2004) fait au nom de la commission des Lois du Sénat sur le projet de loi de modernisation de la sécurité civile (devenu la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile), p. 93.

¹¹ L'article 223-6 du code pénal dispose que « quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende » et que « sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ».

En découle également la notion de secourisme, qui peut être définie comme « *l'ensemble des savoirs et savoirs faire qui permettent de reconnaître une situation dangereuse pour une ou plusieurs personnes, de transmettre l'alerte aux structures médicales et d'éviter l'aggravation de l'état de la personne en attendant les soins médicaux* »¹³, et celle plus récente et propre aux SDIS de « *prompt secours* »¹⁴.

1.1.1.2 L'aide médicale urgente relève du service public de la santé

Le secourisme et l'aide médicale urgente (AMU)¹⁵ partagent comme fondement la notion d'urgence, « *caractère d'un état de fait susceptible d'entraîner un préjudice irréparable s'il n'y est porté remède à bref délai* »¹⁶. Cependant, l'AMU telle que définie par la loi du 6 janvier 1986 relève non pas de la police administrative mais du service public de la santé. Cette distinction emporte notamment une conséquence importante : l'aide médicale d'urgence a certes, comme les secours, un caractère obligatoire pour les pouvoirs publics (elle doit se conformer aux principes de base du service public : égalité, continuité, adaptabilité) mais elle ne relève pas du principe de gratuité.

Les services d'aide médicale urgente (SAMU) disposent d'un monopole consacré par la loi de réforme hospitalière du 31 juillet 1991¹⁷, qui connaît toutefois une exception notable à Paris et en petite couronne du fait de la reconnaissance d'une coordination médicale propre au service de santé et de secours médical de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP)¹⁸. Les SAMU ne doivent intervenir que par des moyens médicaux¹⁹.

Distincte de l'aide médicale d'urgence, la permanence des soins ambulatoires (PDSA)²⁰ s'est substituée à l'obligation de garde médicale inscrite jusqu'en 2003 dans le code de déontologie médicale. Au-delà de la distinction juridique, la limite entre l'urgence vitale et la demande de soins

¹² L'article 9 du code de déontologie médicale précise que : "Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires."

¹³ « Secourisme : introduction, définition et principes généraux » sur le site « Cours infirmiers » (il n'existe pas, à proprement parler, de définition juridique du secourisme).

¹⁴ La circulaire n° 151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente précise que « *Le prompt secours se caractérise par une action de secouristes agissant en équipe et visant à prendre en charge sans délai des détresses vitales ou à pratiquer sans délai des gestes de secourisme. Il est assuré par des personnels formés et équipés.* »

¹⁵ L'article L. 6311-1 du code de santé publique dispose que : « *L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état.* »

¹⁶ Henri Capitant, *Vocabulaire juridique*, 1936

¹⁷ L'article L. 6311-2 du code de santé publique dispose que : « *Seuls les établissements de santé peuvent être autorisés (...) à comporter une ou plusieurs unités participant au service d'aide médicale urgente, dont les missions et l'organisation sont fixées par voie réglementaire.* »

¹⁸ Le décret dispose que : « *Le service de santé et de secours médical de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris (...) concourt en particulier à l'aide médicale urgente telle que définie par l'article 2 de la loi du 6 janvier 1986 susvisée.* » et assure à ce titre « *la coordination médicale de la brigade et le déclenchement des interventions des équipes médicales du service de santé et de secours médical de la brigade.* »

¹⁹ L'article R 6311-1 du code de santé publique dispose que : « *Les services d'aide médicale urgente ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence. Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les SAMU joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les services d'incendie et de secours.* »

²⁰ L'article L. 6214-1 du code de santé publique dispose que : « *La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins (...) dans le cadre de leur activité libérale (...). Tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique a vocation à y concourir selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé. Les praticiens des armées peuvent contribuer à la mission de service public de permanence des soins, notamment à la régulation téléphonique, selon des modalités fixées par décret.* »

relativement urgents qui peuvent relever de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) ou du recours à des soins non programmés (SNP) s'avère difficile à fixer ; elle est même refusée par certains médecins, notamment parmi les urgentistes, qui considèrent qu'est urgent tout problème médical ressenti comme tel.

Une autre frontière incertaine sépare l'aide médicale urgente du secours à personne. Si cette dernière notion recouvre d'autres dimensions qui relèvent traditionnellement des missions propres des SDIS (sauvetage, désincarcération, évacuation, etc.), la ligne de démarcation *in concreto* n'est pas toujours évidente tant certains gestes de secourisme permettent d'éviter l'aggravation de l'état de santé du patient.

1.1.2 Cette sédimentation juridique entre les quatre grands services d'urgence se matérialise au quotidien par l'acheminement des appels de la population vers différents numéros

1.1.2.1 La réglementation française retient une conception relativement large et englobante de la notion de numéro d'urgence

La définition juridique des numéros d'urgence est donnée par l'article D. 98-8 du code des postes et communications électroniques (CPCE). Elle est liée à la destination de l'appel (un service public) et à la nature de l'urgence (la sauvegarde des vies humaines, les interventions de police, la lutte contre les incendies, l'urgence sociale). Les appels d'urgence correspondants bénéficient d'un régime spécifique marqué par trois exigences (article D. 98-8 du CPCE) :

- L'obligation d'acheminement vers le centre de réception compétent ;
- La gratuité : les coûts sont à la charge de l'opérateur et ne sont pas compensés par l'Etat ou par les services d'urgence. Les appels d'urgence ne figurent par ailleurs pas sur les facture téléphonique ;
- L'identification et la localisation de l'appelant : ces informations sont fournies « sans délai » et gratuitement aux services d'urgence.

La liste des numéros d'urgence est fixée par l'Autorité de régulation des communications électroniques et des postes (ARCEP) conformément à l'article 33-1 du CPCE. Au-delà des quatre numéros principaux permettant de joindre les services d'urgence (cf. infra) et du 115 pour l'urgence sociale²¹, l'ARCEP a reconnu sur la période récente un nombre non négligeable de numéros d'urgence plus spécialisés. La première décision de l'ARCEP²² avait reconnu six numéros (le 112, le 15, le 17, le 18, le 115 et le 119, remplacé depuis par le 116-111). Leur nombre a doublé selon la dernière décision en date du 23 octobre 2017²³ et il existe aujourd'hui 13 numéros d'urgence au sens de l'ARCEP en France.

²¹ L'article L. 345-2 du code de l'action sociale et des familles dispose : « Dans chaque département est mis en place, sous l'autorité du représentant de l'Etat, un dispositif de veille sociale chargé d'accueillir les personnes sans abri ou en détresse, de procéder à une première évaluation de leur situation médicale, psychique et sociale et de les orienter vers les structures ou services qu'appelle leur état. Cette orientation est assurée par un service intégré d'accueil et d'orientation, dans les conditions définies par la convention conclue avec le représentant de l'Etat dans le département (...).Ce dispositif fonctionne sans interruption et peut être saisi par toute personne, organisme ou collectivité. »

²² Décision n° 2002-1179 du 19 décembre 2002

²³ Décision n° 2017-1251 relative au 116 111.

Tableau 1 : Numéros d'appels d'urgence existant au sens de l'ARCEP

N° d'appel d'urgence	Service mobilisé	Objet
15	Service d'aide médicale urgente	Secours médicaux
17	Police et gendarmerie	Police secours
18	Sapeurs-pompiers	Incendie et secours à personne
112	Sapeurs-pompiers ou SAMU selon la localisation géographique	Numéro d'appel d'urgence européen
116-117	Médecine de garde	(phase de test) Permanence des soins ambulatoires (PDSA)
114	Centre National Relais pour les personnes sourdes ou malentendantes	Secours pour les personnes ayant des difficultés à entendre ou à parler
115	SAMU Social / SOS Sans Abri	Trouver un hébergement au jour le jour pour les sans-abri
119	Enfance maltraitée	Appels d'enfants en danger ou en risque de l'être et de toute personne confrontée à ce type de situation
116 000	Association CFPE-Enfants Disparus	Numéro national d'urgence pour signaler la disparition d'enfants en France
116 111	Enfance en danger	Numéro européen d'urgence pour prêter assistance aux enfants en danger (mise en place prévue fin 2017 ; destiné à remplacer le 119) Il n'a pas encore le statut de numéro d'urgence en France.
191	Urgence aéronautique – CCS	Aéronefs en détresse ou besoin d'assistance en vol
196	Urgence maritime	Témoins d'accidents maritimes depuis le littoral (en mer, le moyen privilégié reste le canal radio 16 de détresse maritime)
197	Alerte enlèvement – attentats	Activé uniquement dans le cadre du déclenchement de l'alerte enlèvement ou attentat

Source : ARCEP

1.1.2.2 Depuis 40 ans, la population peut joindre les services d'urgence par trois numéros principaux (15, 17, 18) auquel s'est ajouté le 112 européen

○ Police-secours (police et gendarmerie) : le 17

Premier numéro d'urgence, le 17 est mis en place en 1930 après la création de police-secours à Paris en 1928 et resté longtemps accessible par des bornes installées dans les rues tous les 500 mètres. Bien que commun aux policiers et aux gendarmes, il n'a pas de base juridique propre dans le code de sécurité intérieure.

○ Les sapeurs-pompiers : le 18

Le 18 est mis en place peu après le 17. A partir de 1945, il est réceptionné par la gendarmerie dans la plupart des départements avant d'être progressivement pris en charge par les sapeurs-pompiers.

Le décret 88-623 du 6 mai 1988 confie officiellement aux SIS la gestion des alertes sur le 18²⁴. Les SDIS réceptionnent le 18 dans des centres de traitement des appels (CTA)²⁵.

²⁴ L'article 31 précise que « pour répondre aux demandes de secours, les centres de traitement de l'alerte des services d'incendie et de secours sont dotés d'un numéro d'appel téléphonique unique, le « 18 »

○ Urgences médicales : le 15

Le 15, numéro gratuit d'appel national pour les urgences médicales, a été créé en 1978 par décision interministérielle. Il trouve une base légale et réglementaire avec la loi du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale d'urgence²⁶ complétée par décret le 16 décembre 1987²⁷, qui précise que les SAMU réceptionnent le 15 dans un centre de réception et de régulation des appels (CRRRA).

Depuis peu, le nouveau numéro pour la permanence des soins (116 117, encore en phase expérimentale) issue de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a vocation à se substituer aux numéros des associations de permanence des soins (ou au 15 pour les appels concernés quand celui-ci avait été retenu pour la permanence des soins) mais il arrive dans la plupart des départements directement au standard du CRRRA. De facto, dans la plupart des départements où il est déployé, il permet donc indirectement de joindre le SAMU, tout du moins aux horaires de la PDSA, sans que l'appelant en ait nécessairement conscience au moment de composer le numéro.

1.1.2.3 Le 112 européen s'ajoute à ces numéros d'urgence sans les remplacer

Le 112, numéro européen pour les appels téléphoniques d'urgence, a été institué par une décision du Conseil du 29 juillet 1991, précisée par des directives en 1998 (sur la généralité et la gratuité du 112), 2002 et 2009 (sur le service universel des télécommunications). Le 112 a fait l'objet d'un rapport IGA-IDSC remis en avril 2002 qui soulignait, d'une part, l'ambiguïté du terme « numéro unique » qui doit être compris comme « numéro commun » aux pays de l'Union (le 112 étant mis en œuvre « parallèlement » aux éventuels numéros nationaux et sans obligation de les supprimer) et, d'autre part, la conformité du dispositif français à l'obligation européenne sur le 112, constat toujours valable aujourd'hui.

Le préfet de département détermine le service d'urgence auquel incombe sur son ressort territorial l'obligation de gérer le 112. Dans la grande majorité des départements, le 112 est décroché par le SDIS, même si cette responsabilité a été confiée au SAMU par l'autorité préfectorale dans une dizaine de départements.

1.1.3 Les quatre grands services d'urgence présentent des identités fortes et reconnues même si elles ne sont pas spontanément propices à la coordination

1.1.3.1 Les « blancs », une communauté particulière au sein de la communauté hospitalière

Intégrés au sein des hôpitaux publics, les SAMU participent de cette communauté professionnelle mais tiennent en son sein une place à part, celle des « urgentistes », représentés par des institutions comme le Conseil national des urgences hospitalières (CNUH), SAMU-Urgences de France, la Société française de médecine d'urgence (SFMU), l'association des médecins urgentistes de France (AMUF), notamment. La pratique de l'urgence a accouché de la reconnaissance de

²⁵ L'article R. 14524-44 dispose que : « Les centres de traitement de l'alerte sont dirigés par un sapeur-pompier professionnel. Ils sont dotés d'un numéro d'appel téléphonique unique, le 18. »

²⁶ L'article L. 6311-2 du code de santé publique dispose que : « Un centre de réception et de régulation des appels est installé dans les services d'aide médicale urgente. »

²⁷ L'article R. 6311-6 du code de santé publique dispose que : « Pour répondre dans les délais les plus brefs aux demandes d'aide médicale urgente, les centres de réception et de régulation des appels (...) sont dotés d'un numéro d'appel téléphonique unique, le 15. »

médecins nouveaux, baptisés « urgentistes » (néologisme apparu au milieu des années 1990) et devenu en 2017²⁸ une spécialité médicale. Longtemps en recherche de reconnaissance, les urgences ont vu leur organisation se stabiliser suite aux deux rapports du professeur Adolphe Steg²⁹, autour de deux axes d'organisation structurants :

- La permanence, avec plus de 60 % du travail s'effectuant en dehors des heures ouvrables (nuit, jours fériés et week-end) ;
- Le transport médicalisé des malades (urgences pré-hospitalières), alors que dans les pays anglo-saxons ce sont des *paramedics* (ambulanciers spécialisés) qui s'acquittent de cette tâche.

Bénéficiant d'une image positive en raison de leur « *bravoure pionnière* »³⁰ et d'une présence médiatique incarnée par des personnalités emblématiques, les urgentistes ont développé un mode spécifique d'exercice de la médecine, différent tant de la médecine générale que de la médecine hospitalière organisée autour des spécialités. La position particulière des urgences dans le système de soins les conduit à être au cœur des tensions qui affectent celui-ci³¹.

La communauté professionnelle des « blancs » ne se limite pas aux seuls médecins urgentistes, mais intègre aussi des infirmiers, des aides-soignants, des ambulanciers, et aussi, avec la mise en place du 15, des assistants de régulation médicale (ARM).

1.1.3.2 Les rouges, à la fois « soldats du feu », « secouristes du pauvre » et « techniciens du risque »

Même s'ils relèvent de deux types de statuts, militaires (à Paris et Marseille) et civils (partout ailleurs), s'ils peuvent être professionnels (fonctionnaires territoriaux) ou volontaires, les sapeurs-pompiers ont également une forte identité professionnelle, héritière d'une longue histoire et portée par des institutions communes, notamment la Fédération des sapeurs-pompiers de France (FSPF).

L'image, fortement positive dans l'opinion, des sapeurs-pompiers repose sur leurs valeurs professionnelles de dévouement, d'efficacité, de rapidité d'intervention³². Initialement « soldats du feu » et même si la lutte contre les incendies reste l'activité la plus symbolique, le métier des sapeurs-pompiers a intégré le secourisme qui les conduit à composer avec d'autres acteurs et les

²⁸ Arrêté du 13 novembre 2015

²⁹ Pr Adolphe Steg « L'urgence à l'hôpital » Conseil économique et social, 1989 ; Pr Adolphe Steg « Rapport sur la médicalisation des urgences » Commission nationale de restructuration des urgences, 1993

³⁰ « Chez les urgentistes, le désir global de réparer ne se condense pas sur une portion de l'humain mais s'exprime par de fortes motivations à « soulager la douleur » et à « sauver la vie », avec une dimension héroïque prégnante quand l'urgence est investie comme le lieu de soins des situations aiguës et vitales, et une attirance pour la polyvalence quand l'urgence est investie comme un dispensaire de médecine générale assorti d'un plateau technique hospitalier. Les « patients neufs », les relations cliniques éphémères et l'expérience affective sont préférés aux patients fidélisés, aux relations sur le long terme, à l'intellectualisation-objectivation et à la création de savoirs cliniques et scientifiques et savoir-faire diagnostiques et thérapeutiques. »³⁰ François Danet, Marc Brémond, et Dominique Robert. « Les Urgences. Questions au système de santé », Études, 2004

³¹ : « Les SU (services d'urgence) sont en première ligne du système de soins. À l'interface entre la ville et l'hôpital, entre les biens portants et les malades, entre la médecine libérale et la médecine hospitalière, entre la médecine générale et les spécialités, les SU sont un lieu de recours pour tous les membres de la cité. Carrefour des états de crise, les SU concentrent à la fois les problèmes médicaux, psychologiques et sociaux de chaque patient, les problèmes spécifiques de l'activité médicale et ceux plus généraux du système de santé. Ainsi, les dysfonctionnements de la société dans son ensemble se reflètent-ils crûment dans les SU ». Ethique et urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. 2003

³² « Cette éthique s'incarne dans un triptyque fameux, gravé en lettres majuscules sur les murs du couloir principal du fort : altruisme, efficacité, discrétion. Telles doivent être les qualités du pompier ». Romain Pudal, *Retour de flammes. Les pompiers, des héros fatigués*, La Découverte, 2016

confronte de plus en plus à la détresse sociale. Il s'agit de surcroît d'un métier dont la technicité s'est fortement accentuée sur la période récente développant ainsi une culture de la sécurité civile qui fait d'eux des « techniciens du risque »³³.

Le métier des sapeurs-pompiers s'appuie ainsi sur leur capacité à opérer sur un double registre, celui du respect des procédures, avec un formatage et une préparation extrêmement poussée (notamment un temps important consacré à l'entraînement et à la formation), et celui de l'adaptation aux circonstances, avec une disposition à faire face à l'imprévu³⁴.

1.1.3.3 Les « bleus », deux communautés chargées de la « force publique » aux cultures différentes.

Du côté de « *la force publique* » (au sens de l'article 12 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, DDHC), on trouve également deux fortes identités professionnelles, celle des gendarmes et celle des policiers, même si elles sont d'abord marquées par nombre de caractéristiques communes. La principale est d'être mandataire³⁵ du « monopole de l'usage légitime de la force physique »³⁶ détenu par l'Etat, pour faire respecter le droit, l'ordre public, et s'opposer aux violences de toutes natures.

Dans ce contexte, gendarmes et policiers sont confrontés à une tension permanente entre une activité extrêmement encadrée, notamment par le droit, et une nécessaire autonomie importante dans la gestion des situations concrètes. Policiers et gendarmes sont au contact quotidien avec toutes les formes de violence de nos sociétés. Cela nécessite de concilier respect de la discipline, maîtrise des comportements et capacité de discernement. En pratique, en découlent des implications sur le commandement des opérations et l'organisation des liaisons entre les centres opérationnels (qui sont aussi les centres de réception des appels d'urgence ou très proches d'eux) et les unités sur le terrain.

La différence principale entre les deux communautés est d'abord celle du statut (militaire pour les gendarmes, civils pour les policiers) même si l'organisation et les règles particulières qui s'appliquent aux policiers en tenue sont, comme pour les sapeurs-pompiers professionnels et volontaires d'ailleurs, largement calquées sur le modèle militaire.

Beaucoup plus ancienne (créée par la loi du 16 février 1791) et héritière de la maréchaussée d'Ancien régime, la gendarmerie, « *force militaire en charge d'une fonction policière* »³⁷, est marquée par un fort attachement à la tradition et à la discipline, combiné avec un souci de modernisation. Elle conjugue une vision très territorialisée, notamment sur les zones rurales, de son action avec une organisation extrêmement homogène basée sur le maillage départemental.

³³ Le sociologue Roamin Pudal estime que cette tension entre des missions multiples et complexes peut être à l'origine de certaines formes de découragement, ce qui le conduit à qualifier les sapeurs-pompiers de « héros fatigués » (La Découverte, 2016).

³⁴ « *Toute la force des sapeurs-pompiers tient précisément dans cette reconnaissance du caractère irremplaçable de la "décision en situation" et donc de l'impossibilité de se reposer uniquement sur un plan ou sur des règles, malgré tout le travail qu'il faut pour les élaborer* ». D. Boullier et S. Chevrier, *Les Sapeurs-pompiers. Des soldats du feu aux techniciens du risque*, Puf, 2000.

³⁵ Ce que certains sociologues appellent le « mandat policier » (Fabien Joberd, Jacques de Maillard, *Sociologie de la police*, Armand Coli, 2015)

³⁶ Max Weber, *Le savant et le politique*, 1920

³⁷ François Dieu, *Sociologie de la gendarmerie*, L'Harmattan, 2008

La police urbaine, d'origine beaucoup plus récente, a une organisation davantage hétérogène, et ce en fonction des zones urbaines dont elle a la charge, malgré l'existence de directions départementales de la sécurité publique (DDSP). Même s'ils sont plus concernés que leurs collègues gendarmes par les interventions en zones de sécurité prioritaires (ZSP), ces zones qui « souffrent plus que d'autres d'une insécurité quotidienne et d'une délinquance enracinée »³⁸, leur activité est paradoxalement beaucoup moins impactée par les activités de police judiciaire (qui relèvent davantage de services de police spécialisés).

Il convient d'ajouter, à côté de ces deux communautés professionnelles, celle des policiers municipaux. Elles se sont en effet considérablement développées depuis le début des années 1980 jusqu'à être considérées dans un récent rapport parlementaire comme « la 3^{ème} force de sécurité du pays »³⁹.

1.1.4 L'effort de modernisation des systèmes d'information, historiquement fragmentés, est tardif et peu coordonné

La construction de systèmes d'information (SI) formalise par nature des pratiques professionnelles. C'est particulièrement vrai pour le traitement des appels d'urgence, où la question des SI constitue un enjeu stratégique dans la mesure où le bon fonctionnement de la chaîne opérationnelle (qui va du déclenchement de l'appel à l'initiative de l'utilisateur jusqu'au traitement opérationnel approprié par l'envoi de moyens d'interventions et la prise en charge éventuelle par un service spécialisé), repose essentiellement sur une gestion de flux d'information. A l'origine concentrée sur la gestion de la téléphonie, qu'il s'agisse du flux entre usager et centres d'appels ou des liens entre services (SAMU, SDIS, Police, Gendarmerie), la part proprement informatique est devenue croissante dans l'activité des services d'urgence.

L'efficacité de la réponse apportée repose sur la capacité des différents intervenants humains (ARM, opérateur des CTA-CODIS, gendarmes ou policiers) à collecter rapidement une information fiable, normalisée, à la traiter de manière plus ou moins « structurée » en suivant des protocoles préétablis, harmonisés sur l'ensemble du territoire, tout en ayant une visibilité précise sur les moyens disponibles susceptibles d'être engagés, et cela dans un intervalle de temps aussi court que possible.

Le paysage des systèmes d'information associés au traitement des appels et des interventions d'urgence reflète la fragmentation des métiers qui caractérise le dispositif français. Ce morcellement a été renforcé pour les SAMU comme pour les SDIS par la logique d'autonomie de gestion qui préside à leur organisation : chaque entité départementale a ainsi bâti son système d'information, financé sur ses ressources propres.

S'agissant de la gestion du « 17 », il existe un SI national par force de sécurité intérieure déployé localement. Il n'est donc pas commun à la police et à la gendarmerie nationale qui travaillent chacune sur des outils différents et non interconnectés (« BDSP » pour la gendarmerie et « PEGASE » pour la police nationale). En outre, dans le cas de la police nationale, l'outil « PEGASE » n'a été déployé en réalité que dans moins de 50% des départements.

³⁸ Dossier de presse du ministère de l'intérieur, 15 novembre 2012

³⁹ Jean-Michel Fauvergue, Alice Thourot, *D'un continuum de sécurité vers une sécurité globale*, Rapport de la mission parlementaire, septembre 2018.

1.1.4.1 Des grands projets modernisation sont menés par chaque service pour corriger l'éclatement des systèmes d'information

○ Le projet SI-SAMU

La stratégie adoptée par le ministère de la santé au tournant des années 2010 repose sur un principe d'unification des SI des différents SAMU, destiné à homogénéiser sur l'ensemble du territoire le fonctionnement opérationnel des CRRA-Centre 15.

Elle fait d'autant plus de sens que le schéma antérieur, qui prévalait lors de la mission d'évaluation conjointe IGA-IGAS de 2014, avait sans aucun doute rendu très complexe, voire illusoire, l'atteinte de l'objectif d'interopérabilité avec les SI des SDIS fixé par le référentiel SAP-AMU. L'enquête effectuée par la mission dans le cadre des présents travaux montre en effet, à travers les réponses aux questionnaires des SAMU et des SDIS, que les progrès ont été finalement modestes (cf. infra).

Confié à un opérateur national, l'ASIP-Santé, le projet SI-SAMU est inscrit au tableau de bord des « Grands projets SI de l'Etat » suivi et publié par la direction interministérielle des systèmes d'information et de communication de l'Etat (DINSIC).

L'ASIP-Santé indique que le projet a été budgété à hauteur de 165,7 M€, incluant plusieurs marchés dont un spécifique à la téléphonie⁴⁰.

Des quatre grands projets identifiés dans le domaine des urgences, le SI-SAMU est le plus avancé, le 1^{er} site pilote étant déployé en 2018. Compte tenu de la trajectoire de déploiement validée par le ministère de la santé, qui doit en principe s'achever après une succession de « vagues » pour les Jeux olympiques de Paris en 2024, les SAMU entrent donc dans une phase critique durant laquelle ils vont devoir consacrer une part importante de leurs ressources à « basculer » vers le nouveau système, tout en assurant la continuité opérationnelle vis-à-vis des usagers et de leurs partenaires (SDIS, ambulanciers etc...).

Les éléments présentés à la mission conduisent à estimer que le SI-SAMU, à condition que les fonctionnalités annoncées soient bien livrées conformément aux attentes exprimées, représentera un progrès significatif par rapport à la situation actuelle et devrait faciliter considérablement l'interopérabilité future avec les SDIS, dès lors que le projet « jumeau » (NeXSIS) sera, lui aussi, au rendez-vous.

○ Le projet NeXSIS pour les SDIS

Le projet NeXSIS, dont la décision de lancement est postérieure à celle du SI-SAMU, découle d'un accord conclu entre le ministère de l'intérieur et les conseils départementaux pour sortir de la situation historique d'hétérogénéité qui prévaut jusqu'à présent. Par le déploiement d'un même outil sur l'ensemble du territoire, le nouveau réseau informatique des SDIS devrait fortement contribuer à faciliter une large interopérabilité avec celui des SAMU.

En effet, l'effort fonctionnel et technique à consentir pour assurer des échanges d'information normalisés entre organisations ne sera à faire qu'une fois pour toutes en non plus selon la logique combinatoire excessivement complexe qui est une des causes des progrès très limités observés sur ce point du référentiel SAP-AMU.

⁴⁰ Cf. fiche projet du 20/07/2017 communiquée à la mission par l'ASIP Santé. Ce montant est très supérieur à celui qui figure au tableau de bord de la DINSIC (75,1 M €). Il inclut les crédits budgétés pour les versions ultérieures du SI-SAMU qui seront consommés si la décision de « GO » (déploiement du projet) intervient à l'issue du 1^{er} pilote.

Projet ambitieux dans son périmètre fonctionnel, dans la mesure où il vise à enrichir considérablement la capacité des services à traiter des appels d'urgence, en provenance de « canaux » très variés (téléphonie fixe/IP, mobiles, « apps », « e-call » etc.), et à offrir une interopérabilité très étendue avec les partenaires extérieurs, il représente par ailleurs un effort budgétaire conséquent (l'enveloppe prévisionnelle présentée lors de la décision de lancement fixait une fourchette haute de 192,8 M€).

Le calendrier de mise en œuvre est également très volontariste, dans la mesure où la mission NeXSiS prévoit, à partir de la fin du « POC » (proof of concept) de 2018, une réalisation en deux ans, pour un déploiement à partir de fin 2020.

Le cahier des charges de NeXSiS prévoit son interconnexion avec SI-SAMU. Les modalités de mise en œuvre de cette interconnexion sont discutées dans le cadre du groupe dit PRIAM⁴¹ devenu CISU. Les deux ministères ont en effet mis en place ce mécanisme de dialogue afin d'alimenter chacun des deux projets de spécifications élaborées en commun en matière d'interopérabilité. La présidence de ce groupe, constitué de représentants des deux services (SDIS et SAMU), a été attribuée au ministère de l'intérieur.

- La mise en place d'un SI renouvelé et couvrant l'intégralité des zones police est encore largement à l'état de projet

La Gendarmerie nationale a mis en place en 2011 la base de données de sécurité publique (BDSP), système d'information et de commandement, dont le premier module permet de traiter les appels d'urgence émanant de la zone « gendarmerie ».

De son côté, la direction générale de la police nationale, confrontée à l'obsolescence technique de son dispositif de traitement des appels au 17, dont le déploiement avait été en outre limité à moins de la moitié des départements métropolitains, a lancé en 2017 le projet MCIC-2 (Modernisation des centres d'information et de commandement).

Ce projet comporte, outre une remise à jour des communications, la mise au point d'un module d'« système de gestion des appels » (SGA), distinct du module de « système de gestion des opérations » (SGO, cette distinction entre SGA et SGO n'a pas été retenue dans le cas de SI-SAMU), qui permettra de s'interfacer avec le SGO Police général (PEGASE-2), également utilisé par la préfecture de police.

Moins ambitieux dans son périmètre fonctionnel que SI-SAMU ou NeXSiS, le projet MSIS-2 ne prévoit pas, dans sa définition actuelle, la possibilité de contact par l'utilisateur à travers un canal autre que le téléphone⁴².

MCIC-2 doit cependant être conçu en tenant compte des standards d'interopérabilité horizontale définis dans le cadre des travaux du groupe « PRIAM-CISU » auxquels la Police Nationale participe.

Le projet est budgété à hauteur de 24,3M€ d'après le tableau de bord de la DINSIC. Une première version, dite « iso-fonctionnelle » est en cours de réalisation, étant entendu que l'interopérabilité avec les autres SI partenaires ne sera réalisée que dans une deuxième version dont les contours demeurent pour le moment incertains⁴³. Le projet devrait s'échelonner jusqu'en 2022 d'après la direction générale de la police nationale (DGPN).

⁴¹ Pour la Recherche de l'Interopérabilité des Applications de gestion des secours du Ministère (de l'intérieur).

⁴² La DINSIC regrette ce choix dans l'avis qu'elle a rendu sur le projet le 8 juin 2018.

⁴³ Pour cette raison, l'avis DINSIC précité n'émet aucun avis mais exprime un certain nombre de réserves relatives au manque d'information documentée sur la manière dont cette future interopérabilité sera garantie.

- La préfecture de police développe son propre projet pour unifier le 17 et le 18 sur Paris et la petite couronne

La préfecture de police constitue à ce jour le seul cas d'organisation dotée d'un centre d'appels compétent pour décrocher aussi bien le 18/112 que le 17.

Dans un souci d'étendre les possibilités de cette plate-forme unique en son genre, la préfecture de police a choisi de lancer un projet de modernisation de son SI, qui reposera à terme sur un concept de SGA/SGO analogue à NeXSIS.

Le projet, lancé en 2015 pour un budget estimé à 8M€, est cofinancé par la Ville de Paris à travers le budget spécial destiné à couvrir les activités municipales de la préfecture de police.

La préfecture de police a choisi de s'inscrire dans un calendrier très court, dans la perspective d'être totalement opérationnelle pour les JO de 2024.

1.1.4.2 Ces projets ont été lancés en ordre dispersé d'où des doutes sur leur capacité en l'état à corriger pleinement l'éclatement actuel

Si l'interconnexion téléphonique, permettant de relayer un appel d'urgence 15 vers le 18 ou réciproquement sans rupture du contact avec l'utilisateur, est assurée pour la grande majorité des SDIS et des SAMU, l'interconnexion informatique est encore loin d'être généralisée (cf. infra).

Plusieurs obstacles objectifs expliquent cet état de fait. La multiplicité des progiciels au sein même des SAMU/SDIS rendait très complexe la mise au point des nombreux « contrats d'interfaçage » nécessaires à la transmission de données. La stratégie de l'administration centrale s'est limitée à solliciter des sociétés de services et d'ingénierie informatique (SSII) l'adhésion à une norme définie conjointement, la norme marque NF-399, afin que les progiciels acquis par les SAMU et par les SDIS soient compatibles avec ladite norme. Toutefois, cette approche s'est révélée très largement insuffisante. Tous les SI déployés ne sont pas conformes à la norme, et la conformité à la norme ne garantit pas la mise en œuvre effective d'une interconnexion, souvent en raison de coûts jugés prohibitifs par les acteurs locaux. Lorsqu'une interconnexion est opérationnelle, l'absence d'harmonisation des bascules de part et d'autre vers de nouvelles versions de leur progiciel peut entraîner la régression dans l'interconnexion.

Certains SDIS et SAMU sont toutefois parvenus à des avancées locales très intéressantes en matière d'interopérabilité, notamment dans le cas de certaines des plateformes communes. Lorsque les acteurs locaux ont raisonné au-delà d'une problématique « bâtiminaire » en intégrant la dimension SI dans leur approche, il s'agit là souvent d'un bénéfice dérivé de ces plateformes. Deux types de projets innovants peuvent être signalés :

- Le développement d'un module commun de gestion des appels, relayant ensuite les fiches vers le SI-métier SAMU ou SDIS (exemple de la plateforme de Tours⁴⁴) ;
- Une conception totalement intégrée avec un SI unique partagé entre SAMU et SDIS, conçu spécifiquement dans le cadre de la plateforme et couvrant tout le spectre métier depuis la prise d'appel jusqu'au traitement de l'intervention (exemple de la plateforme de la Haute-Savoie).

⁴⁴ Dans ce cas, l'interopérabilité SI a été conçue, volontairement, dans la perspective d'une mise en commun des moyens humains de gestion des décrochés entre opérateurs CTA et ARM.

L'interopérabilité entre le SI-SAMU et NexSIS figure bien dans les spécifications des deux projets. L'étude du SI SAMU indiquait que la future solution commune devrait s'interfacer avec certains SI partenaires, dont celui des SDIS⁴⁵. Le principe d'interopérabilité « 15-18 » figure aussi dans l'expression de besoin de NexSIS ; il est toutefois plus difficile d'en mesurer la portée, le projet étant moins avancé.

La mission constate en tout cas que, à l'échelle interministérielle, la configuration SI qui se met en place, sans être contradictoire avec l'hypothèse d'un rapprochement opérationnel, apparaît peu propice à l'émergence d'une interopérabilité avancée. Fondamentalement, les deux projets majeurs ont été conçus en partant des logiques métiers telles qu'elles existent depuis toujours et non à partir d'une évolution que rendrait probablement inéluctable la mise en œuvre d'un numéro unique. En effet, l'interopérabilité n'est, dans ce schéma, qu'une fonctionnalité parmi d'autres ; elle n'est pas le cœur du dispositif et, de fait, pas la priorité. Il est très révélateur de constater que, sur un domaine précis comme l'est la gestion des appels téléphoniques, tout sépare les deux ministères : NexSIS reprend le concept de module « SGA » (système de gestion des appels) couplé à un module « SGO » (système de gestion des opérations) qui est étranger à la philosophie du SI-SAMU, plus intégratrice. Dans ce contexte, la mission relève qu'il est pour le moment impossible d'évaluer précisément le périmètre correspondant à l'interopérabilité future du SI-SAMU avec les différents SI des SDIS. Dans son avis, la DINSIC a considéré que des progrès devaient être réalisés dans le projet SI SAMU qui devait montrer sa capacité à s'interconnecter avec les SI des partenaires afin qu'elle puisse lever ses réserves⁴⁶. La levée de ses réserves devrait être faite, selon la DINSIC, à l'issue du déploiement du premier pilote (Haut-Rhin) qui interviendra en 2018.

S'agissant du « 17 », il n'existe aucune interopérabilité « horizontale » entre les SI de la police et de la gendarmerie, les transferts se limitant à la téléphonie sans possibilité de relayer de l'information sous forme numérique⁴⁷. MCIC-2 doit cependant être conçu en tenant compte des standards d'interopérabilité horizontale définis dans le cadre des travaux du groupe « PRIAM-CISU » auxquels la Police Nationale participe.

1.2 La population française sollicite les services d'urgence de manière croissante, ce qui place le système de secours et de soins d'urgence sous tension

1.2.1 Le nombre d'appels aux services d'urgence, déjà élevé, a connu une croissance soutenue au cours des dernières années

Le nombre actuel d'appels aux numéros d'urgence n'est pas connu avec précision, en raison notamment de l'incomplète informatisation de la réception du 17⁴⁸, de l'absence d'estimation du

⁴⁵ SI-SAMU devra notamment : échanger les données recueillies lors de l'appel au 15 ou lors du traitement de l'alerte au 18 ; échanger lors de l'engagement des moyens ; suivre les projets engagés et le devenir du dossier et connaître la disponibilité des divers moyens.

⁴⁶ L'ampleur du projet fait rentrer le SI SAMU dans le cadre des dispositions réglementaires prévoyant qu'un avis conforme de la DINSIC est obligatoire.

⁴⁷ Dans un cas (Cher), un accord local entre la DDSP et la Gendarmerie prévoit une possibilité d'écoute croisée entre services mais cette pratique reste marginale à l'échelle nationale.

⁴⁸ L'estimation de 13 millions d'appels reçus par la police ne s'appuie que sur une estimation fournie par la DGPN. Or la mission ne peut identifier sur quelle base celle-ci repose, la DGPN ne disposant pas *a priori* d'un outil de remontée d'information au niveau central semblable à celui de la DGSCGC.

nombre d'appels au 112 réceptionnés par les SAMU et de l'absence d'harmonisation entre les services dans la manière de décompter le nombre d'appels⁴⁹.

Selon les chiffres donnés par les services d'urgence à la mission, le nombre d'appels d'urgence sur le périmètre 15-17-18-112 s'établirait à environ 70 millions en 2016, répartis comme suit : 29,2 millions d'appels au 15, 22,3 millions d'appels au 17, 12,3 millions d'appels au 18 et 5,5 millions d'appels au 112 (hors appels 112 réceptionnés par les SAMU qui sont vraisemblablement intégrés dans les appels au 15). Cet ordre de grandeur est cohérent avec le nombre d'appels d'urgence que la France a déclaré avoir reçu dans l'enquête 2017 de la Commission européenne, soit 64 millions d'appels⁵⁰.

Tableau 2 : Volume et croissance des appels et interventions d'urgence 15-17-18-112 entre 2013 et 2016

En millions d'appels, de dossiers, d'interventions	2013	2016	Evolution 2013/2016
Appels au 15 – SAMU			
▪ total	25	29,2	+ 17,1 %
Suites des appels			
▪ dossiers de régulation médicale	13,1	15,2	+16%
▪ sorties SMUR	0,7	0,8	+3,1%
Appels au 17 – GENDARMERIE			
▪ total	8,2	9,3	+ 13%
Suites des appels			
▪ interventions	1,5	1,8	+ 20%
Appels au 17 – POLICE			
▪ total (estimation DGPN)	n.c.	13	/
Suites des appels			
▪ interventions (estimation DGPN)	n.c.	2,5	/
Appels au 18 – SAPEURS-POMPIERS			
▪ total	13,6	12,3	-9,6%
Suites des appels			
▪ interventions SAP/accidents de la circulation	3,5	3,8	+8,6%
Appels au 112 – (SAPEURS-POMPIERS hors SAMU/)			
▪ total	10,7	5,5	-48,6%
Total des appels d'urgence 15-17-18-112	/	69,2	/

Source : Missions à partir des Données SAE (DREES) ; DGSCGC ; DGGN ; DGPN

Ce volume d'appels, déjà élevé, a connu une croissance soutenue au cours des dernières années. Les appels reçus par le SAMU ont ainsi augmenté de 17% entre 2013 et 2016 et les appels reçus par la gendarmerie de 13% sur la même période. Seuls les appels au 112 ont connu une nette décroissance (-48,6%) sur la même période, en raison d'évolutions techniques sur les téléphones portables réduisant le nombre d'appels involontaires ou de simples tests de fonctionnement.

⁴⁹Il est par exemple difficile de déterminer dans quelle mesure les appels non décrochés sont décomptés ou non par l'ensemble des systèmes d'information. La Gendarmerie et la Police estiment à environ 25% la part des appels non décrochés.

⁵⁰ La mission n'a toutefois pas eu connaissance des données sur lesquels s'est appuyée l'administration chargée de ce travail de reporting européen.

1.2.2 La sollicitation des services a également connu une croissance soutenue

La hausse des appels aux numéros d'urgence s'est traduite par une hausse des interventions effectuées par les différents services d'urgence. Le nombre d'interventions de la gendarmerie a ainsi augmenté de 20% entre 2013 et 2016, celui des interventions des sapeurs-pompiers en matière de secours à personne (y compris interventions pour accident de la circulation) de 8,6%, le nombre de sorties SMUR de 3,1%.

Il existe toutefois un important écart entre le nombre d'appels et le nombre d'interventions, traduisant notamment :

- Le décompte de plusieurs appels pour une même intervention ;
- Une part importante d'appels ne relevant pas de l'urgence au sens strict (des appels « polluants », notamment sur le 112, mais aussi des demandes de renseignements, etc.) ou de la permanence des soins pour le SAMU.

1.2.3 Cette hausse de la sollicitation place le système de secours et de soins d'urgence sous tension

1.2.3.1 Les SDIS doivent absorber une forte hausse des demandes d'intervention dans un contexte de ressources plus contraintes

La hausse marquée et continue de l'activité de secours à personne des SDIS (qui représente 83% de leurs interventions) s'est poursuivie depuis 2013, en dépit d'une baisse sensible des appels reçus par les SDIS eux-mêmes (ce qui est en partie lié aux démarches entreprises avec les opérateurs téléphoniques pour réduire la survenue d'appels polluants au 112 à partir des téléphones portables). La hausse moyenne de 12% du nombre d'interventions des SDIS pour secours aux personnes entre 2014 et 2017 masque des hausses bien plus soutenues pour certains SDIS⁵¹, et s'accélère dans certains départements⁵².

Tableau 3 : Evolution de l'activité des SDIS entre 2014 et 2017

En millions	2014	2017	Evolution 2014/2017
Nombre d'appels présentés au 18 et au 112	27,9	24,5	-12%
Nombre d'appels décrochés	20,1	18,4	-8,5%
Dont 18 (appels décrochés)	10,1	9,7	-4%
Nombre d'interventions pour accidents de la circulation et SAP	3,51	3,91	+ 11,7%

Source : Les statistiques des services d'incendie et de secours, DGSCGC, éditions 2017 et 2014

Cette progression de l'activité s'explique notamment par des évolutions de la société : le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, les politiques de maintien à domicile des personnes âgées ou le développement de l'hospitalisation à domicile sont autant d'éléments qui contribuent à la sollicitation des SDIS, tout comme des SAMU d'ailleurs. Pour les

⁵¹ Le SDIS de l'Orne a ainsi indiqué à la mission avoir connu un doublement du nombre de ses interventions SAP en 10 ans, le préfet de la Sarthe a indiqué que le nombre d'interventions du SDIS a augmenté de 158% en 10 ans.

⁵² Le SDIS du Rhône a ainsi connu une hausse de +8,8% des interventions pour SUAP au premier trimestre de l'année 2018, après avoir connu une hausse de 3,6% en 2017 et de 4,5% en 2016.

SDIS, certains facteurs difficilement objectivables comme l'évolution des mentalités ou l'affaiblissement des liens sociaux sont également en cause.

Toutefois, les SDIS estiment souvent que cette hausse de l'activité est liée à une augmentation des tâches indues ne relevant pas de leurs compétences⁵³ : hausse des interventions relevant de simples transports sanitaires ou de la permanence des soins, progression des interventions à caractère médico-social ou de soutien psychologique, hausse des relevages de personnes ayant fait une chute à leur domicile demandés par les sociétés de téléassistance. La diminution du nombre de médecins, en particulier dans certains territoires ruraux⁵⁴, la difficulté à assurer des permanences médicales de proximité dans les zones rurales ou encore la difficulté ou le désengagement des ambulanciers privés de l'urgence pré-hospitalière sont autant d'éléments qui contribuent à solliciter les services de secours et de soin d'urgence.

Selon les SDIS rencontrés par la mission, cette hausse quantitative des sollicitations pour des missions de secours à personne va de pair avec un allongement de la durée de certaines interventions dans certains territoires (cf. infra).

La hausse du nombre d'interventions SAP et de leur durée s'inscrit dans un contexte plus contraint pour les SDIS en termes de ressources, ce qui les conduit à rechercher un recentrage des interventions sur leur « cœur de mission » :

- En termes de moyens humains, les effectifs des sapeurs-pompiers volontaires (SPV) se sont stabilisés au cours des dernières années après avoir marqué une nette baisse⁵⁵. Pour autant, le volontariat demeure une ressource aussi fragile que précieuse. Or les SDIS tendent à considérer que la hausse des missions perçues comme non-urgentes (transport sanitaire du fait d'indisponibilités ambulancières, relevages de personnes, etc.) nuit à l'attractivité du volontariat et réduit la disponibilité des sapeurs-pompiers pour se former et intervenir sur des interventions urgentes. A l'inverse, certains SDIS reconnaissent que ces types d'interventions peuvent, pour certains centres d'incendie et de secours (CIS) de petite taille, maintenir une activité et donc la mobilisation des SPV ;
- En termes de moyens financiers, le budget global des SDIS (4,85Md€ en 2016) a diminué de 1,47% en 2016 en volume en dépit d'une hausse des interventions de 2%⁵⁶. Cette situation globale masque des situations financières disparates entre les SDIS.

Plusieurs SDIS rencontrés par la mission ont fait part du caractère difficilement soutenable de la hausse continue du secours à personne dans ce contexte. La brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) estime par exemple avoir déjà excédé le nombre d'interventions pour lequel elle est dimensionnée (elle estime sa capacité de réponse à 450 000 interventions par an, alors qu'elle a déjà été sollicitée pour réaliser 477 567 interventions en 2016).

⁵³ Selon la BSPP, la très forte hausse du nombre d'interventions est nourrie par une hausse d'interventions peu urgentes : depuis 2014, les interventions classées en « urgences absolues » traitées par la BSPP n'ont augmenté que de 2% alors que les interventions classées en « urgences relatives » ont augmenté de 38%. Parmi ces « urgences relatives », la BSPP constate une hausse de 44% des interventions n'ayant nécessité aucun geste de secourisme.

⁵⁴ Le préfet de la Sarthe a ainsi indiqué à la mission que la hausse de la sollicitation du SDIS est principalement liée à la décroissance de la densité des médecins généralistes libéraux. Le nombre de médecins libéraux a en effet baissé de 10% dans la Sarthe en dix ans et cette tendance risque de s'accroître, 40% des médecins libéraux ayant plus de 60 ans.

⁵⁵ La DGSCGC recense 193 800 sapeurs-pompiers volontaires (SPV) au 31 décembre 2016 contre 193 700 en 2015. Pour mémoire, les effectifs de SPV étaient passés de 207 583 en 2004 à près de 193 000 début 2013.

⁵⁶ Source : Sénat, Rapport fait au nom de la commission des finances sur le PLF pour 2018, annexe n° 28c Sécurités (programme 161 « sécurité civile »), Rapporteur spécial : M. Jean-Pierre VOGEL, le 23 novembre 2017

1.2.3.2 Les Centres de réception et de régulation des appels (CRRRA) des SAMU doivent répondre à une demande croissante de soins non programmés auxquels ne peut répondre que partiellement la médecine ambulatoire

Les appels aux Centres de réception et de régulation des appels (CRRRA) ou Centres 15⁵⁷ comme les interventions des SMUR sont en constante augmentation :

- Selon les données du ministère de la santé⁵⁸, 29,7 millions d'appel ont été présentés aux CRRRA en 2017 contre 25 millions en 2013 et près de 23 millions en 2007, ce qui montre une accélération de la tendance haussière sur la période récente.
- En réalité, le nombre de dossiers de régulation médicale (DRM) représente une mesure plus pertinente de l'activité des CRRRA⁵⁹. Or le nombre de DRM est lui aussi en nette augmentation : 15,5 millions en 2017 contre 13,1 millions en 2013 ;
- Sur la même période, le nombre de sorties d'unités mobiles hospitalières/SMUR a également augmenté, bien que dans des proportions moindres (+3,6%), pour s'établir à 761 555 sorties en 2017.

Tableau 4 : Evolution de l'activité des SAMU/SMUR entre 2013 et 2016

	2013	2016	2017	Evolution 2013/2017
Nombre d'appels présentés	24 966 277	29 237 298	29 694 169	+18,9%
Nombre de DRM (dossiers de régulation médicale)	13 128 068	15 229 204	15 520 816	+18,2%
<i>Dont DRM effectués par des médecins libéraux</i>	<i>2 932 427</i>	<i>3 611 484</i>	<i>3 871 353</i>	<i>+32%</i>
Sorties des UMH - SMUR	735 198	758 373	761 555	+3,6%

Source : Données SAE

Le SAMU se retrouve de plus en plus en situation de pallier le manque d'effecteurs de médecine de ville face à une demande croissante de soins non programmés. Souvent faute de pouvoir joindre ou obtenir une consultation avec leur médecin traitant, y compris hors horaires de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), les patients s'adressent au CRRRA-Centre 15 parfois même juste pour obtenir un conseil médical. Au niveau national, la mission ne dispose pas à ce stade de données agrégées permettant d'apprécier l'évolution de la part de la réponse aux soins non programmés dans l'activité des SAMU. Cependant, la mission a pu se procurer des statistiques relativement précises concernant les décisions prises par le CRRRA-Centre 15 dans quelques départements dans lesquels elle s'est déplacée. Ainsi, sans qu'il soit possible de généraliser à partir de cet exemple⁶⁰, le cas de la Haute-Savoie montre que 45% des appels au CRRRA (il s'agit des appels au 15 mais aussi depuis 2017 au 116 117 pour la PDSA même si le nombre d'appels est très faible à ce numéro) débouchent sur du conseil médical ou sur la préconisation de consulter un médecin,

⁵⁷ Aux termes de l'article R6311-6 du code de la santé publique : « Pour répondre dans les délais les plus brefs aux demandes d'aide médicale urgente, les centres de réception et de régulation des appels mentionnés à l'article L. 6112-5 sont dotés d'un numéro d'appel téléphonique unique, le 15 ». Les CRRRA sont communément confondus avec les Centres 15 même si ces derniers sont plus larges ; le Centre 15 inclut également la régulation libérale pour les appels ne relevant pas des demandes d'AMU mais des demandes relevant de la permanence des soins ambulatoires.

⁵⁸ Statistiques annuelles des établissements de santé de la DREES.

⁵⁹ Il peut y avoir plusieurs appels pour un même dossier de régulation médicale. Par ailleurs, des transmissions de bilan passent par le 15 et le CRRRA doit réguler les appels arrivant au 18.

⁶⁰ Les ordres de grandeur sont toutefois proches de ceux donnés par d'autres départements comme par la SFMU. Dans le département du Rhône par exemple, 57% des dossiers de régulation médicale concernent la permanence des soins.

sans que cette consultation ne revête un caractère urgent (les appels relevant de la PDSA sont inclus ici).

Dans un contexte de mutualisations de la ressource urgentiste entre SAMU/SMUR/services d'urgence (les rotations au sein d'une même journée entre ces différents postes sont courantes), l'activité du SAMU doit absorber ce surcroît d'activité en même temps que les visites aux urgences ne cessent d'augmenter (+2,5 millions de passages entre 2013 et 2017).

Cette hausse de la sollicitation intervient alors même qu'un certain nombre de centres hospitaliers manquent d'urgentistes. En Ile-de-France par exemple, 148 postes d'urgentistes n'étaient pas pourvus au 1^{er} janvier 2018⁶¹.

La soutenabilité de la trajectoire de hausse des sollicitations adressées au CRRA-Centre 15 peut être évaluée à partir des éléments suivants proposés par la mission :

- Le nombre annuel de DRM relevant de l'AMU a été rapporté au nombre total d'heures régulées par un médecin régulateur AMU sur l'année (le nombre d'heures hebdomadaire moyen a été multiplié par le nombre de semaines dans l'année) pour parvenir au résultat qu'en 2013, une heure de régulation médicale par un urgentiste correspond à 6,6 DRM. Entre 2013 et 2016, le nombre de DRM a augmenté de 27% tandis le nombre d'heure régulées a augmenté moins rapidement (+17%), ce qui fait que le ratio s'est dégradé à 7,1 DRM par heure ;
- Deux hypothèses ont été retenues pour faire une projection à l'horizon 2019 : (i) le nombre de DRM augmente à un rythme constant entre 2016 et 2019 par rapport à la période 2013-2016 (soit +27%) (ii) le nombre d'heures régulées par un médecin AMU reste stable entre 2016 et 2019. On arrive alors à un ratio de 9,1 DRM AMU par heure régulée par un médecin régulateur urgentiste à cette échéance. Or le référentiel SAMU-Urgences de France de 2011⁶² prévoit une norme de 6 DRM par heure pour un médecin régulateur urgentiste.

Tableau 5 : Hypothèses sur l'évolution de l'activité des CRRA-Centre 15 à l'horizon 2019

	2013	2016	Projection 2019*
DRM AMU	6 349 972	8 086 431	10 294 027
Nombre hebdomadaire moyen d'heures postées sur l'année pour la régulation par MR titulaire de l'AMU	18 622	21 865	21 865
Nombre annuel d'heures postées sur l'année pour la régulation par MR titulaire de l'AMU	968 344	1 136 980	1 136 980
Nombre de DRM/heure de régulation	6,6	7,1	9,1

Source : Mission

* : hypothèse de croissance des DRM de 27% et stabilisation des heures régulées par un MR AMU

⁶¹ ARS Ile de France, résultat de l'enquête flash relative à l'anticipation des difficultés dans les structures d'urgences pour la période estivale.

⁶² « Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence (Samu, Smur, Service des Urgences, UHCD), Samu-Urgences de France, novembre 2011.

Aussi, la mission considère que la trajectoire de hausse des sollicitations adressées au CRRA-Centre 15 n'est pas compatible à court terme avec le maintien de la qualité du service rendu à la population.

1.2.4 Cette hausse des sollicitations s'installe alors que la réponse à l'urgence doit intégrer une nouvelle donne sociétale et de nouveaux risques

Si l'on s'intéresse aux déterminants du recours aux urgences par la population, plusieurs évolutions structurelles sont à l'œuvre qui doivent inciter les pouvoirs publics à repenser le cadre d'intervention des services d'urgence :

- Le contexte sécuritaire est marqué par la diffusion du risque d'attentats impliquant de nombreuses victimes et qui oblige les forces de l'ordre, tout comme les secours et soins d'urgence, à intégrer davantage la gestion de crise dans leur cadre opérationnel ;
- S'agissant du risque incendie, la multiplication des épisodes caniculaires et autres risques naturels pourrait s'accroître dans les années à venir sous l'effet du réchauffement climatique avec une incidence particulière sur les feux de forêts et plus globalement sur la sinistralité. L'évolution des infrastructures urbaines accroît de surcroît la vulnérabilité de la population en cas d'accident majeur, ce qui implique la maîtrise d'un niveau toujours plus exigeant de technicité pour les sapeurs-pompiers ;
- S'agissant des urgences médicales, le dispositif actuel (SAP-AMU) s'est historiquement développé pour la prise en charge des accidents de la circulation dont le nombre a culminé au début des années 1970. Hérités de la médecine de guerre, les principaux concepts de l'urgence pré-hospitalière se sont développés à cette époque et ont été ensuite transposés à d'autres types d'urgences dites « vitales ». Depuis le risque « circulation » a fortement diminué, qu'il soit mesuré en nombre de décès ou de victimes. Le relais a été pris sur les risques cardio-vasculaires et cérébro-vasculaires (AVC) en utilisant les concepts de la médecine d'urgence pour assurer un traitement rapide qui évite le décès ou les séquelles graves, et ce avec un réel succès. Par ailleurs, le poids croissant des maladies chroniques, notamment liées au vieillissement, dans un contexte marqué par la « désertification » de la médecine de ville dans certains territoires et de recomposition de l'offre de soins pour tenir compte des impératifs de qualité, implique de trouver des modalités renouvelées de prise en charge des demandes de soins non programmés afin d'éviter un recours aux SAMU ;
- Enfin, à la suite de l'initiative de Xavier Emmanuelli en 1993 de créer, sur le modèle des SAMU, un « Samu social » à Paris, s'est développé le concept d'urgence sociale, motivés notamment par les risques encourus par les personnes sans domicile dans les périodes de grand froid mais aussi en raison des pathologies particulières dont ils sont l'objet. La distinction entre cette urgence sociale et l'urgence sanitaire est toutefois souvent difficile à établir⁶³.

⁶³ Xavier Emmanuelli, Suzanne Tartière, *En cas d'urgence, faites le 15. Le quotidien d'un médecin du SAMU*, Albin Michel, 2015

2 LE BILAN TRÈS MITIGÉ DE L'APPLICATION DU RÉFÉRENTIEL DE 2008 IMPLIQUE DES MESURES FORTES POUR LEVER LES PRINCIPALES DIFFICULTÉS DANS LA RELATION SDIS-SAMU

2.1 Le bilan de l'application du référentiel de 2008 est globalement très mitigé

Dans un contexte marqué par des doctrines d'intervention différentes entre SAP et AMU donnant lieu à des pratiques très hétérogènes sur le territoire, il était apparu nécessaire en 2008 d'établir un référentiel négocié entre représentants des professionnels afin d'apaiser durablement les relations SDIS-SAMU et clarifier le cadre opérationnel des secours et soins d'urgence. Négocié sous l'égide des administrations centrales principalement concernées (DGOS et DGSCGC), le référentiel du 25 juin 2008 relatif à l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente contient plus de 160 prescriptions portant sur le traitement des appels, la réponse aux demandes ou encore la mise en œuvre d'une démarche qualité. Il a surtout consacré trois principes destinés à remédier aux dysfonctionnements antérieurs :

- La reconnaissance de la légitimité de l'envoi immédiat de moyens sapeurs-pompiers dans les situations dites de « départ réflexe », incluant les urgences vitales et les événements survenant sur la voie publique ou dans un lieu public ;
- La reconnaissance de la pertinence de la régulation médicale de tout appel de secours à personne ou d'aide médicale urgente, quelque que soit le numéro d'urgence composé par l'appelant (régulation *a posteriori* en cas de départ réflexe, *a priori* dans tout autre cas) ;
- L'affirmation du principe selon lequel le doute profite à l'appelant.

Le rapport IGA/IGAS de 2014 avait fait ressortir un bilan d'application du référentiel contrasté suivant les départements et les sujets. Il avait notamment identifié quatre points de crispations majeurs :

- La difficulté des transporteurs sanitaires privés à trouver leur place dans le dispositif ;
- La question des carences ambulancières ;
- La place des infirmiers sapeurs-pompiers ;
- La faiblesse du pilotage national et local du dispositif.

Pour autant, la mission avait alors pris le parti de ne pas préconiser une refonte profonde du référentiel tout en formulant des recommandations pour améliorer son pilotage et plus généralement la réponse opérationnelle apportée par les SDIS et SAMU.

Quatre ans après le premier bilan de l'application du référentiel SAP-AMU et les suites données en termes d'instruction par les deux directions générales principalement compétentes (DGSCGC et DGOS), notamment la circulaire du 5 juin 2015⁶⁴, la mission constate que des marges de progression importantes subsistent et que des progrès notables n'ont été accomplis que sur quelques points :

⁶⁴ Circulaire interministérielle N° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente

- Le conventionnement entre SDIS et SAMU à l'échelle départementale se généralise, ce qui témoigne de l'approche constructive et pragmatique de la plupart des acteurs locaux par-delà les clivages exprimés à l'échelle nationale ;
- Les infirmiers sapeurs-pompiers interviennent désormais dans la plupart des cas dans le cadre de protocoles d'intervention co-construits par les sociétés savantes, ce qui permet de mobiliser une ressource paramédicale utile dans un cadre plus consensuel.

En revanche, la mission constate que la mise en œuvre de deux aspects du référentiel qui présentent des enjeux majeurs en termes de service rendu à la population n'est pas satisfaisante en l'état :

- Dans environ un quart des départements, il n'existe pas encore de ligne téléphonique dédiée entre le CRRA-Centre 15 et le CTA. Les transferts d'appel passent par le flux normal des appels entrants de l'autre service, sans priorité. Concrètement, cela signifie par exemple qu'en cas d'erreur de l'appelant au moment de composer le numéro d'urgence, le transfert de l'appel ne donne pas lieu à un décroché prioritaire par le service compétent d'où des délais additionnels dans le traitement de l'urgence (la notion de « départ réflexe » du SDIS permet toutefois de limiter le risque de perte de chance pour un appel au 18) ;
- L'interopérabilité des systèmes d'information est encore loin d'être atteinte sur une grande partie du territoire alors qu'il s'agissait d'une priorité fixée par le référentiel de 2008. L'interfaçage informatique est en effet limité et des interconnexions insuffisantes caractérisent encore au moins entre un quart et la moitié des départements. En l'absence d'interconnexion informatique, toute information saisie par un service doit être transmise oralement et saisie à nouveau par l'autre service dans son propre système d'information en cas d'intervention conjointe, ce qui est à nouveau source de délais additionnels dans le traitement d'un appel.

De surcroît, les principaux points de tension relevés dans le rapport IGAS/IGA de 2014 (carences ambulancières, appuis logistiques au SMUR) sont toujours d'actualité et même exacerbés faute de clarification satisfaisante (définition, tarification) apportée au niveau national. Dans ce contexte, il est urgent que les pouvoirs publics prennent des mesures volontaristes (cf. infra) pour réduire le nombre de carences ambulancières et désamorcer les contentieux sur les appuis logistiques. Par ailleurs, les travaux de la mission ont confirmé l'importance croissante de nouveaux points de crispations, comme celui du temps d'attente des équipages de véhicule de secours et d'aide aux victimes (VSAV) dans les services d'urgence (cf. infra).

En outre, les échanges de la mission avec les acteurs de terrain ont montré que l'existence de démarches de planification stratégique définies au niveau national avec un cadrage d'outils de planification relevant de logiques propres à chaque secteur (santé et sécurité) ne facilite pas leur prise en compte réciproque au sein des territoires. Il convient de veiller, au niveau national, à la cohérence de ces démarches stratégiques afin de faciliter leur mise en œuvre sur le terrain.

Les réponses aux différents questionnaires et les visites effectuées par la mission ont montré que les relations entre SAMU et SDIS varient fortement d'un département à l'autre. Au niveau national, les prises de position de différentes organisations professionnelles ont pu accentuer une impression de clivage qui, sur le terrain, n'apparaît pas toujours aussi marquée. Les efforts sont réels de part et d'autre pour apporter la meilleure réponse aux patients et aux victimes malgré des difficultés notables qui pourraient être atténuées dans un cadre national disposant d'un décideur légitimé aussi bien vis-à-vis des acteurs de la santé que de la sécurité civile. Le mode de pilotage actuel a montré ses limites : une grande partie du référentiel n'est pas mise en œuvre et la «

quadripartite »⁶⁵ n'a pas réussi à lever les blocages et points de tensions persistants. C'est pourquoi la mission préconise, comme le suggérait d'ailleurs le rapport de 2014⁶⁶, la nomination d'un délégué interministériel qui aura seul la légitimité nécessaire pour porter dans la durée un travail conjoint visant à réactualiser et compléter le référentiel. Ce délégué interministériel, placé directement auprès du Premier ministre, disposerait d'une équipe très resserrée, pour remplir sa feuille de route qui inclurait l'amélioration globale de l'efficacité du dispositif, avec notamment la réactualisation du référentiel, le pilotage de l'élaboration de coûts standards pour les prestations entre services d'urgence, la modernisation des SI, la cohérence des démarches de planification stratégique dans les territoires, le pilotage de la démarche qualité au niveau national. A l'instar du délégué interministériel pour la sécurité routière, il incarnerait le référent communication sur le bon usage des numéros d'urgence et sur les apports des innovations mises en œuvre dans ce domaine.

Au-delà du manque de pilotage de cette politique publique à l'échelle nationale depuis 2008, les crispations persistantes entre « rouges » et « blancs » peuvent découler d'un manque de conscience du fait que SAMU et SDIS participent à une mission commune. Aussi, il convient de donner plus d'autonomie à la notion englobante de « secours et soins d'urgence » qui recouvre à la fois le SAP et l'AMU⁶⁷. Cela passerait notamment par l'intitulé du poste de délégué et par un changement de dénomination du référentiel.

Recommandation n°1 : Désigner un délégué interministériel aux secours et soins d'urgence

En termes d'approche générale, la mission plaide pour une mise à jour du référentiel sur la base de clarifications réglementaires. Ce travail de réactualisation du référentiel SAP-AMU, à renommer « référentiel commun d'organisation des secours et soins d'urgence » devrait être conduit sous l'impulsion du délégué interministériel et devra renvoyer à des arbres décisionnels conjoints élaborés par la Haute Autorité de Santé (HAS) en lien avec les sociétés savantes concernées (cf. infra). Le délégué interministériel assurerait à la fois le pilotage de l'indispensable concertation des acteurs et les arbitrages nécessaires.

Recommandation n°2 : Lancer dès la fin 2018 un travail d'actualisation du référentiel SAP-AMU, à renommer « référentiel commun d'organisation des secours et soins d'urgence »

2.2 Des mesures fortes sont nécessaires pour lever les principales difficultés dans la relation SDIS-SAMU

Dans un souci de clarté, la mission fait le choix ici d'une analyse synthétique des principaux points de difficulté liés à l'application du référentiel SDIS-SAMU. Cette analyse s'appuie largement sur l'exploitation des questionnaires adressés aux SAMU et SDIS, le taux de réponse élevé à cette enquête ayant permis à la mission de disposer d'une vision d'ensemble des pratiques en vigueur

⁶⁵ La « quadripartite » désigne le comité national de suivi du référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, instance de concertation qui rassemble les deux administrations centrales principalement concernées (DGOS, DGSCGC) et les organisations représentatives au niveau national des sapeurs-pompiers et des SAMU.

⁶⁶ Le rapport IGAS/IGA de 2014 envisageait déjà un recours de ce type « si toutes les tentatives de travail conjoint échouaient ».

⁶⁷ Il convient de noter que ce concept a déjà une consécration réglementaire (mais non législative), l'article 1 de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente disposant : « *Le référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente du 25 juin 2008 a pour objet la prise en charge des urgences pré-hospitalières et constitue la doctrine française des services publics en matière d'organisation quotidienne des secours et soins urgents* ».

dans les territoires et de l'appréciation qu'en portent les acteurs de terrain. Pour une lecture approfondie de chacun des points abordés ci-dessous, la mission renvoie à l'exploitation des questionnaires annexés au présent rapport.

2.2.1 L'organisation de la relation entre SAMU et SDIS doit être améliorée dans toutes ses dimensions

2.2.1.1 La généralisation des conventions globales interservices est quasiment atteinte mais ne suffit pas à lever l'ensemble des difficultés opérationnelles

Les prescriptions du référentiel SAP-AMU avaient vocation à être déclinées dans des conventions locales entre le SAMU et le SDIS, de même que les prescriptions du référentiel d'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière avaient vocation à être déclinées dans des conventions locales entre le SAMU et les ambulanciers. La circulaire du 14 octobre 2009⁶⁸ prévoit ainsi la signature de deux conventions (SAMU-SDIS et SAMU-ambulanciers) dans le cadre d'un protocole tripartite (SAMU, SDIS, ambulanciers) sous l'autorité du préfet de département. D'autres conventions plus spécifiques (sur les appuis logistiques ou les carences ambulancières notamment) peuvent compléter ces conventions portant sur les aspects opérationnels.

La généralisation des conventions globales SAMU-SDIS est aujourd'hui quasiment atteinte. En 2018, un cadre conventionnel est en effet partout en vigueur, à l'exception notable du Nord et du ressort territorial de la Brigade des sapeurs-pompiers de Paris (Paris et petite couronne). Cela constitue un progrès significatif par rapport à la situation qui prévalait en 2014, avec 25 départements qui ne semblaient pas dotés d'une convention SAMU-SDIS postérieure à l'adoption du référentiel. Par ailleurs, même si l'ensemble de ces conventions sont majoritairement anciennes (antérieures à 2014 dans environ 65% des cas), un travail d'actualisation important est à signaler (réalisé ou en cours dans près de la moitié des départements), ce qui témoigne d'un état d'esprit pragmatique et constructif globalement partagé par les acteurs de terrain.

Ce mode conventionnel présente toutefois des limites importantes.

D'une part, les conventions n'intègrent généralement pas les ambulanciers privés qui sont pourtant des acteurs majeurs de l'urgence pré-hospitalière (seules 20% des conventions sont tripartites SDIS-SAMU-ATSU). Cela reflète l'approche retenue au niveau national en 2008 consistant à remplacer un cadre tripartite (SDIS-SAMU-transporteurs sanitaires) par deux cadres conventionnels bipartites (SDIS-SAMU et SAMU-transporteurs sanitaires) alors même qu'ils se recoupent en grande partie. Cette approche présente des limites : les conventions SAMU-ambulanciers sont plus rares que les conventions SAMU-SDIS⁶⁹ et lorsqu'elles existent, leur articulation avec les conventions SAMU-SDIS dans le cadre d'un protocole tripartite sous l'autorité du préfet est souvent théorique, alors même que les interdépendances entre ces trois acteurs sont nombreuses.

⁶⁸ Circulaire du 14 octobre 2009 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente et de l'arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière

⁶⁹ Seuls 43% des SAMU et 37% des SDIS ayant répondu au questionnaire de la mission indiquent que la mise en œuvre du référentiel s'appuie au plan local sur une convention départementale entre le SAMU et les ambulanciers. Ces conventions ont une certaine antériorité : sur les 37 conventions existantes, seules 5 ont été signées ou réactualisées depuis 2014.

A l'occasion de la réactualisation du référentiel, il conviendrait donc de réintégrer les transporteurs sanitaires privés (TSP) dans un cadre conventionnel unique pour conforter leur place comme acteurs à part entière des secours et soins d'urgence et enclencher un mouvement de généralisation du cadre tripartite au niveau local.

Recommandation n°3 : A l'occasion de la réactualisation du référentiel portant sur les secours et soins d'urgence, réintégrer au niveau national les transporteurs sanitaires dans un cadre conventionnel commun entre SDIS/SAMU/TSP

D'autre part, des conventions locales peuvent apporter des solutions opérationnelles à la fois pragmatiques et adaptées à la réalité du territoire mais elles ne sauraient résoudre des difficultés structurelles qui découlent des incohérences ou imprécisions du cadre réglementaire (définition des carences ambulancières ou des appuis logistiques par exemple).

2.2.1.2 De nouveaux modes de pilotage et outils de planification stratégique s'imposent

Pilotage local

Le pilotage local du SAP et de l'AMU à l'échelon départemental s'appuie en principe sur un comité de suivi prévu par le référentiel pour la dimension opérationnelle et par des points réguliers en Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS) pour les décisions d'ordre stratégique. Le rapport IGAS-IGA de 2014 constatait déjà que ce dispositif fonctionnait assez peu et recommandait de « *redonner au CODAMUPS-TS sa place d'instance de concertation active sur les sujets de SAP et AMU* ».

Le comité de suivi départemental SAP/AMU n'est pas en place dans près de la moitié des départements⁷⁰. Un peu plus actif que les CODAMUPS là où il est en place, il ne suffit pas à assurer un dialogue entre le SAMU et le SDIS sur les aspects stratégiques comme sur les dysfonctionnements quotidiens.

Pour leur part, les CODAMUPS-TS tendent, parfois faute de quorum, à être moins régulièrement réunis (il n'y a pas eu de réunion du CODAMUPS-TS dans une vingtaine de départements en 2016 et dans une trentaine en 2017) ou à se focaliser sur les sujets ayant trait à la permanence des soins et au transport sanitaire (garde et sectorisation ambulancière, autorisation de transport sanitaire) au détriment de l'AMU et du SAP. Les SAMU, les SDIS comme les préfets de département et les directeurs généraux des Agences régionales de santé considèrent d'ailleurs que le CODAMUPS-TS n'est pas un cadre de concertation opérationnel et réactif pour traiter de ces sujets⁷¹.

En outre, les comités de suivi départementaux et les CODAMUPS ne sont pas adaptés à la configuration dans laquelle le CRRA-Centre 15 ou le SIS (cas de la BSPP) a une compétence interdépartementale.

La mission considère que le pilotage du SAP et de l'AMU doit reposer avant tout sur des échanges réguliers et opérationnels entre acteurs de terrain qui peuvent se placer dans un cadre relativement informel. Les réunions mensuelles entre responsables du SDIS et du SAMU constituent

⁷⁰ 50% des SDIS et 60% des SAMU ayant répondu au questionnaire de la mission ont indiqué que le comité départemental de suivi SAP/AMU étaient en place dans leur département.

⁷¹ 79 % des SDIS et 53% des SAMU ayant répondu au questionnaire de la mission considèrent que le CODAMUPS-TS n'est pas une instance de concertation active sur le SUAP et l'AMU dans le département.

la forme privilégiée de coordination, elles facilitent le dialogue en permettant de dépasser les barrières sociologiques et d'aller vers une culture commune. Or les sources de désaccords peuvent résider dans des difficultés inter-personnelles.

En outre, le CODAMUPS n'est pas une enceinte adéquate de résolution des difficultés liées au SAP/AMU, et ce d'autant plus que la santé est organisée à un niveau supra-départemental. A court terme, le renforcement du pilotage national (cf. infra) devrait permettre de résorber de nombreuses sources de tensions entre acteurs locaux. S'agissant des sujets localisés, il convient de sensibiliser les préfets et les directeurs généraux des ARS à l'importance d'aborder régulièrement les questions ayant trait aux secours et soins d'urgence, quitte à ce que ce soit sur un format *ad hoc* qui ne soit pas celui du CODAMUPS (notamment lorsque le CRRA-Centre 15 a une compétence interdépartementale). A ce titre, ce sujet pourrait être abordé une fois par an en comité de l'administration régionale (CAR).

Recommandation n°4 : Prévoir par instruction que le bilan de la coordination SAP/AMU soit inscrit au moins une fois par an à l'ordre du jour du comité de l'administration régionale (CAR)

A moyen terme, dans l'hypothèse où des plateformes 112 de premier niveau seraient mises en place à une échelle supra-départementale (cf. scénario 4 ci-dessous), une instance locale de concertation associant l'entité chargée de faire fonctionner ces plateformes, les différents services d'urgence et leurs autorités de tutelle devrait être mise en place et pourrait être l'enceinte privilégiée de discussion sur les sujets ayant trait aux secours et aux soins d'urgence sur un ressort territorial donné.

Pilotage national

Le pilotage national du SAP/AMU avait été jugé faible en 2014, les deux directions principalement concernées (DGSCGC et DGOS) étant considérées alors comme « peu enclines à travailler ensemble » et peinant à « à fournir des chiffres fiables et à piloter leur réseau ». Entre 2014 et 2017, le comité national de suivi et d'évaluation s'est réuni une fois par an avec l'ensemble des partenaires concernés et a joué un rôle non négligeable pour impulser un certain nombre de chantiers (protocoles infirmiers, arbres décisionnels, etc.). Cependant, il a sans doute atteint ses limites en tant qu'enceinte décisionnelle dans sa configuration actuelle, comme le montre la non-résolution de tensions importantes sur certains points du référentiel. Aussi, la mission considère que le délégué interministériel aux secours et soins d'urgence aurait la légitimité nécessaire pour créer les conditions d'un dialogue constant, constructif et durable entre les différents acteurs (cf. supra). Dans l'hypothèse où le 112 deviendrait le numéro unique d'appel d'urgence, l'opérateur en charge de porter le projet aurait vocation à devenir une véritable « maison commune » des acteurs de l'urgence (cf. scénario 4 ci-dessous).

Planification stratégique

La qualité de l'articulation entre les moyens du SDIS et du SAMU est importante pour assurer l'efficacité globale du dispositif SAP-AMU. La planification stratégique, qui repose en principe sur la mise en cohérence des schémas directeurs propres à la santé, d'une part, et à la sécurité civile, d'autre part, devrait jouer à ce titre un rôle important dans cette articulation. Toutefois, la mission conjointe d'évaluation en 2014 avait jugé que la mise en cohérence des documents (schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) pour la sécurité civile et les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) pour la santé à l'époque) était lacunaire. Tout en soulignant leurs différences (nature, objectifs, échelle géographique), la

mission recommandait de prévoir l'avis préalable de l'ARS et des préfets de département sur ces schémas.

Si les modalités et les outils de planification (projet régional de santé pour la santé, SDACR et Contrat Territorial de Réponse aux Risques et aux effets potentiels des Menaces (COTRRIM) pour la sécurité civile) ont évolué de part et d'autre depuis le rapport de 2014, la mission constate que le mode de concertation réciproque est toutefois évoqué de façon généralement critique par les autorités. Ces outils étant établis selon des calendriers et avec des acteurs différents, pour une durée différente, et avec une portée beaucoup plus large que l'AMU et le SAP, ils ne permettent que rarement d'établir un diagnostic et des objectifs partagés entre ARS, les préfets, les SAMU et les SDIS sur les moyens dédiés.

Aussi, la mission considère qu'il est indispensable, dans un contexte de tension croissante sur la ressource disponible, de disposer d'une vision consolidée des moyens mobilisables pour les secours et soins d'urgence sur l'ensemble du territoire, des capacités d'intervention et des délais d'intervention associés et d'incorporer à cette analyse une dimension prospective pour tenir compte des réorganisations en cours. Pour être pleinement pertinente, cette analyse doit nécessairement dépasser le cadre départemental et associer les transporteurs sanitaires privés.

Dans ce contexte, et face à des risques accrus, un document régional conjoint de planification stratégique des secours et soins d'urgence devrait être élaboré par l'ARS et les préfets de départements concernés pour donner à l'échelle d'une région une vision consolidée de l'ensemble des moyens disponibles (médicaux, paramédicaux, secouristes, ambulanciers) ainsi que des capacités et délais d'intervention sur l'ensemble des secteurs. Compte tenu du rôle des conseils départementaux dans la gouvernance et le financement des SDIS, ils devraient être associés à cette démarche.

Recommandation n°5 : Prévoir qu'à l'échelle de chaque région le DG de l'ARS et les préfets de départements élaborent conjointement, en lien avec les présidents de conseil départemental, un document commun de planification stratégique des secours et soins d'urgence

2.2.1.3 Les modalités techniques d'échange d'informations sont encore largement insatisfaisantes, voire préoccupantes dans certains départements

Comme indiqué ci-dessus, la qualité des liaisons téléphoniques et des interconnexions informatiques est très variable d'un département à l'autre et elle n'est en tout état de cause pas à la hauteur du service que peut attendre la population française sur un domaine aussi crucial que la prise en charge des urgences vitales. Au regard des potentialités qu'offrent le numérique, le service public de l'urgence est en fort décalage technologique avec certains services privés (la géolocalisation des moyens n'était disponible que dans moins de 20% des services) ou avec de bonnes pratiques observées dans d'autres pays européens (télétransmission des bilans de santé par tablette et transmission d'imagerie par exemple). Cette situation n'a guère progressé au cours des dernières années.

Certes, la question des échanges d'information est à apprécier à l'aune des développements prévus pour les systèmes d'information nationaux relevant de ces domaines (SI SAMU et NeXSIS), les projets locaux de développement informatique étant souvent gelé dans l'attente de leur déploiement. Toutefois, la mission considère qu'il n'est pas acceptable qu'un élément aussi essentiel pour la bonne prise en charge des victimes/patients que la priorisation des liaisons téléphoniques ne soit pas atteinte en 2018 dans un certain nombre de départements. Alors que les

transferts d'appel sont extrêmement courants compte tenu des recoupements entre l'activité des SDIS et celle des SAMU, on ne peut se satisfaire d'une situation dans laquelle la priorisation des liaisons téléphoniques sur l'ensemble du territoire serait renvoyée au déploiement des grands SI nationaux. La mission considère qu'il est urgent que les autorités de tutelle (préfets, ARS) se saisissent de ce sujet technique mais primordial pour garantir ce minimum de qualité de service à la population à l'échéance du 1^{er} juillet 2019 et demandent aux SDIS et aux SAMU de rendre compte de la qualité de la liaison téléphonique.

Recommandation n°6 : Demander par instruction aux préfets et DG ARS de rendre compte de la qualité de la liaison téléphonique entre SAMU et SDIS dans leur ressort de compétence et, en l'absence de ligne dédiée ou équivalent, imposer un plan d'action pour une mise en conformité vis-à-vis du référentiel à l'échéance du 1^{er} juillet 2019

Les modalités de transmission des bilans constituent un autre élément important d'échanges d'information entre SAMU et SDIS. La transmission du bilan doit être le moment de déterminer, en fonction de l'état du patient, la nécessité d'un renfort médical ou l'opportunité d'un transport vers une structure médicale. Or les questionnaires des SAMU et SDIS révèlent que cet échange d'information n'est souvent pas effectué dans des conditions satisfaisantes et ce pour deux raisons principales :

- La première tient à l'utilisation du réseau radiophonique commun Antarès : le référentiel prévoyait que la transmission et la réception des bilans se fassent par Antares, chaque service devant assurer en permanence une veille du réseau commun secours et soin d'urgence (SSU). Les SDIS privilégient ce mode de communication, qui permet notamment un enregistrement par le CRRA, tandis que les SAMU tendent à considérer qu'il ne se prête pas à la formulation d'un diagnostic médical et demandent souvent la transmission du bilan par téléphone. Les SAMU peuvent également manquer de moyens pour veiller en permanence sur le réseau SSU.
- La seconde, et plus préoccupante, tient aux difficultés reportées par plus de la moitié des SDIS à joindre le CRRA et a fortiori le médecin régulateur (2/3 des SDIS). Certains SDIS ont également indiqué à la mission avoir le sentiment que les bilans sont insuffisamment pris en compte par la régulation médicale.

La mission estime que les outils actuels, qu'ils soient radio ou téléphoniques, ne sont pas adaptés à la transmission des bilans et que le déploiement des grands projets de SI nationaux doit être l'occasion de doter les services d'outils efficaces, de généraliser la télétransmission des bilans et d'en enrichir le contenu de façon à valoriser ces informations et à éviter des pertes de chance en utilisant pour cela des moyens modernes (type tablette). A ce stade, le projet SI-SAMU prévoit d'intégrer un applicatif de transmission des bilans via une application. Il est prévu que celle-ci ne soit mise à disposition que des SMUR et des ambulanciers privés, et non des SDIS.

Recommandation n°7 : Prévoir que l'accès à l'applicatif de transmission des bilans de SI-SAMU soit étendu aux SDIS et intégrer dans la refonte du référentiel leur enrichissement

Par ailleurs, si l'organisation des SAMU ne relève pas de son champ d'investigation, la mission considère qu'il est opportun d'engager des travaux sur leur organisation et sur les moyens de libérer du temps aux médecins régulateurs pour qu'ils puissent assurer dans de meilleures conditions le traitement des bilans.

2.2.2 Eléments essentiels du dispositif, les départs réflexes de VSAV doivent être déclenchés selon des modalités plus robustes

Le référentiel de 2008 a consacré le terme de « départ réflexe » pour désigner l'engagement de moyens du SDIS préalables à toute régulation médicale pour un certain nombre de motifs d'appel, que l'appelant compose le 18 ou le 15 (cf. supra). Par ailleurs, le guide d'aide à la régulation au SAMU-Centre 15 prévoit la possibilité de déclenchement réflexe d'une équipe SMUR par un ARM sans avis du médecin régulateur avec information immédiate de celui-ci, suivi d'une régulation prioritaire (niveau de priorité P0). Les départs réflexes traités dans la partie qui suit ne concernent que les départs réflexes de VSAV.

2.2.2.1 Les départs réflexes font partie des missions propres des SDIS

Dix ans après l'élaboration du référentiel SAP-AMU, la place des « départs réflexes » dans le dispositif continue de poser problème. Cela se manifeste d'abord par des remises en cause du fait qu'ils fassent partie des missions propres des SDIS, tout du moins sur le plan de la doctrine⁷².

Depuis 1996, les missions propres du SDIS consacrées au niveau législatif incluent « les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation » mais aussi « la protection des personnes » (article L1424-2 CGCT). Par ailleurs, les dispositions du code de la santé publique prévoient que les SDIS peuvent intervenir dans le cadre de l'AMU pour engager des moyens de sauvetage (article R6311-6⁷³), reconnaissant ainsi la complémentarité des moyens engagés par le SDIS et par le SAMU dans le cadre de leurs missions respectives.

Ces dispositions législatives et réglementaires relatives aux missions propres du SDIS demeurent relativement imprécises, et ne correspondent qu'imparfaitement aux missions réalisées par les SDIS. A titre d'exemple, l'article L1424-2 du CGCT indique que les SIS exercent « Les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes (...) » mais les sapeurs-pompiers ne se limitent pas aux détresses accidentelles (issues d'accidents, de sinistres ou de catastrophes) pour prodiguer les premiers secours. Les ministères de l'intérieur et de la santé y ont donc apporté successivement plusieurs précisions par voie de circulaires et d'arrêtés.

La circulaire du 29 mars 2004⁷⁴ retenait une interprétation relativement restrictive des missions propres du SDIS dans le cadre de l'urgence pré-hospitalière. Les interventions relevant des missions propres du SDIS étaient celles qui impliquaient « un dommage corporel provenant d'une action imprévue et soudaine, d'une cause ou d'un agent agressif extérieurs ». Si la circulaire rappelait que le lieu de l'intervention (public ou privé) ne constituait pas un élément prépondérant

⁷² A titre d'exemple, Luc Corack et Pierre-François Rolland estiment dans un article paru en 2016 dans l'AJDA (« L'implication des services d'incendie et de secours dans le transport sanitaire : Entre raison et sentiment... ») que : « pour conclure sur les départs réflexes, les auteurs du référentiel SAP, et après eux les ministres de la santé et de l'intérieur qui l'ont rendu opposable, ne pouvaient pas, au prétexte de définir des procédures opérationnelles dans certaines circonstances (urgences vitales et lieux publics), faire basculer dans le champ des compétences des SIS une part significative des missions normalement dévolues à l'aide médicale urgente ».

⁷³ « Lorsque les centres de réception et de régulation des appels reçoivent une demande d'aide médicale urgente correspondant à une urgence nécessitant l'intervention concomitante de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, ils transmettent immédiatement l'information aux services d'incendie et de secours, qui font alors intervenir les moyens appropriés, conformément à leurs missions ».

⁷⁴ Circulaire DHOS/01 n° 2004-151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente.

dans l'attribution des missions, elle invitait à considérer les interventions sur la voie publique et les lieux publics, quelle que soit leur nature, comme pouvant relever des missions propres du SDIS⁷⁵.

Cette conception restrictive des missions propres du SDIS a par la suite été étendue par la circulaire du 26 octobre 2007 relative à la définition des indisponibilités ambulancières⁷⁶. Par la négative, l'annexe I de la circulaire incluait notamment le « prompt secours », « la voie publique ou un lieu public », voire « l'urgence », dans les missions propres des SDIS (point I.A⁷⁷).

Le référentiel SAP/AMU de 2008, publié par arrêté du 24 avril 2009⁷⁸, a acté l'élargissement des missions propres du SDIS au champ du « départ réflexe », c'est-à-dire à trois types de situations : la détresse vitale identifiée à l'appel, les interventions sur la voie publique ou dans les lieux publics et certaines circonstances de l'urgence. En précisant que dans les situations de « départs réflexes », présentées à l'annexe I, l'engagement des moyens du SDIS doit précéder la régulation médicale que l'appel arrive au 15 ou 18, le référentiel a entériné des missions propres du SDIS qui vont au-delà des cas de « dommage corporel provenant d'une action imprévue et soudaine, d'une cause ou d'un agent agressif extérieurs » comme le prévoyait la circulaire de 2004. Le référentiel s'est en effet écarté du concept initial de « prompt secours » consacré par la circulaire du 6 octobre 1992⁷⁹. Le « prompt secours » n'était alors pas un critère pour déterminer les missions propres du SDIS mais un concept opérationnel qui visait à optimiser l'envoi de secours en cas d'urgence vitale uniquement dans les cas où l'appel arrivait au CTA, étant entendu jusqu'à 2008 qu'un même appel qui serait arrivé au CRRA aurait eu vocation à être régulé par le SAMU préalablement à un envoi de secours relevant des SDIS. Dans la mesure où le référentiel prévoit que les moyens de secours doivent être déclenchés systématiquement dans un certain nombre de situations, y compris lorsque l'appel parvient au CRRA-Centre 15⁸⁰, le « départ réflexe » est devenu un champ autonome qui fait de facto partie des missions propres du SDIS.

Pour apporter des réponses structurelles aux difficultés ayant trait aux carences ambulancière et appuis logistiques, d'une part, et prévenir tout contentieux juridique, d'autre part, la mission considère qu'une clarification juridique des missions propres du SDIS s'impose. Conforme à l'esprit de l'article L. 1424-42 du CGCT, cette clarification devra nécessairement être, dans la hiérarchie des normes, d'un niveau équivalent aux dispositions relatives aux missions des SMUR, donc de nature réglementaire. Elle devrait s'accompagner de l'élaboration d'arbres décisionnels communs aux CRRA et aux CTA, sous l'égide de la HAS en lien avec les sociétés savantes concernées, pour le déclenchement des départs réflexes, ce qui permettra de déterminer dans le détail les interventions qui relèvent d'un prompt secours dans des circonstances particulières de l'urgence et celles qui relèvent des ambulanciers privés (cf. infra).

⁷⁵ « Le lieu d'intervention s'il ne constitue pas un élément prépondérant dans l'attribution des missions, reste déterminant pour ce qui concerne les demandes d'intervention sur la voie publique et dans des lieux publics qui présentent par leur nature un risque d'aggravation ou de pauvreté des informations transmises lors de l'alerte. La rapidité requise dans ces circonstances pourra justifier un envoi immédiat des moyens secouristes des services d'incendie et de secours. »

⁷⁶ Circulaire DHOS/O1/DDSC/BSIS n° 2007-388 du 26 octobre 2007 relative à la définition des indisponibilités ambulancières.

⁷⁷ « A. - Nature de la mission : « les interventions ne relèvent pas de l'article L. 1424-2 (missions propres des SDIS) » (art. L. 1424-42 du CGCT) - la mission ne concerne pas un prompt secours, - la mission ne concerne pas la voie publique ou un lieu public ; - la mission ne concerne pas une évacuation de victime d'un incendie ou d'un accident routier ; - la mission ne concerne pas les transports sanitaires programmés ; - il s'agit d'une demande d'intervention sans caractère d'urgence ».

⁷⁸ Arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente.

⁷⁹ Circulaire du 18 septembre 1992 relative aux relations entre le service départemental d'incendie et de secours et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours.

⁸⁰ « Dans les situations présentées à l'annexe I, l'engagement des moyens de secours précède la régulation médicale (...). Si l'appel de la personne en détresse parvient au CRRA, le PARM demande au CTA l'engagement d'un moyen du SIS, en précisant le motif, puis transfère l'appel au médecin régulateur du SAMU, pour un engagement éventuel du SMUR ».

Recommandation n°8 : Définir, par décret en Conseil d'Etat, le « départ réflexe » comme l'engagement des moyens du SDIS, quel que soit le numéro d'urgence initialement composé par l'appelant, dans des circonstances particulières de l'urgence qui nécessitent un prompt secours et qui sont précisées par arrêté.

2.2.2.2 Les « départs réflexes » présentent le risque d'une inflation difficilement soutenable des envois de moyens de secours

Les départs réflexes permettent d'apporter une première réponse la plus rapide possible aux situations les plus graves et urgentes, qui sont listées dans l'annexe I du référentiel. Une interprétation extensive de ces critères présente toutefois le risque d'une inflation dans l'envoi des moyens des SDIS, non efficiente et réduisant in fine le potentiel d'intervention des sapeurs-pompiers pour les interventions les plus graves.

A la suite du rapport de 2014, l'arrêté et la circulaire du 5 juin 2015 ont réduit le nombre de motifs de départs réflexe (en retirant les lieux publics et les établissements recevant du public des motifs de départs réflexes). Ils visaient à permettre aux acteurs locaux d'apporter un certain nombre d'ajustements allant dans le sens d'une régulation médicale a priori par le SAMU d'un plus grand nombre d'appels parvenant au 18. En complément, la DGOS et la DGSCGC ont adressé une instruction ministérielle en décembre 2016⁸¹ qui contient des recommandations relatives aux départs réflexes et aux arbres décisionnels. Pour un certain nombre de motifs de départs réflexes, ces recommandations prévoient un nombre limité de questions standardisées qui doivent permettre à l'opérateur du CTA de transférer l'appel au CRRA-Centre 15 sans engager de moyens. Entre un tiers et la moitié des départements ont engagé une révision des procédures de départ réflexe pour tenir compte des propositions d'arbres décisionnels.

Les SDIS portent dans l'ensemble une appréciation positive sur les évolutions introduites par l'arrêté et la circulaire du 5 juin 2015, même si tous ne s'en sont pas encore saisis.

Les SAMU ont une appréciation ambivalente des évolutions intervenues dans ce domaine depuis 2014. D'un côté, ils considèrent qu'elles ont permis d'engager à meilleur escient les moyens secouristes. Pour autant, ces évolutions ont directement engendré selon eux une hausse des carences ambulancières faute de capacité d'adaptation rapide de l'offre des transporteurs sanitaires privés.

Malgré les ajustements apportés depuis 2008, le champ du départ réflexe est jugé insatisfaisant par les SAMU, qui déplorent un envoi de moyens trop systématique pour des cas non urgents avec un impact non négligeable sur la surcharge des services d'urgence. Si les ¾ des SDIS considèrent le champ actuel du départ réflexe comme satisfaisant ou très satisfaisant, de nombreux SDIS notent également que la croissance tendancielle du nombre de départs réflexes n'est pas soutenable à court-moyen terme.

Dans le cadre des questionnaires, la mission a pu recueillir certaines statistiques concernant le devenir des départs réflexes. Sur un échantillon de 469 485 départs réflexes régulés par 17 SAMU⁸², 14% ont conduit à laisser la victime sur place. Une première analyse pourrait suggérer que le degré d'urgence n'a pas été finement analysé au moment de l'engagement des moyens. De même,

⁸¹ INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGOS/R2/DGSCGC/2016/399 du 22 décembre 2016 relative aux arbres décisionnels d'aide à la décision de déclenchement des départs réflexes des sapeurs-pompiers

⁸² Cet échantillon correspond aux SAMU ayant été capables de fournir des statistiques reposant sur des données précises d'activité dans le cadre de leur réponse au questionnaire de la mission.

la faible part des départs réflexes ayant donné lieu à un renfort médical (11%) peut aussi bien suggérer une tendance trop systématique à suivre une intervention SDIS d'un transport comme une priorité légitimement donnée à la rapidité de la prise en charge à l'hôpital. Toutefois, le doute doit profiter au patient, à l'appelant et l'absence de situation d'urgence ne peut, dans bien des cas, être diagnostiquée, qu'une fois l'appelant vu et le bilan transmis.

Tableau 6 : Devenir des départs réflexes en 2017 selon un échantillon de 17 SAMU

	Interventions régulées suite à un départ réflexe	Renfort SMUR	Transport non médicalisé vers SU	Victime laissée sur place	Autre devenir
SAMU 03	16393	706	10241	4367	1079
SAMU 10	10346	505	6430	1 500	1 911
SAMU 16	4630	542	2952	665	471
SAMU 17	20894	1 931	14360	4 326	277
SAMU 25	11 275	1 101	8296	1 393	485
SAMU 37	15 560	1 543	9955	1 768	2 294
SAMU 45	19216	458	12492	6124	142
SAMU 51	3273	448	2174	514	137
SAMU 54	10 853	10570	33	56	194
SAMU 59	112 114	10327	92872	8499	416
SAMU 60	40206	7645	24895	5736	1930
SAMU 77	70256	5845	50283	13065	1063
SAMU 78	50418	5671	34857	6411	3 479
SAMU 81	5345	544	3901	438	462
SAMU 86	8290	851	5730	356	1 353
SAMU 95	37932	4288	24609	4 470	4 565
SAMU 974	32284	974	23701	7292	317
Total	469 285	53 949	327 781	66 980	20 575

Source : Mission à partir des réponses des SAMU au questionnaire

Dans ce contexte, la mission plaide pour que la HAS élabore dans un délai maximum d'un an, en lien avec les sociétés savantes concernées, des arbres décisionnels beaucoup plus détaillés permettant de mieux analyser le niveau de priorité de l'appel par quelques questions posées par le premier opérateur en charge du décroché.

Recommandation n°9 : Faire élaborer par la HAS, en lien avec les sociétés savantes concernées, un arbre décisionnel, intégré dans le référentiel, pour expliciter le champ du départ réflexe et ses modalités de traitement.

2.2.3 Les carences ambulancières cristallisent les tensions entre SDIS et SAMU et menacent objectivement la soutenabilité du système actuel de secours d'urgence

2.2.3.1 L'augmentation tendancielle des carences ambulancières n'est pas soutenable

Les carences ambulancières désignent le transport d'un patient par le SDIS vers un établissement de santé, dans une situation ne relevant pas des missions des SDIS, à la demande du CRRRA-Centre 15 lorsque celui-ci constate l'indisponibilité dans un délai raisonnable des transporteurs sanitaires privés⁸³.

Longtemps considérée comme un simple irritant, la forte augmentation des carences ambulancières sur la période récente (+51% entre 2013 et 2017) est devenue une source de crispation qui va en s'aggravant. Les carences reportées par le SAMU ont représenté 7% du total des interventions pour secours à personne des SDIS en 2017, et elles ont atteint un niveau bien plus important dans certains SDIS⁸⁴. Les SDIS font valoir que la forte croissance de ces interventions qui n'entrent pas dans leur mission propre dégrade leur couverture opérationnelle et nuit à l'attractivité du volontariat. En effet, les centres d'incendie et de secours (CIS) mobilisent trois sapeurs-pompiers pour une carence ambulancière comme pour toute autre intervention de SAP, ce qui peut s'avérer tout particulièrement délicat en journée lorsqu'il est demandé aux sapeurs-pompiers volontaires de quitter leur poste de travail. Aussi, le sujet des carences ambulancières représente à court-moyen terme une menace objective à la pérennité du système français de secours d'urgence.

Tableau 7 : Evolution des carences ambulancières

	2013	2014	2015	2016	2017	Evolution 2017/2013
Nombre de carences ambulancières reportées par le SAMU	180 587	193 378	214 949	243 999	272 631	+51%
Tarif unitaire de la carence	115€	117€	118€	118€	119€	+3,5%
Montants payés par le FIR en année n+1	20,9M€	22,6M€	25,4M€	28,8M€	32,4M€	+55%
Nombre de carences estimées par les SDIS	n.c	383 018	437 079	445 169	492 593	/
Ecart entre le nombre de carences ambulancières reportées par le SAMU et celles estimées par les SDIS	n.c	189 640	222 130	201 170	219 962	/

Source : Mission à partir des données SAE et DGOS et DGSCGC pour les carences estimées par les SDIS

Cette hausse des carences a plusieurs déterminants : hausse des demandes de transport en général en raison de déterminants sociodémographiques, médicaux et de choix publics d'organisation de l'offre de soin (cf. supra), retrait des ambulanciers privés de l'urgence préhospitalière en raison de son modèle économique inadéquat (cf. infra), recentrage des SDIS sur

⁸³ L'article L. 1424-42 du CGCT dispose : « Le service départemental d'incendie et de secours n'est tenu de procéder qu'aux seules interventions qui se rattachent directement à ses missions de service public définies à l'article L1424-2 (...) Les interventions effectuées par les services d'incendie et de secours à la demande de la régulation médicale du centre 15, lorsque celle-ci constate le défaut de disponibilité des transporteurs sanitaires privés, et qui ne relèvent pas de l'article L. 1424-2, font l'objet d'une prise en charge financière par les établissements de santé, sièges des services d'aide médicale d'urgence ».

⁸⁴ Le SDIS de la Creuse a par exemple indiqué à la mission que la part des carences atteignait 20% du total de ses interventions (SAP et hors SAP), celui du Tarn 20% de ses interventions SAP.

leur cœur de mission qui conduit à davantage faire réguler *a priori* les appels reçus au 18 par le SAMU.

Le sujet des carences ambulancières n'est pas neutre en termes financiers. Si la législation prévoit que l'indemnisation des carences financières relève des établissements de santé sièges de SAMU, l'augmentation des dépenses a conduit à faire financer ces indemnités par le fonds d'intervention régional (FIR). Entre 2013 et 2017, les montants à la charge des ARS ont augmenté de 55% pour s'établir à 32,4M€ en 2017. Pour autant, les conseils départementaux, souvent appuyés par les SDIS, font valoir que cette indemnisation n'est pas suffisante et qu'elle ne couvre pas l'ensemble des interventions « réelles » pour carences. Ils considèrent d'une part que, lorsqu'un financement à l'intervention est prévu, l'indemnisation de la carence ambulancière à hauteur de 121€ (sauf dans les cas minoritaires d'indemnisation forfaitaire) est largement en-deçà des coûts associés à l'envoi d'un VSAV. La mission ne dispose pas d'élément fiable permettant d'objectiver le coût marginal d'une intervention, ce qui devrait pourtant être la base de définition des indemnisations. D'autre part, dans certains départements, un écart important existe entre le nombre de carences ambulancières reconnues par le SAMU et celles qualifiées comme telles par le SDIS et pour lesquelles une indemnisation supplémentaire est réclamée. Ces écarts découlent des désaccords persistants sur la qualification d'une intervention en carence ambulancière (cf. infra). De ce fait, le volume de carences estimé par les SDIS est 1,8 fois supérieur à celui déclaré par les SAMU au niveau national.

La mission note toutefois que le dispositif actuel de remboursement des carences par le centre hospitalier siège du SAMU fait peser sur les centres hospitaliers une dépense sur laquelle ils ont peu de leviers de gestion, tout en créant des tensions entre les SAMU et les SDIS, certains SDIS craignant que les SAMU soient de ce fait incités à sous-déclarer les carences. Ce constat plaide pour une simplification du circuit de financement des carences ambulancières, ce qui serait directement effectif si une enveloppe globale pour l'urgence pré-hospitalière était confiée aux ARS (cf. infra) mais devrait également être envisagé dans le cas contraire.

2.2.3.2 Une clarification supplémentaire de l'étendue des missions propres du SDIS est le préalable à toute réponse structurelle apportée à la question des carences ambulancières

Les questionnaires adressés au SAMU et au SDIS⁸⁵ ont montré que de nombreuses incertitudes demeurent sur les conditions dans laquelle une intervention du SDIS doit être qualifiée en carence ambulancière et indemnisée comme telle.

Comme le prévoit la circulaire conjointe du ministère de la santé et du ministère de l'intérieur du 26 octobre 2007⁸⁶, la caractérisation de la carence ambulancière repose sur deux critères : la nature de la mission⁸⁷ et ses circonstances⁸⁸. Le deuxième critère renvoie aux

⁸⁵ 21% des SAMU et 31% des SDIS ayant répondu à l'enquête de la mission ont fait part de désaccords sur la définition des carences ambulancières dans leur département.

⁸⁶ Circulaire DHOS/O1/DDSC/BSIS n° 2007-388 du 26 octobre 2007 relative à la définition des indisponibilités ambulancières telles que prévues par l'arrêté du 30 novembre 2006 et aux conventions passées entre les services d'incendie et de secours et les établissements de santé sièges des SAMU

⁸⁷ L'intervention ne doit pas relever de l'article L. 1424-2 (missions propres des SDIS) : ce doit être une intervention sans caractère d'urgence, ne concernant pas les transports sanitaires programmés, ne concernant pas une évacuation de victime d'un incendie ou d'un accident routier, ne concernant pas la voie publique ou un lieu public et ne concernant pas un prompt secours

⁸⁸ « L'indisponibilité des ambulanciers privés est avérée : hors période de garde ambulancière, après la sollicitation d'au moins une société de transport sanitaire privée ; en période de garde, après la sollicitation de l'entreprise assurant la garde des transports sanitaires ; à tout moment lorsque les délais d'intervention des ambulanciers privés sont

conditions dans lesquelles est constatée l'indisponibilité des transporteurs sanitaires privés par le CRRRA-Centre 15 ; il s'agit de s'assurer qu'il a bien effectué les démarches nécessaires auprès des ambulanciers privés, que ce soit en période de garde ou en dehors de la garde ambulancière, avant de solliciter le SDIS seulement en deuxième recours. A ce titre, si une bonne pratique paraît être de contacter au moins trois transporteurs sanitaires pour caractériser l'indisponibilité (le délai de 15 minutes le permettant sans difficultés), elle n'est aujourd'hui pas fixée par voie réglementaire⁸⁹. Au regard des pratiques différentes des SAMU⁹⁰, la mission propose de fixer réglementairement à trois le nombre de transporteurs sanitaires à solliciter pour caractériser une indisponibilité ambulancière.

Recommandation n°10 : Fixer par voie réglementaire à trois le nombre minimal de transporteurs sanitaires à solliciter avant de demander au SDIS d'intervenir pour carence ambulancière.

Bien que nécessaire, ce critère « circonstanciel » de la carence ambulancière n'a de sens que s'il existe un accord sur les interventions qui relèvent, par leur nature, des transporteurs sanitaires privés et celles qui relèvent du SDIS.

Une première clarification serait nécessaire sur le traitement des urgences vitales. Une lecture combinée des deux référentiels conduit à reconnaître les SDIS et les ambulanciers privés comme tous deux légitimes pour intervenir sur des urgences vitales. Les limites de leurs compétences respectives se recoupent donc, ce qui peut nourrir les conflits sur les carences.

Comme mentionné ci-dessus, les départs réflexes font partie des missions propres du SDIS. Il reste alors à savoir si le transport du patient par le SDIS vers un établissement de santé dans le cadre d'une de ses interventions relève aujourd'hui de ses missions propres ou d'une carence ambulancière.

En effet, la notion « d'évacuation » de l'article L1424-2 CGCT pourrait être entendue comme la simple mise à l'abri de la victime dans l'attente d'un autre vecteur de transport (ambulance du SMUR ou ambulance privée). A ce titre, la circulaire de 2004 entendait l'évacuation comme un transport « vers la structure médicale adaptée la plus proche »⁹¹, concevant ainsi que le transport sanitaire peut faire partie des missions propres du SDIS dès lors qu'il prolonge une intervention qui a elle-même relevé de ses missions propres. La circulaire interministérielle du 5 juin 2015, sous son axe I, n'a pas été aussi précise, se contentant de rappeler que le « secours d'urgence aux personnes (...) est une mission des SIS et consiste à : (...) réaliser l'évacuation éventuelle de la victime vers un lieu d'accueil approprié ».

incompatibles avec la nature de la demande de transport ; en l'absence d'organisation de la garde ambulancière sur une zone déterminée, dûment mentionnée par le CODAMUPS. »

⁸⁹ L'arrêté du 30 novembre 2006 dispose simplement à son article 3 que : « Le défaut de disponibilité est constitué lorsque les transporteurs sanitaires privés sont dans l'impossibilité de répondre à la demande de transport sanitaire formulée par la régulation médicale de SAMU, faute de moyens humains ou matériels mobilisables dans les délais compatibles avec l'état de santé du patient. »

⁹⁰ A titre d'exemple, si 62% des SAMU ayant répondu à l'enquête de la mission estiment que les ARM prennent contact avec au moins 3 professionnels avant demander au SDIS d'intervenir au titre d'une carence, un tiers des SAMU indiquent que moins de 3 professionnels sont contactés. 37% des SAMU indiquent que des interventions pour carences peuvent être sollicités auprès du SDIS même en l'absence de contact préalable avec un ambulancier privé mais du fait de la certitude de ne pas disposer d'un tel vecteur dans un délai raisonnable.

⁹¹ « L'évacuation d'une victime consiste en un transport sous surveillance par équipier formé, suite à une intervention, après orientation par le médecin régulateur vers la structure médicale adaptée la plus proche ».

Le tribunal administratif de Bordeaux, dans un arrêt du 19 février 2018⁹², a retenu une interprétation très restrictive du rôle des SDIS dans le transport des victimes. Le juge administratif a considéré que même dans le cas d'un « prompt secours », le transport sanitaire ne pouvait en aucun cas relever des missions propres du SDIS⁹³, mais qu'il relevait alors du SMUR en cas de médicalisation, sur la base de l'article R. 6123-15 du code de santé publique⁹⁴. Le juge ne se prononce pas sur la question des transports non médicalisés, même s'il considère qu'un transport sanitaire ne peut être effectué par les SDIS qu'à titre accessoire.

La nécessité du transport d'une personne sous surveillance par un équipage formé du SDIS est constaté de manière régulière lors d'intervention au domicile de personnes présentant une détresse vitale et pour lesquelles ils interviennent dans le cas de départs réflexes. Dans ce cas, il n'est pas envisageable d'attendre un autre moyen de transport sanitaire ou de prévoir un transfert entre le VSAV et un ambulancier du fait du risque de perte de chance. Cela amène à considérer que le départ réflexe, qui constitue une mission des SDIS, contient en lui-même la mission d'acheminement de la personne secourue jusqu'à son lieu de prise en charge. Les réponses aux questionnaires du SDIS et du SAMU montrent que cette notion est acquise par les différents acteurs. Toutefois, compte tenu des enjeux financiers et des risques contentieux, la mission considère qu'il convient de clarifier, par voie réglementaire, que les transports qui prolongent les interventions du SDIS dans le cadre des départs réflexes font partie intégrante de leurs missions. Elles ne peuvent donc être considérées comme des carences ambulancières.

Recommandation n°11 : Clarifier le fait que les transports qui prolongent les « départs réflexes » relèvent des missions des SDIS.

Dès lors que les arbres décisionnels seront validés au niveau national et utilisés par les CRRRA-Centre 15, ils permettront de rendre transparent la justification de l'envoi de moyens du SDIS par le SAMU dans le cadre du « départ réflexe » et de garantir la traçabilité des carences dans le système d'information. De ce fait, la mission considère qu'il n'y a pas lieu de modifier un texte législatif⁹⁵ pour ouvrir une procédure de requalification *a posteriori* des carences ambulancières. En tout état de cause, la mise en œuvre des arbres décisionnels devra faire l'objet de retours d'expérience réguliers auprès de la HAS et d'ajustements tenant compte de ces retours d'expériences. Dans l'attente de ces avancées, les services peuvent poursuivre les réunions de suivi des carences qui ont lieu dans de nombreux départements et qui permettent de requalifier des interventions en carences ambulancière après examen du dossier et validation par le chef de service du SAMU.

⁹² CHU de Bordeaux c/ Service départemental d'incendie et de secours de la Gironde.

⁹³ « Toutefois, il relève de l'ensemble de ce qui a été précédemment exposé, que si en effet, en cas de prompt secours, le SDIS assure des missions propres, il ne lui appartient pas d'effectuer des transports sanitaires. Or, lorsque le médecin régulateur du SAMU décide, au vu du bilan secouriste qui lui a été communiqué par les sapeurs-pompiers, de faire procéder à une médicalisation du patient en faisant intervenir le SMUR et que, par la suite, un transport sanitaire médicalisé est organisé, il est effectué par le SDIS en lieu et place des opérateurs qui devraient normalement y pourvoir, soit le SMUR ».

⁹⁴ « Dans le cadre de l'aide médicale urgente, la structure mobile d'urgence et de réanimation mentionnée à l'article R. 6123-1 a pour mission : 1° D'assurer, en permanence, en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation, et, le cas échéant, et après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé ».

⁹⁵ L'article L. 1424-42 du CGCT dispose clairement qu'il revient à la régulation médicale du centre 15 de constater le défaut de disponibilité des transporteurs sanitaires privés avant de qualifier une intervention en carences

2.2.3.3 Une baisse structurelle des carences ambulancières passe par un réengagement des transporteurs sanitaires privés sur l'urgence pré-hospitalière

L'augmentation des carences ambulancières découle d'un effet ciseau qui tient, du côté de la demande, à l'augmentation rapide du nombre de dossiers à réguler pour le SAMU (et donc de la demande de transport) et, du côté de l'offre, au désengagement des transporteurs sanitaires privés de l'urgence pré-hospitalière (UPH) au profit de l'activité programmée. Or la clarification des missions propres des SDIS, assortie de l'élaboration d'arbres décisionnels, devrait conduire à qualifier un plus grand nombre d'interventions comme relevant des transporteurs sanitaires privés, pour permettre au SDIS de se concentrer sur les interventions qui relèvent de leur cœur de métier, à savoir les missions requérant la mise en œuvre de gestes de secourisme. Si les transporteurs sanitaires privés continuent à ne pas être en condition de répondre aux sollicitations des SAMU-Centre 15, la clarification des missions respectives des SDIS ne suffira pas à réduire les sollicitations adressées aux SDIS.

Le désengagement des transporteurs sanitaires privés de l'urgence pré-hospitalière peut en partie s'expliquer par le manque d'organisation de la profession sur fond de sentiment d'exclusion depuis 2008 (le référentiel ayant marqué le passage d'une logique tripartite SDIS-SAMU-TSP à deux cadres bipartites SDIS-SAMU et SAMU-TSP). Toutefois, ce désengagement est avant tout le résultat d'une dégradation du modèle économique de l'urgence pré-hospitalière perceptible dès le début de la période d'application du référentiel SAP-AMU⁹⁶ sans amélioration notable apportée depuis. Comme l'ont montré des travaux de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté, le seuil de rentabilité ambulancier à l'échelle de l'ancienne région Franche-Comté s'établissait en 2014 à 62 euros de l'heure alors que le financement actuel conduisait à un taux de 40 euros de l'heure environ. De ce fait, hors période de garde, les ambulanciers privés participent à l'urgence pré-hospitalière sur un mode uniquement « opportuniste », c'est-à-dire lorsqu'ils ont un créneau assez large disponible (compte tenu des délais d'attente dans les services d'urgence) entre deux transports programmés. Ce comportement réduit considérablement la disponibilité des ambulances privés pour répondre aux sollicitations du CRRS-Centre 15 et génère des carences. Il est toutefois prévisible dès lors que le service public fait appel à des acteurs privés qui ont leurs impératifs de rentabilité⁹⁷.

Encadré 1 : Le modèle économique de l'urgence pré-hospitalière

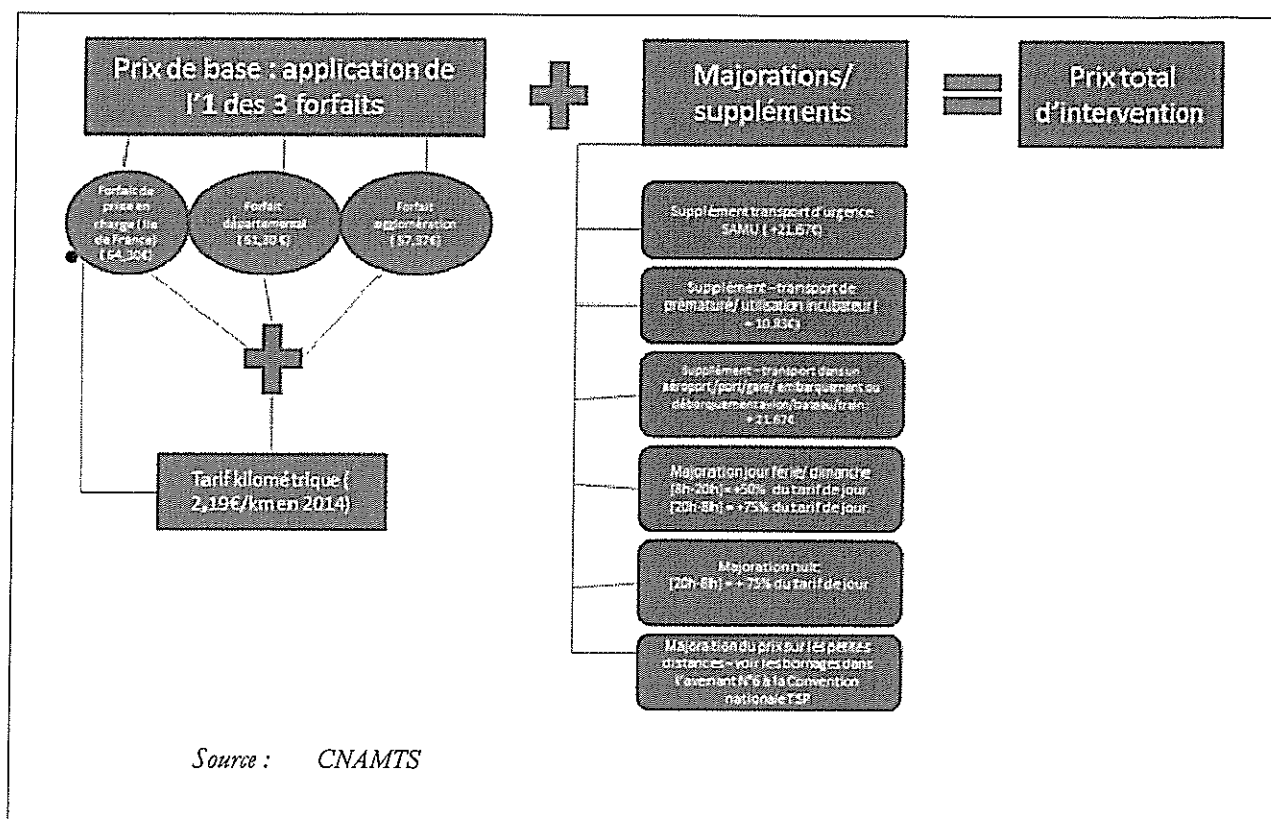
La tarification actuelle varie suivant que l'on soit en période de garde ou en dehors du dispositif de garde :

- En dehors de la garde (journée) : la prestation de l'ambulancier est facturée à 100% du tarif conventionnel avec un supplément SAMU (+21,67%)
- Dans le dispositif de garde : l'ambulancier reçoit un forfait de garde (346€) et le coût de chaque intervention est minoré de 60% avec application des majorations (nuit, dimanche ou jour férié) et supplément SAMU.

Schéma 1 : Prix total d'une intervention en ambulance

⁹⁶ Le rapport de Didier Eyssartier de septembre 2010 relatif à la rénovation du modèle économique pour le transport sanitaire terrestre considérait déjà que « l'organisation actuelle et les modalités de financement de cette activité peuvent conduire à de nombreux dysfonctionnements, des surcoûts importants et une activité des transporteurs sanitaires relativement réduite dans ce domaine ».

⁹⁷ C'est pour cette raison que le système hospitalier norvégien a fait le choix durant les années 1990 d'internaliser entièrement la ressource ambulancière.



A court-moyen terme, le secteur des transporteurs sanitaires va se reconfigurer sous l'effet de la réforme de la prise en charge du transport des patients hospitalisés prévue par l'article 80 de la LFSS 2017 qui est entré en application le 1^{er} octobre 2018. Si l'urgence pré-hospitalière n'entre pas dans le champ de la réforme, on ne peut exclure une baisse de la disponibilité des ambulanciers privés si ceux-ci privilégiaient, suite à leur réponse aux appels d'offres des établissements désormais prescripteurs, la recherche d'un volume plus important d'activité programmée afin de reconstituer leurs marges au détriment de leur disponibilité à répondre aux sollicitations du SAMU.

Dans ce contexte, la mission considère qu'il est urgent de modifier en profondeur le modèle économique de l'urgence pré-hospitalière pour garantir que des ambulances privées se repositionnent sur ce segment et soient en permanence en mesure de répondre aux sollicitations du CRRA-Centre 15, un objectif unanimement partagé par les représentants de la profession rencontrés par la mission. A ce titre, elle estime qu'il convient de s'appuyer sur les enseignements des expérimentations conduites dans le cadre de l'article 66 LFSS 2012 qui prévoient la possibilité pour certains territoires de déroger aux conditions de droit commun de financement de cette activité (à enveloppe financière constante en principe). Ces expérimentations constituent la principale avancée intervenue sur le champ du transport pré-hospitalier au cours de la dernière décennie.

Encadré 2 : Les expérimentations article 66 LFSS 2012

Comme le précise l'arrêté du 23 décembre 2014 portant cahier des charges relatif aux expérimentations d'organisation et de financement des transporteurs sanitaires urgents, « l'article 66 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 relative au financement de la sécurité sociale pour 2012 permet l'expérimentation de nouvelles modalités d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente. A cette fin, il est possible de déroger à certaines modalités d'organisation de la garde prévue par les articles R. 6312-18

à R. 6312-22 du code de la santé publique ainsi qu'aux règles de financement afférentes définies par la convention nationale des transporteurs sanitaires privés prévue à l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale ».

Depuis 2016, la première vague d'expérimentations concerne les départements des Bouches-du-Rhône, de la Haute-Garonne et de l'Isère (en intégrant certains secteurs de la Drôme). Une seconde vague d'expérimentation est en cours de mise en place dans les départements de la Meuse, de la Savoie, du Var, de la Charente-Maritime et de l'Allier.

Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations n'apparaissent pas satisfaisantes à plusieurs égards :

- Les délais entre les différentes étapes de la procédure ont été particulièrement longs sur une durée de six ans (publication d'un cahier des charges en décembre 2014, lancement de la 1^{ère} vague d'expérimentations au deuxième semestre 2016 et lancement d'une deuxième vague courant 2018) ;
- Un nombre trop restreint de départements a été retenu initialement dans le cadre de ces expérimentations alors qu'elles étaient l'occasion de s'appuyer sur l'initiative des acteurs de terrain ;
- Aucune échéance n'a été fixée pour déterminer les conditions d'une généralisation des expérimentations en cours et aucun bilan public n'a encore été présenté⁹⁸.

En dépit des limites de cette démarche, la mission considère que l'urgence à apporter une réponse structurelle à la question des carences ambulancières, d'une part, et la disponibilité d'éléments de bilan de la première vague d'expérimentations (même s'ils n'ont pas été rendus publics à ce stade), d'autre part, suffisent à envisager une refonte du modèle économique de l'urgence pré-hospitalière à l'horizon 2019 en s'appuyant sur les enseignements des expérimentations article 66 LFSS 2012.

⁹⁸ L'article 4 du décret du 23 décembre 2014 relatif aux expérimentations prévoit que le rapport d'évaluation soit transmis annuellement aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale afin de mesurer l'efficacité de l'organisation et de suivre l'évolution des dépenses sur les territoires d'expérimentation.

Tableau 8 : Bilan de la première vague d'expérimentations dans le cadre de l'article 66 LFSS 2012

Département	Principes de l'expérimentation	Résultats
Bouches-du-Rhône	Redécoupage des secteurs de garde et dispositif H24 Suppression du forfait de garde Paie de 130€ par sortie remboursable à 100%	Dépassement de l'enveloppe, augmentation du nombre d'interventions réalisées (+22%) mais diminution insuffisante des carences.
Haute-Garonne	Redécoupage des secteurs et dispositif H24 Forfait de 580€ par période de garde en secteur rural Suppression de l'indemnité de garde en secteur urbain et coût de l'intervention à 100%	Augmentation du volume de transports réalisés et diminution progressive des carences (grâce à l'ajout en début d'expérimentations d'ambulances dédiées à l'UPH)
Isère	Redécoupage des secteurs et dispositif H24 Tarification inchangée avec un supplément pour atteindre un revenu-cible dans les secteurs à forte activité Tarification inchangée complétée par une indemnité de 22€ pour chaque intervention en journée dans les secteurs à faible activité	Baisse du montant remboursable pendant la garde et baisse du nombre de carences en journée du lundi au samedi (même si elle reste insuffisante). Indemnité supplémentaire de 22€ pas suffisamment incitative dans les secteurs ruraux.

Source : Mission sur la base d'éléments de bilan provisoire de la CNAMTS

Sur la base des travaux des ARS, du bilan provisoire des expérimentations article 66 LFSS 2012 dont elle a pris connaissance et de ses échanges avec les différentes parties prenantes (syndicats de transporteurs sanitaires, CNAMTS, DGOS), la mission considère que la refonte du modèle de l'urgence pré-hospitalière devrait s'appuyer sur les principes organisationnels et financiers suivants :

- **L'instauration d'une permanence de garde H24** : cette approche retenue dans les trois départements est pertinente dans la mesure où les principales difficultés liées aux carences ambulancières (manque de disponibilité des sapeurs-pompiers volontaires) interviennent en journée, soit en dehors de la garde ambulancière, et que les carences ambulancières se concentrent précisément en journée et en semaine⁹⁹. Le modèle actuel de la garde ambulancière est dépassé et doit être revu en profondeur pour répondre aux enjeux actuels ;

⁹⁹ Selon les résultats de l'enquête de la DGOS demandée par instruction N° DGOS/R2/2016/379 du 9 décembre 2016, dans le cadre des travaux du comité national SAP AMU, conduite et consolidée courant 2017, 55% des carences se produisent en journée (de 8h à 20h) et en semaine selon les SAMU.

- **Une approche par revenu-cible en secteur urbain et par forfait de garde revalorisé en secteur rural** : l'expérimentation en Isère tend à montrer qu'une rémunération cible garantissant un minimum de rentabilité permettrait de limiter les carences, tout du moins dans les secteurs à forte activité. Cela consiste à définir pour différentes périodes un nombre d'interventions cible, la valeur de référence d'une mission et la recette cible de la période ; l'indemnité de garde versée par la CPAM varie alors entre zéro et la recette cible¹⁰⁰. En revanche, l'Isère a retenu une autre approche pour les secteurs ruraux consistant à ne pas modifier la tarification mais à verser une indemnité de 22€ pour chaque transport réalisé en journée (hors dimanche et jour férié). Cette indemnité s'est avérée insuffisamment incitative, ce qui suggère que la part forfaitaire doit être prédominante dans les secteurs qui se caractérisent par une faible activité et un éloignement des établissements de santé. A ce titre, la Haute-Garonne a retenu une autre approche consistant à prévoir dans les secteurs ruraux un forfait de 580€ par période de garde quel que soit le nombre d'interventions réalisées. Le bilan de cette expérimentation n'a pas permis de quantifier le nombre de transports ruraux mais cette hausse du forfait de garde devrait permettre de compenser leur mobilisation et de rentabiliser des interventions sur de grandes distances ;
- **La révision des secteurs de garde** : la révision, voire le regroupement des secteurs de garde est un corollaire à l'adaptation des principes financiers. L'organisation des secteurs de garde relève de la responsabilité des ARS mais la révision devrait être conduite en collaboration étroite avec les SDIS. Il est en effet envisageable que certains centres d'incendie et de secours prennent le relais des transporteurs sanitaires privés sur certaines tranches horaires et dans des secteurs à faible activité¹⁰¹ ;
- **La mise en place d'un mécanisme de responsabilisation des transporteurs sanitaires** : la contrepartie de cette amélioration de la tarification des transporteurs sanitaires doit être une plus grande responsabilisation. La Haute-Garonne a ainsi prévu, en cas de carences ambulancières injustifiées, que l'ambulancier doive rembourser un montant de 118€ et que l'indemnité de garde soit neutralisée ;
- **Mise en place d'un coordonnateur ambulancier s'appuyant sur un dispositif de géolocalisation** : cf. infra.

La déclinaison de ces principes devrait donner lieu d'ici la fin 2019 à un nouvel avenant à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés du 23 mars 2003. Elle devra s'accompagner de la transmission par le ministère de la santé d'une feuille de route adressée aux ARS pour parvenir à un recensement des besoins ambulanciers, y compris en termes d'agrément d'ambulances supplémentaires dédiées à l'urgence pré-hospitalière (dite « hors quota ») comme cela a été fait en Haute-Garonne, à une révision des secteurs de garde et à la mise en place de mesures d'accompagnement organisationnelles (formation des ambulanciers, mise en place de logiciel de géolocalisation ou d'un coordonnateur ambulancier, cf. infra).

Les expérimentations ont montré qu'une réorganisation du modèle de l'urgence pré-hospitalière suivant de nouveaux principes financiers était efficiente du point de vue de l'assurance maladie (hausse des montants remboursables limitée à 3,8% en Haute-Garonne et même en baisse de 2% en Isère/Drôme). Elle est souhaitable du point de vue des finances sociales dans leur ensemble (la distinction entre le paiement des carences par le fonds d'intervention régional et les transports sanitaires urgents par l'assurance maladie ayant peu de sens) ; dans l'hypothèse

¹⁰⁰ La formule suivante est appliquée dans 7 secteurs en Isère : indemnité due à l'entreprise par période = (nb. D'intervention cible – nb d'interventions facturées) x valeur de référence d'une mission.

¹⁰¹ Par exemple, dans les Bouches-du-Rhône, il a été convenu que sur la tranche de minuit à 6h pour les secteurs à faible activité (moins de 500 interventions annuelles sur cette plage horaire), les transporteurs sanitaires ne sont pas tenus d'intervenir, le Bataillon des marins-pompiers de Marins (BMPM) prenant le relais le cas échéant.

conservatrice d'une augmentation des carences de 10% par an à réglementation constante (y compris maintien de l'indemnité de 121€ au SDIS), le coût des carences pour le FIR augmenterait de 20,1M€ à l'horizon 2022.

Recommandation n°12 : Dans le cadre des négociations en cours avec les transports sanitaires, parvenir dans le courant de l'année 2019, à refondre par avenant à la convention les principes de tarification de l'urgence pré-hospitalière en s'appuyant sur les enseignements des expérimentations article 66 LFSS 2012.

Une autre approche consisterait à confier une enveloppe globale aux ARS pour couvrir le financement des transports pré-hospitaliers, des carences ambulancières, des sorties blanches (déplacement d'un ambulancier sur sollicitation du SAMU non suivi d'un transport vers un établissement de santé, et non rémunéré de ce fait) et des mesures organisationnelles nécessaires à l'optimisation de la réponse ambulancière (coordonnateur ambulancier, géolocalisation). Elle présenterait plusieurs avantages majeurs :

- Sur le segment de l'urgence pré-hospitalière, elle permettrait de mettre en cohérence les orientations relatives à l'organisation du secteur ambulancier (agrément, sectorisation de la garde, modalités d'optimisation de la réponse aux sollicitations du SAMU) avec celles relatives à sa tarification ;
- Elle permettrait de prévenir le risque qu'un mode de tarification défini au niveau national et valable sur l'ensemble du territoire (même en distinguant secteurs urbains et secteurs ruraux) ne soit pas adapté à certaines configurations locales. Les ARS disposeraient des moyens de tenir compte des spécificités locales et des ajustements pourraient être apportés au modèle économique avec une relative souplesse ;
- Les ARS sont bien placées pour entretenir un dialogue avec les SDIS et ainsi avoir une vision globale de la gestion des transports pré-hospitaliers. L'expérience de l'ancienne région Franche-Comté montre qu'un travail conjoint entre SDIS, SAMU et ATSU autour de l'ARS peut permettre de réaliser une modélisation des besoins de la population et donc une meilleure régulation de la réponse apportée par les acteurs de l'urgence ;
- Elles permettraient aux ARS de définir les bonnes conditions de prise en charge des « sorties blanches » sur cette enveloppe globale (cf. infra).

Cependant, la mission considère que cette option intéressante ne saurait être retenue qu'à la condition de réévaluer l'enveloppe actuelle dédiée au financement de l'urgence pré-hospitalière et à la faire évoluer régulièrement en fonction des besoins constatés qui trouvent pour partie leur origine dans la structuration de l'offre de prise en charge hors établissement de santé. Dans un contexte où le poids des transports urgents pré-hospitaliers (garde ambulancière inclus) dans la dépense totale du transport sanitaire est limité (4% de la dépense remboursable¹⁰²) et où des mesures importantes de rationalisation de la dépense en transport sanitaire ont déjà été prises (article 80 LFSS 2017), la mission considère que les économies sur l'urgence pré-hospitalière doivent plutôt être recherchées sur des déterminants structurels de nature à réduire la demande de transports : mise en place de centres de soins non programmés, télémédecine, prise en charge de la dépendance, etc. A ce titre, elle souligne que les établissements de santé ne devraient pas avoir à supporter les insuffisances de la réponse apportée à la demande de soins non programmés de la population, ce qui serait le cas si l'enveloppe globale confiée aux ARS s'avérait sous-dimensionnée et non réévaluée annuellement.

¹⁰² Rapport IGAS/IGF/IGA « Revue de dépenses relatives aux transports sanitaires », avril 2016

Tableau 9 : Evolution des transports pré-hospitaliers en ambulance hors département en expérimentation

	2015	2016	2017
Montant remboursable en M€	278,3	289,6	293,8
Evolution du montant remboursable N/N-1		4,1%	1,5%
Nombre de transports	1 514 748	1 620 872	1 665 514
Evolution du nombre de transports N/N-1		7,0%	2,8%

Source : CNAMTS

Plus globalement, la mission considère qu'il convient de mener une réflexion sur les déterminants tenant plus spécifiquement à l'organisation actuelle du SAP/AMU qui conduisent à un volume aussi significatif de transports vers les services d'urgence.

Tableau 10 : Evolution du nombre de transports vers les établissements de santé dans le cadre de l'urgence pré-hospitalière (SAP/AMU)

	2015	2016	2017	Evolution 2013/2017
Nombre de transports par le SMUR	379 460	368 864	363 460	
Nombre de transports par TSP	1 514 748	1 620 872	1 665 514	
Nombre de transports par VSAV				
Total				

Source : Mission à partir des données SAE et CNAMTS

La mission identifie plusieurs facteurs d'explication :

- Un engagement des moyens qui conduit rarement à laisser le patient sur place (cf. infra) ;
- Des modalités de transmission de bilans non optimales (cf. supra) alors que l'analyse du bilan doit permettre à la régulation médicale d'apprécier la pertinence d'un transport vers un établissement de santé ;

- Les transporteurs sanitaires sont financièrement incités à transporter systématiquement le patient vers un établissement de santé, faute de rémunération des « sorties blanches ». Les interventions sollicitées par le Centre 15 qui n'ont pas donné lieu à un transport de patient ne sont en effet pas facturées à la CPAM. Elles peuvent parfois donner lieu à des indemnisations par le biais de conventions entre l'ATSU et l'établissement de santé ou le SAMU (cas de l'Isère). La mission déplore que dix ans après son élaboration, la disposition du référentiel TS/SAMU prévoyant un financement des sorties blanches n'ait pas été mise en œuvre¹⁰³. Il ne revient pas à la mission de déterminer dans le détail les modalités de tarification des sorties blanches. **Toutefois, la mission souligne que l'augmentation des sorties blanches est tendanciellement amenée à s'accroître (les outils de télémedecine devrait permettre d'améliorer le diagnostic à distance du SAMU et donc rendre les transports moins systématiques), ce qui est souhaitable (baisse du nombre de passages dans les services d'urgence), à condition que les transporteurs sanitaires ne se désengagent pas des interventions pour « levée de doute » faute de financement approprié.**

Enfin, la mission souligne la nécessité que ce rééquilibrage des missions entre les SDIS et les transporteurs sanitaires privés ne conduise pas les patients à renoncer à des soins d'urgence. Aujourd'hui, une grande partie des transports pré-hospitaliers sont en principe gratuits, qu'ils relèvent des SDIS (principe de gratuité des secours) ou des SMUR (dans le cadre d'un financement par la MIG SMUR). A cet égard, la mission a constaté dans le cadre de ses travaux que cette gratuité n'est pas toujours effective, ce qui est contraire à la réglementation et nécessite des mesures de correction. La DGOS travaille actuellement sur cette question pour répondre, au plus tard dans le cadre de la réforme du reste-à-charge hospitalier portée par le ministère, aux difficultés rencontrées. Ce point a notamment été partagé en Conseil national de l'urgence hospitalière le 13 juillet 2018.

S'agissant des transports sanitaires urgents, ils ne sont normalement pris en charge qu'à 65% par l'Assurance-maladie. Sauf populations particulières (patients reconnus atteints d'une affection de longue durée pour un transport en rapport avec l'affection concernée, bénéficiaires de la CMU C, etc.), les seuls cas de prise en charge à 100% sont déterminés a posteriori lorsque le transport a été suivi d'une hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte coûteux ou pour des publics particuliers. Pour éviter d'éventuels comportements de renoncement aux soins, la mission plaide pour une prise en charge à 100% de tous les transports urgents demandés par la régulation médicale du SAMU.

Recommandation n°13 : Prendre en charge à 100% les transports sanitaires urgents.

Pour limiter les potentiels effets d'aubaine de la mesure, il conviendrait de définir les situations nécessitant un transport urgent dans un arbre décisionnel défini par la HAS.

Recommandation n°14 : Faire élaborer par la HAS des arbres décisionnels permettant de définir les situations autres que celles relevant des départs réflexes nécessitant l'intervention d'un transport sanitaire en urgence.

¹⁰³ Le référentiel SAMU/TS prévoyait pourtant que « les interventions non suivies de transport par les ambulanciers, quelle qu'en soit la raison, ne sont pas financées par l'assurance maladie. Il est donc demandé aux CGES de proposer un financement et un mode de tarification de cette part significative de l'activité des ambulanciers » (point V-2-3)

2.2.3.4 A court terme, des mesures organisationnelles peuvent permettre d'optimiser la gestion des carences et leur incidence opérationnelle pour les SDIS

Le réengagement des ambulanciers privés dans l'urgence pré-hospitalière prendra un certain temps. Or la nécessité de contenir l'évolution des carences et leur incidence opérationnelle pour les SDIS se pose à très court terme, certains SDIS ayant fait part de leur volonté, sauf mesures correctives, de refuser des interventions pour carences sollicitées par le SAMU (certains SAMU signalent déjà des cas de « carences de carence »). Cette situation implique que des mesures d'ordre organisationnelles soient prises à court terme.

Afin d'optimiser la gestion des carences, deux types de mesures peuvent être prises :

- La généralisation des postes de coordinateur ambulancier (ou le déploiement d'un logiciel équivalent): 40 SAMU ont fait part de l'existence d'un tel coordonnateur (le plus souvent un transporteur qui est physiquement présent au CRRA en journée) dont 30 qui estiment que son travail a permis de réduire le nombre de carences grâce à une meilleure interface avec les ambulanciers. Ce chantier a peu progressé depuis le rapport de 2014 qui dénombrait 28 coordonnateurs. La mission a noté dans ces déplacements qu'un logiciel d'attribution des missions entre ambulanciers sur la base de la géolocalisation et d'un algorithme transparent pouvait être manié par un ARM, se substituer à un coordinateur ambulancier et optimiser de manière satisfaisante la réponse ambulancière ;
- La mise en place d'outils de géolocalisation des véhicules : seuls 25 SAMU ont indiqué que le coordinateur disposait de ce type d'outils qui permettent à la régulation médicale de disposer d'une vision précise de l'état des moyens disponibles et de leurs délais d'engagement.

Dans ce contexte, la mission considère que les ARS devraient être responsable de l'optimisation de la réponse ambulancière par les SAMU, que ce soit par la présence systématique, a minima en journée, d'un coordonnateur ambulancier (ou d'un logiciel équivalent) et du déploiement de la géolocalisation des ambulances participant à l'AMU. Pour lever les différends financiers qui entravent fréquemment leur déploiement, la mission estime que ces mesures organisationnelles doivent être financées par le FIR (sauf dans le cas de coordonnateur ambulancier éloigné du CRRA auquel cas le financement doit relever de la profession) ; cet investissement a vocation à être neutralisé par la diminution du volume de carences.

Recommandation n°15 : Confier aux ARS le chantier prioritaire de l'optimisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière en demandant qu'elles rendent compte, d'ici l'été 2019, de l'état d'avancement de deux chantiers : la généralisation des coordonnateurs ambulanciers (ou mesure équivalente) et/ou le déploiement des outils de géolocalisation des transporteurs.

Par ailleurs, afin de réduire l'incidence opérationnelle des carences ambulancières pour les SDIS, la mission identifie trois pistes concrètes :

- Développer les jonctions entre VSAV et ambulances privées, hors évacuation suite à un départ réflexe, pour tout transport supérieur à un certain seuil exprimé en temps de transport ou en kilomètres : la possibilité de telles jonctions, prévue par la circulaire de 2015, reste très marginalement mise en œuvre. Un obstacle structurel au développement de cette pratique reste l'absence de rémunération des « sorties blanches » (l'ambulancier ne pouvant facturer un transport à l'assurance-maladie que s'il part du domicile du patient). La mission plaide pour une rémunération de ces sorties blanches (cf. supra) ;

- Reconnaître la possibilité pour le SDIS de reporter le départ pour une intervention en carences ¹⁰⁴; si aucune disposition réglementaire n'empêche cette pratique, il convient pour la sécuriser que la régulation médicale indique systématiquement au SDIS au moment de solliciter une carence le délai maximal envisageable avant l'arrivée du VSAV sur le lieu de prise en charge au regard de l'état du patient ;
- Permettre aux SDIS qui le souhaitent de dimensionner des équipages de deux sapeurs-pompiers (chef d'agrès et équipier) pour effectuer des interventions pour carences ambulancières, afin notamment de réduire la sollicitation des sapeurs-pompiers volontaires, de réduire les coûts générés par les carences pour le SDIS et d'ajuster la composition de l'équipage à la nature du besoin (simple transport). Il convient sur ce point de clarifier le cadre juridique. En effet, si l'article R. 6312-15 du code de la santé publique autorise les services d'incendie et de secours à intervenir avec un équipage et un équipement similaire à celui des ambulanciers privés lorsqu'ils interviennent en carence (soit un équipage à deux)¹⁰⁵, sa rédaction ambiguë et son articulation incertaine avec l'article R. 1424-42 du code général des collectivités territoriales, qui prévoit que « les missions de secours d'urgence aux personnes nécessitent au moins un véhicule de secours aux asphyxiés et blessés et trois ou quatre sapeurs-pompiers »¹⁰⁶, plaident pour une réécriture à des fins de sécurité juridique. Cette réécriture pourrait également permettre de clarifier la possibilité d'équipages à deux pour les relevages simples et autres interventions médicosociales ou sociales.

Recommandation n°16 : Clarifier et aligner la rédaction de des articles R. 1424-42 du code général des collectivités territoriales et R. 6312-15 du code de la santé publique afin de sécuriser la possibilité donnée aux SDIS d'avoir recours à des équipages à deux pour les évacuations et transports sur carences, les relevages simples et les interventions médico-sociales ou sociales.

2.2.4 Bien qu'encore localisé, le sujet des appuis logistiques est devenu une source de contentieux entre SDIS et SAMU d'où la nécessité d'une clarification réglementaire

Au plan juridique, l'appui logistique désigne la situation dans laquelle un établissement de santé qui ne dispose pas de moyens de transports suffisants pour faire fonctionner une ligne SMUR fait appel à un tiers (transporteur sanitaire, association agréée de sécurité civile ou SDIS) pour lui mettre à disposition les équipements nécessaires pour obtenir l'autorisation SMUR¹⁰⁷. Cette mise à

¹⁰⁴ Cela peut notamment permettre pour les carences qui concerneraient un CIS en zone rurale, constitué uniquement de sapeurs-pompiers volontaires, de faire intervenir des sapeurs-pompiers professionnels d'un centre d'incendie et de secours plus éloigné, afin de préserver la ressource en volontaires en journée en semaine.

¹⁰⁵ « Lorsqu'ils effectuent des évacuations d'urgence de victimes de sinistres conformément à l'article L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales, lorsqu'ils interviennent faute de moyens de transports sanitaires prévus par la présente section, les équipages et les véhicules utilisés par les services d'incendie et de secours répondent aux conditions exigées pour les équipages et les véhicules effectuant les transports sanitaires d'urgence. (...) »

¹⁰⁶ L'article R. 1424-42 du code général des collectivités territoriales dispose que « Pour les autres missions prévues par l'article L. 1424-2, les moyens doivent être mis en œuvre par au moins deux sapeurs-pompiers. ». Mais l'article R. 6312-15 du code de la santé publique rattachant les carences aux « évacuations d'urgence de victimes de sinistres conformément à l'article L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales », il paraît assimiler les carences aux missions de secours d'urgences à personne, qui nécessitent au moins un équipage à trois.

¹⁰⁷ L'article D6124-12 du code de santé publique dispose que : « L'autorisation d'exercer l'activité mentionnée au 2° de l'article R. 6123-1 ne peut être délivrée à un établissement de santé que s'il dispose des personnels, conducteur ou pilote, ainsi que du matériel, nécessaires à l'utilisation des moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes prévus au chapitre II du titre Ier du livre III de la présente partie. Les personnels et les moyens de transports sanitaires mentionnés au premier alinéa peuvent être mis à la disposition de l'établissement autorisé dans le cadre de conventions entre cet établissement et des organismes publics et privés. Des entreprises de transport sanitaire privé, des associations agréées de sécurité civile ou les

disposition de moyens de transports sanitaires se place nécessairement dans un cadre conventionnel ; il lie le plus souvent un établissement de santé au SDIS. La circulaire de 2004 précisait que, dans ce cadre conventionnel, le SDIS intervient comme prestataire de services, pour le compte du SMUR et sous l'autorité de son chef de service¹⁰⁸.

Ces conventions d'appuis logistiques entre hôpital et SDIS, relativement courantes, ne posent pas de difficultés en soi, si ce n'est que les tarifs conventionnels s'avèrent très hétérogènes. Dans le cadre des questionnaires de la mission, 26 SAMU ont indiqué que le SDIS met à disposition des moyens à l'établissement de santé siège de SMUR de manière permanente et deux de manière saisonnière tandis que 50 SDIS ont indiqué réaliser un appui logistique au SMUR dans le cadre d'une convention en vigueur. Les SAMU et les SDIS précisent que le mode de calcul des indemnités des appuis logistiques repose majoritairement sur un forfait simple à l'intervention, surtout s'agissant de la médicalisation des VSAV. Toutefois, les modes de calcul des forfaits et leurs montants varient fortement d'un département à l'autre pour ce type d'interventions (de 76,12€ dans les Vosges à 365,30€ dans le Tarn-et-Garonne).

Les difficultés récentes découlent de la qualification, et donc de l'indemnisation, d'interventions du SDIS assimilées à des appuis logistiques mais qui ne se placent pas dans un cadre conventionnel. Les désaccords principaux portent ainsi sur la médicalisation du VSAV, soit la situation dans laquelle un médecin du SMUR utilise sur décision de la régulation médicale les véhicules et personnels du SDIS pour l'acheminement du patient vers l'établissement de santé, que ce soit dans le cadre du départ réflexe ou en dehors, lorsque celle-ci n'est pas indemnisée comme appui logistique. Les avis des SAMU et SDIS divergent fortement sur la qualification de ces interventions. Pour la majorité des SDIS, il s'agit d'un appui logistique que ce soit en départ réflexe (53%) ou hors départ réflexe (68%). Pour la grande majorité des SAMU, il ne s'agit en aucun cas d'un appui logistique, que ce soit en départ réflexe (85%) ou en hors départ réflexe (74%).

Les enjeux liés aux appuis logistiques sont certes avant tout financiers (certains SAMU soulignent les difficultés de l'établissement de santé à obtenir par la MIG SAMU le financement pour répondre à la demande des SDIS, ce qui conduit les ARS à prendre en charge une partie de cette charge via le FIR) mais ils portent plus fondamentalement sur la clé de répartition des transports dans le cadre de l'urgence pré-hospitalière entre SMUR, SDIS et ambulanciers privés. Ils se posent avec une acuité particulière depuis que des contentieux ont été portés devant la juridiction administrative.

Les principaux contentieux concernent les Hauts-de-France où les CHU avaient historiquement des conventions d'appuis logistiques avec les SDIS pour faire fonctionner les lignes SMUR. Cependant, ils ont estimé en 2012 être dotés de moyens propres suffisants pour faire fonctionner la ligne SMUR et ont donc dénoncé les conventions d'appuis logistiques. Or les SDIS considèrent qu'ils ont continué à être sollicités par le SAMU pour le simple transport vers l'établissement de santé de patients dans le prolongement d'une intervention du SMUR en véhicule léger. Les SDIS demandent donc l'indemnisation de ces interventions effectuées sur plusieurs années et assimilées à des appuis logistiques pour un tarif unitaire de 346€. Les établissements de

services départementaux d'incendie et de secours peuvent mettre à disposition, par voie de convention avec cet établissement de santé, certains de leurs moyens ».

¹⁰⁸ « Lorsque les services d'incendie et de secours ou les entreprises de transport sanitaire privées ont passé convention avec un centre hospitalier afin que ce dernier dispose des véhicules et personnels nécessaires, les personnels et véhicules mis à disposition n'interviennent pas au nom du service d'incendie et de secours, ou de l'entreprise, mais en tant que prestataires du service hospitalier. Ils sont, dans ce cadre et pour la réalisation de cette mission, placés sous l'autorité fonctionnelle du chef de service du SMUR »

santé refusent de verser ces sommes faisant valoir que les conventions d'appuis logistiques ont été dénoncées et qu'aucune indemnisation n'est prévue en dehors d'un cadre conventionnel.

Si le juge administratif ne s'est pas encore prononcé sur les contentieux en cours dans les Hauts-de-France, le tribunal administratif de Bordeaux a rendu un arrêt le 19 février 2018 dans un cas d'espèce similaire ; la différence réside dans le fait qu'une convention d'appui logistique est toujours en vigueur mais que le SDIS de Gironde réclame au CHU de Bordeaux l'indemnisation d'interventions supplémentaires qui relèvent pour ce dernier des missions propres du SDIS. Comme mentionné ci-dessous, le juge administratif a considéré que le transport sanitaire ne peut en aucun cas faire partie des missions propres du SDIS, que ce soit dans le cadre d'un prompt secours ou non, et que le SDIS était fondé à demander l'indemnisation de ces interventions réalisées pour le compte du SMUR. Le CHU de Bordeaux a fait appel à cette décision.

Dans un contexte où les contentieux en cours sur les appuis logistiques sont porteurs d'un risque juridique et financier non négligeable, la mission considère qu'il est urgent de clarifier la réglementation et de prévenir une propagation des contentieux.

Comme elle l'a présenté ci-dessous, la mission considère qu'aucune ambiguïté ne doit demeurer sur le fait que le transport d'une victime vers un établissement de santé dans le prolongement d'un départ réflexe relève des missions propres du SDIS.

Il convient alors de s'intéresser au cas de la médicalisation ponctuelle du VSAV, soit en dehors de tout cadre conventionnel et en dehors des départs réflexes. Deux éléments conduisent la mission à considérer que ces interventions ne relèvent pas des missions propres du SDIS et doivent faire l'objet d'une indemnisation :

- La circulaire de 2004 prévoyait très clairement que la médicalisation du VSAV hors cadre conventionnel avait vocation à rester exceptionnelle et que, dans le cas contraire, elle devait conduire le centre hospitalier à passer une convention avec le SDIS¹⁰⁹. Au regard de la pratique des SMUR qui tendent à privilégier de s'équiper en véhicule léger plutôt qu'en ambulance, il n'est pas conforme à l'esprit des textes que les SAMU aient régulièrement recours au SDIS pour du transport médicalisé, ce qui ne relève pas de ses missions propres hors départ réflexe, sans que cette récurrence ne conduise à la signature d'une convention d'appui logistique ;

¹⁰⁹ « Le médecin régulateur peut juger utile un renfort médical alors que le patient est installé dans le véhicule des sapeurs pompiers en vue de son évacuation. Dans ce cas particulier, l'évacuation sera médicalisée. L'équipe mobile hospitalière, lorsqu'elle assure elle-même la surveillance d'un patient dont les soins sont effectués à l'intérieur d'un VSAV, bénéficie du concours du personnel du SDIS. Ces situations doivent rester ponctuelles et liées à une dégradation de l'état du patient au cours de la mission. Si ces évacuations médicalisées s'avèrent un moyen de compléter de manière régulière les moyens du SMUR, le centre hospitalier doit passer alors convention avec le SDIS en application du dispositif prévu au I-2-2 susvisé ».

Tableau 11 : Evolution des moyens d'intervention dont le SMUR est propriétaire

	2013	2017	Evolution
Ambulances	444	474	+6,8%
Véhicules légers	650	697	+7,2%

Source : Données SAE

- Le référentiel SAMU/TSP prévoit une rémunération, hors procédure de marché public, des transporteurs sanitaires à l'intervention dans le cas d'une médicalisation d'un transport sanitaire de manière ponctuelle¹¹⁰. Il n'est donc pas logique de maintenir une situation dans laquelle un partenaire du SMUR (l'ambulancier privé) est indemnisé dans le cadre d'un transport ponctuel effectué pour son compte et que ce ne soit pas le cas pour l'autre partenaire (le SDIS). Dans le contexte financier actuel, le principe longtemps tacite de non-facturation entre services publics n'est plus admis par l'ensemble des acteurs.

Pour autant, la mission considère que ces interventions (médicalisation du VSAV hors départ réflexe) ne doivent pas être qualifiées en appui logistique. Dans un souci de clarté juridique, il est souhaitable que les appuis logistiques désignent uniquement les prestations de service qui se placent dans un cadre conventionnel et qui déterminent la capacité d'un établissement à faire fonctionner une ligne SMUR, conformément à la réglementation. Sur la même terminologie que celle retenue par le référentiel SAMU/TS, la mission préconise que ces interventions soient plutôt qualifiées de « recours ponctuel à un moyen du SDIS pour le fonctionnement d'un SMUR ». A ce titre, il serait logique que l'indemnisation de la médicalisation d'un VSAV soit alignée sur celle de la carence ambulancière.

Tableau 12 : Qualification de différentes situations

	Descriptif	Qualification	Indemnisation du SDIS
Situation 1	Suite à un départ réflexe du SDIS, le médecin du SMUR rejoint le lieu de prise en charge en VL et apporte un renfort médical alors que le patient est installé dans le VSAV	Mission propre du SDIS	Non
Situation 2	Le SMUR fait appel au VSAV qui lui est mis à disposition par le SDIS dans un cadre conventionnel pour transporter avec lui le patient vers l'établissement de santé	Appui logistique au SMUR	Oui (selon le tarif prévu par la convention d'appui logistique)
Situation 3	Sans que des moyens de sauvetage ait été préalablement engagé, le médecin du SMUR est parti en véhicule léger pour arriver au plus vite au domicile du patient ; sur place, il demande au SDIS l'envoi d'un VSAV pour le transport du patient vers l'hôpital	Recours ponctuel à un moyen du SDIS pour le fonctionnement d'un SMUR	Oui (selon une tarification nationale)

Source : Mission

¹¹⁰ « Recours ponctuel à un moyen extérieur pour le fonctionnement d'un SMUR (médicalisation d'un transport sanitaire) : La médicalisation des transports sanitaires réalisés par les ambulanciers doit faire l'objet d'une tarification particulière. Ces transports représentent environ 3% des transports sanitaires. A la différence du marché public, ce type de financement ne concerne que les recours ponctuels aux ASSU des ambulanciers et conduit donc à une rémunération à l'intervention et non au forfait » (cf. point V-2-2).

Par ailleurs, la mission souligne que la notion de « recours ponctuel à un moyen du SDIS pour le fonctionnement d'un SMUR » ne se cantonne pas à la médicalisation du VSAV mais gagnerait à intégrer de nombreux types d'interventions qui sont ponctuellement réalisées pour le compte du SMUR (renfort de brancardage, transport bariatrique, etc...) et qui peuvent aujourd'hui être qualifiées en appui logistique, en carence ambulancière ou en mission propre du SDIS suivant les départements. Le tableau suivant, réalisé à partir des questionnaires aux SAMU et SDIS, liste les différents types d'intervention qui pourraient entrer dans ce cadre.

Tableau 13 : Typologie des interventions pouvant être réalisées par le SDIS en appui du SMUR à partir des réponses au questionnaire SAMU et SDIS

	Réponses SAMU	Réponses SDIS
Transport paramédicalisé de patients nécessitant une thrombectomie en urgence (filiale AVC)	X	
Transport bariatrique	X	X
Renfort de brancardage	X	X
Renfort de brancardage pour transport bariatrique	X	X
Mise à disposition de matériel : console informatique, matelas coquille, collier cervical, attelles, planche à masser, moyen aérien, brancardage		X
Mise à disposition de matériel bariatrique		X
Transport secondaire médicalisé ou paramédicalisé	X	X
Conduite des Véhicules radio médicalisés des SMUR	X	
Mise à disposition d'ISP en appui des SMUR	X	X
Mise à disposition d'ISP en remplacement d'un SMUR	X (VLI interventions saisonnières)	X
Mise à disposition d'un psychologue		X
Mise à disposition de matériel ou d'équipe spécialisée lors d'interventions en milieu périlleux	X	X
Mise à disposition d'un VSAV pour le transport médicalisé du patient en cas d'indisponibilité d'un vecteur SMUR		X
Mise à disposition d'un VSAV en cas d'intervention conjointe SAMU/SDIS,		X
Mise à disposition d'un VSAV pour toutes les interventions,		X
Mise à disposition ponctuelle de véhicules		X
Transport de(s) victime(s), de l'équipe médicale du SMUR et/ou du matériel depuis ou vers la DZ en cas d'utilisation d'un hélicoptère		X
Suppléance d'ambulance de garde	X	X
Prestations de logistique en cas de crise : approvisionnement alimentaire des personnels du SAMU, mise à disposition de personnel du SDIS pour assurer la logistique éventuelle en cas de mise en place d'un poste sanitaire mobile ou d'un poste médical avancé par le SAMU, hébergement du CRRA de débordement dans une caserne du SDIS		X
Appui aux médecins correspondants du SAMU		X
Prestation à domicile	X	
Programmation et la maintenance des postes ANTARES		X

Source : Mission

Recommandation n°17 : Définir une typologie des recours ponctuels à un moyen du SDIS pour le fonctionnement du SMUR (dont la médicalisation du VSAV hors départ réflexe) assortie pour chaque type d'intervention d'une tarification nationale.

En outre, cette définition d'une typologie des recours ponctuels et de leur tarification devra être complétée par une évaluation annuelle du dispositif par les acteurs concernés, sur de la base de critères définis au niveau national, afin de s'assurer que le caractère « ponctuel » de ces interventions est bien avéré et que le dispositif ne constitue pas une modalité de contournement du cadre conventionnel. Il reviendra au délégué interministériel (si cette recommandation est retenue) ou aux directions d'administrations centrales concernées (DGOS, DGSCS) de piloter leur élaboration.

2.2.5 Les autres aspects de la réponse opérationnelle

2.2.5.1 Les SDIS font état de difficultés croissantes en mission liées à l'allongement des temps de transports et aux délais d'attente dans les services d'urgence

Les SDIS ont fait part à la mission de deux difficultés pratiques : l'allongement des temps de transport dans certains territoires et les délais de pris en charge aux urgences pour les équipages de VSAV.

L'allongement des temps de transport, lié à l'évolution de l'offre de soins, à la politique de « filiarisation » et au regroupement des plateaux techniques pour assurer la qualité de la prise en charge, induit des difficultés opérationnelles pour les SDIS, déjà évoquées par le rapport de 2014 : longue mobilisation des équipages et des véhicules, dégarnissement de la couverture opérationnelle, risque de démotivation des sapeurs-pompiers et réticence de leurs employeurs à les laisser partir pour une intervention relevant principalement du transport. S'il n'est pas question de remettre en cause les politiques « qualité » de filiarisation et de regroupement des plateaux techniques, il est souhaitable que les sapeurs-pompiers, tout comme les transporteurs sanitaires privés, soient davantage associés aux réflexions en la matière. Le document commun de planification stratégique des secours et soins d'urgence recommandé par la mission (cf. supra) devra permettre un dialogue plus nourri sur ces enjeux, afin que les SDIS puissent exposer leurs contraintes et anticiper les conséquences des évolutions de l'offre de soin sur leurs activités et afin que les éventuelles mesures nécessaires (développement des jonctions et des relais par exemple) soient identifiées et mises en œuvre.

Les délais d'attente aux urgences sont également source de difficultés opérationnelles pour les SDIS. Près de 2/3 des SDIS ont indiqué à la mission rencontrer souvent des difficultés liées au temps d'attente dans les services d'urgences qui peuvent affaiblir la couverture opérationnelle des casernes engagées. Les exemples recueillis par la mission montrent que ces difficultés ne sont pas générales mais se concentrent dans certains établissements et à certaines heures. Elles peuvent être liées à la saturation des urgences mais aussi à des organisations locales moins efficaces. Le fait que les établissements de santé ne soient rarement ou jamais prévenus de l'arrivée d'un VSAV dans un quart à un tiers des départements ne contribue également pas à un accueil satisfaisant même si ce déficit d'information peut aussi découler de l'absence d'information en temps utile du CRRA-Centre 15. A terme, la modernisation des SI et les modalités d'interconnexions informatiques devraient permettre au SAMU d'informer le service d'urgence de toute arrivée d'un patient, qu'il soit acheminé par un SMUR, par un VSAV ou par une ambulance privée.

Dans ce contexte, il serait opportun de prévoir une procédure de signalement mensuelle par le SDIS à l'hôpital et à l'ARS concernant toute attente d'un VSAV aux urgences supérieure à 30 minutes. Elle impliquerait, au-delà d'une certaine fréquence semestrielle, la nécessité pour l'hôpital de présenter et mettre en œuvre un plan d'action dans ce domaine.

Recommandation n°18: Dès à présent, rappeler par instruction nationale l'objectif d'adapter au mieux les pratiques afin de limiter les temps d'immobilisation des VSAV et de leurs équipages dans les établissements de santé.

Il conviendrait également de systématiser la pratique vertueuse d'une transmission du bilan par l'équipage du VSAV au CRRA-Centre 15 avant son départ du lieu de prise en charge puis l'information par le CRRA-Centre 15 de toute arrivée d'un patient dans les services d'urgence suite à sa prise en charge par le SDIS.

2.2.5.2 L'aide pour relever les personnes ayant fait une chute à domicile (relevage) doit être confortée et mieux organisée au regard du vieillissement de la population

En 2017, les SDIS ont effectué environ 190 000 relevages (2 400 relevages par SDIS en moyenne), avec un nombre très variable d'un département à l'autre (de 1 à la Réunion à 15 000 à Paris, 49 SDIS indiquant effectuer plus de 1 000 relevages par an).

Les SDIS sont partagés sur l'adéquation de la réponse secouriste aux demandes de relevage, qui contribuent à la hausse des interventions en matière de SAP. Si de nombreux SDIS soulignent que les relevages nécessitent dans tous les cas un bilan secouriste et relèvent bien de leurs compétences, certains SDIS notent que les missions consistant simplement à aider la personne à se remettre debout ou à regagner son lit pourraient être réalisées par d'autres acteurs. Certains SDIS souhaiteraient par exemple que les transporteurs sanitaires privés soient davantage impliqués dans le relevage de personnes, en levant le frein de l'absence de rémunération des « sorties blanches ». D'autres SDIS soulignent qu'un travail doit être engagé avec les EHPAD, pour que leur personnel se charge des relevages. Il existe en effet des marges d'amélioration dans le lien entre les équipes de secours et les intervenants sociaux et médico-sociaux (services du conseil départemental et établissements médico-sociaux).

Pour sa part, le sujet de l'aide simple au brancardage apportée à un effecteur (SMUR ou ambulancier privé), qualifié par le référentiel d'« indisponibilité partielle du transporteur », est moins discuté par les SDIS, son ampleur étant beaucoup plus faible. Les SDIS auraient réalisés environ 6 000 brancardages en 2017 avec également des disparités, mais une majorité de SDIS indique assurer moins de 50 renforts annuels à ce titre.

Le référentiel attribue aux SDIS la compétence du relevage à domicile (chute à domicile), ce qui peut être rattaché aux missions de « protection des personnes » et de « secours suite à un accident » (en l'espèce domestique) consacrées par l'article 1424-2 du CGCT. Il lui attribue également les missions nécessitant l'emploi de leurs moyens spéciaux (levage, désincarcération...). La mission considère que ce cadre doit être conforté.

Pour autant, il conviendrait de clarifier le cadre juridique pour permettre aux SDIS d'intervenir avec un équipage à deux et un véhicule léger en fonction des besoins (cf. supra) et de renforcer l'implication des effecteurs partenaires. Par ailleurs, la mission souligne que, dans les départements où la demande de relevage s'avère particulièrement forte, les conseils départementaux, par ailleurs compétents en matière de prise en charge de la dépendance, ont la possibilité de conventionner avec d'autres acteurs (notamment les associations de secouristes, les

transporteurs sanitaires privés, les services de soins à domicile) s'ils souhaitent décharger le SDIS d'une partie de ces interventions.

2.2.5.3 Les interventions de nature médico-sociale doivent impliquer un nombre élargi d'acteurs

Les SDIS font part d'une forte croissance des interventions présentant un caractère social ou médico-social. Pour ce type d'interventions, tant les SDIS que les SAMU indiquent que les exigences du référentiel de 2008 ne sont pas mises en œuvre qu'il s'agisse de l'évaluation régulière des interventions sociales en lien avec l'ARS (82% des SAMU et 93% des SDIS), de la présentation d'un bilan annuel de ces interventions en CODAMUPS-TS (99% des SDIS) et, dans une moindre mesure, d'une information régulière au Conseil départemental (70% des SDIS).

Le défaut généralisé de suivi des interventions de nature sociale suggère que les modalités prévues par le référentiel de 2008 n'étaient pas adaptées faute d'être suffisamment opérationnelles.

Les interventions de nature sociale présentent le plus souvent d'abord un caractère sanitaire ou elles concernent la voie publique (ou des lieux publics), ce qui justifie l'intervention des services d'urgence. Celle-ci ne doit toutefois pas être exclusive de l'implication d'autres acteurs :

- les acteurs en charge de répondre aux détresses sociales ou psychologiques lorsque des interventions répétées des SDIS et SAMU concernent une même personne ;
- les forces de l'ordre lorsqu'une intervention est associée à un trouble à l'ordre public ou que la prise en charge d'une victime/patient peut potentiellement mettre en danger les personnels médicaux ou secouristes.

Aussi, la prise en charge des interventions sociales, ou médico-sociales, dépasse le champ strict du référentiel SAP/AMU et implique de trouver des modalités opérationnelles de coordination entre le SDIS, le SAMU et les autres acteurs impliqués.

S'agissant de la prise en charge des interventions associées à une situation de détresse sociale, la mission considère qu'une réflexion doit être menée sur les moyens de mieux communiquer avec le gestionnaire du 115 sur la situation des personnes faisant l'objet de nombreux secours et soins d'urgence. Cette communication peut passer par des réunions régulières, par une interopérabilité des systèmes d'information, voire par un rapprochement physique des acteurs (en Haute-Savoie, le 115 est hébergé sur la plateforme commune SDIS/SAMU et il doit l'être dans le projet du Tarn-et-Garonne). Cette approche présente toutefois une limite importante : comme le prévoit l'article L.345-2-2 du code de l'action sociale et des familles¹¹¹, le 115 concerne avant tout l'orientation et l'hébergement des personnes sans-abris alors que des personnes peuvent à la fois avoir un domicile et se trouver en situation d'urgence sociale. C'est pourquoi le suivi des interventions sociales par les ARS et les Conseils départementaux, pour ce qui relève de leurs compétences respectives, doit conduire à expérimenter de nouvelles modalités de suivi de personnes en situation de grande vulnérabilité à leur sortie des services d'urgence (appel par des équipes de soutien psychologique, visite à domicile par des travailleurs sociaux, etc.).

¹¹¹ « Toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique et sociale, a accès, à tout moment, à un dispositif d'hébergement d'urgence. Cet hébergement d'urgence doit lui permettre, dans des conditions d'accueil conformes à la dignité de la personne humaine, de bénéficier de prestations assurant le gîte, le couvert et l'hygiène, une première évaluation médicale, psychique et sociale (...) et d'être orientée vers tout professionnel ou toute structure susceptible de lui apporter l'aide justifiée par son état... ».

2.2.5.4 Les intervenants de l'urgence doivent pouvoir bénéficier d'un contexte d'intervention sécurisé

S'agissant des interventions ayant vocation à impliquer les forces de l'ordre, lorsque l'engagement de moyens secouristes ou médicaux doit être assorti d'un dispositif de sécurisation des personnels, l'organisation locale mise en place en application de l'instruction du 30 mars 2015 du ministre de l'intérieur¹¹² concernant l'accompagnement des sapeurs-pompiers par des unités de police et de gendarmerie pourrait être étendue. Cette organisation est fondée sur des conventions passées entre les services, sous l'autorité du préfet de département.

Recommandation n°19 : Préciser les modalités suivant lesquelles des unités de police et de gendarmerie peuvent être sollicitées pour accompagner l'engagement, en situation d'urgence, de moyens secouristes ou médicaux.

2.2.6 La place de la réponse paramédicale dans les secours et soins d'urgence doit être confortée et développée

Les services de santé et de secours médical (SSSM) des SDIS sont composés de médecins et d'infirmiers qui peuvent intervenir dans le cadre des missions de soins et de secours d'urgence en plus de leurs missions internes (médecine d'aptitude, formation etc.). Cette ressource est toutefois encore peu exploitée.

En parallèle, a été développé un dispositif de médecins correspondants du SAMU (MCS), qui vise à garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 mn en tout point du territoire, dont l'articulation avec les médecins sapeurs-pompiers est encore sujette à frictions.

2.2.6.1 La réponse paramédicale est sous-utilisée dans le dispositif français de soins et de secours d'urgence

Le rapport IGA-IGAS de 2014 avait identifié les conditions d'engagement et le rôle des infirmiers sapeurs-pompiers comme l'une des principales difficultés dans la relation SDIS-SAMU. Un certain nombre de SAMU étaient notamment réticents à solliciter les infirmiers sapeurs-pompiers en l'absence de protocoles nationaux. Les pratiques étaient hétérogènes d'un département à l'autre et la tension était aiguë dans certains départements. En mars 2016, la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), la Société Européenne de Médecine de Sapeurs-Pompiers (SEMSP) et les différentes sociétés savantes ayant un lien étroit avec la médecine d'urgence ont défini 14 protocoles infirmiers de soins d'urgence (PISU) visant à déterminer dans quelles conditions les infirmiers sapeurs-pompiers peuvent intervenir pour répondre à 9 situations cliniques¹¹³. Ce cadrage national a largement apaisé les tensions au niveau national et local. L'ensemble des PISU sont appliqués dans plus de 75% des départements selon les SAMU et plus de 85% selon les SDIS. La quasi-totalité des SAMU (92%) soulignent que les PISU sont signés par le médecin-chef du SDIS qui informe le chef de service du SAMU des modalités de leur mise en application. Il existe toutefois encore des différends localisés qui concernent des protocoles locaux qui sont mis en œuvre en sus des PISU dits « nationaux » et qui font l'objet de désaccords ou pour lesquels l'accord de l'ensemble des acteurs n'a pas été recueilli (cas de 11 SAMU et de 10 SDIS).

¹¹² Circulaire du ministre de l'intérieur du 30 mars 2015 relative à la prévention et à la lutte contre les agressions visant les sapeurs-pompiers.

¹¹³ Pour certaines situations cliniques, il existe deux protocoles distincts pour l'adulte et l'enfant.

Dans un contexte marqué par la raréfaction de la ressource urgentiste, la mission considère que cette ressource utile demeure toutefois encore trop peu mobilisée en intervention, notamment par les SAMU, les infirmiers sapeurs-pompiers (ISP) n'ayant pas encore trouvé pleinement leur place dans le cadre actuel du SAP et de l'AMU. Certains SAMU considèrent en effet toujours que l'intervention d'un ISP représente une « réponse dégradée » par rapport à celle d'un médecin du SMUR. Par ailleurs, les réserves portent aujourd'hui davantage sur le maillage territorial (les ISP étant souvent implantés en milieu urbain à proximité immédiate d'un SMUR) et les conditions d'interventions des ISP dans le dispositif actuel.

A ce titre, le rapport de 2014 recommandait de clarifier les conditions d'intervention des infirmiers sapeurs-pompiers, afin de concilier la responsabilité amont du chef du service de santé et de secours médical (SSSM) du SIS et celle du médecin régulateur du SAMU pendant l'intervention, selon le principe de l'unité de commandement. Comme le préconisait déjà le rapport de 2014, l'infirmier sapeur-pompier devrait ainsi, pendant le temps de l'intervention, être placé réglementairement sous l'autorité fonctionnelle du médecin régulateur du SAMU¹¹⁴.

Recommandation n°20 : Confirmer par voie réglementaire que l'infirmier sapeur-pompier est placé sous l'autorité fonctionnelle du médecin régulateur du SAMU pendant tout le temps de l'intervention

Par ailleurs, pour développer la participation des infirmiers dans le cadre des secours et soins d'urgence, la mission préconise plusieurs pistes :

- Poursuivre, sous l'égide de la HAS, le travail d'élaboration de PISU nationaux ;
- Engager un débat entre l'ensemble des parties prenantes sur la pertinence du maillage en infirmiers dans le cadre du document de planification stratégique des secours et soins d'urgence (cf. supra) ;
- S'agissant plus particulièrement des conditions d'intervention, le travail d'élaboration d'arbres décisionnels devrait permettre de déterminer dans quels cas l'engagement d'un infirmier s'avère pertinent dans le cadre d'une réponse graduée à l'urgence. Par ailleurs, la modernisation des systèmes d'information permet d'envisager, comme au Portugal, que les ISP soient dotés de moyens permettant d'être en liaison directe avec le médecin régulateur du SAMU, celui-ci étant seul responsable pour valider le déclenchement d'un PISU.

Recommandation n°21 : Poursuivre le travail d'élaboration de protocoles infirmiers de soins d'urgence nationaux, sous l'égide de la HAS en lien avec les sociétés savantes concernées.

Enfin, dans un contexte où il apparaît souhaitable de « normaliser » la participation de ressources paramédicales aux secours et soins d'urgence, la mission estime que des initiatives doivent être prises pour supprimer certains freins réglementaires au développement d'une capacité d'intervention paramédicale propre au SMUR (notamment la référence à la mission des SAMU de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence¹¹⁵), en veillant toutefois à sa bonne articulation avec le dispositif des infirmiers sapeurs-pompiers.

¹¹⁴ L'article R6311-14 du code de la santé publique dispose que : « En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable ». Or le médecin responsable de l'aide médicale urgente est le médecin régulateur du SAMU.

¹¹⁵ L'article R6311-1 du code de la santé publique dispose que « Les services d'aide médicale urgente ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence ».

2.2.6.2 L'articulation entre médecins sapeurs-pompiers (MSP) et médecins correspondants du SAMU (MCS) pourrait être renforcée

L'articulation entre médecins sapeurs-pompiers et médecins correspondants du SAMU, sans constituer un sujet de tension prééminent entre SAMU et SDIS, est un sujet de frottement dans certains départements (41 départements ont mis en place le dispositif des MCS pour le moment). Certains SDIS voient dans ce dispositif une menace pour leur réseau de médecins volontaires, qui subit déjà une certaine érosion. Plusieurs départements ont réussi à mettre en place une coordination entre ces dispositifs (fusion des deux dispositifs, équipement de MCS avec du matériel du SDIS...), mais dans d'autres départements, le SDIS estime que le déploiement du MCS s'est fait au détriment du réseau de MSP.

Le rapport de 2014 préconisait de mettre en place une reconnaissance mutuelle des ressources médicales attachées au SIS et au SAMU pour éviter une concurrence entre les viviers. Cette disposition est encore peu appliquée. En 2018, moins d'un tiers des SDIS et des SAMU s'informent mutuellement sur la liste des MCS et la liste des MSP et 85% des SDIS et des SAMU indiquent que le CRRA-Centre 15 engage peu fréquemment des MSP en intervention.

Le document de planification stratégique relatif aux secours et soins d'urgence proposé ci-dessus devrait être l'occasion d'un recensement exhaustif des MCS et des MSP et d'un débat sur leur bonne articulation. La liste des MCS et MSP gagnerait à être actualisée à intervalle régulier, par exemple tous les ans.

2.2.7 Après dix ans d'application, la démarche qualité est le parent pauvre du référentiel

La démarche qualité occupait une place importante dans le référentiel de 2008 et devait comprendre deux composantes au niveau de chaque département : l'analyse conjointe des événements indésirables graves et celle de tableaux de bord (statistiques).

Le rapport de 2014 soulignait que la démarche qualité était médiocrement mise en œuvre : les réunions trimestrielles d'analyse des tableaux de bord et des dysfonctionnements se tenaient dans moins de 60% des départements.

La mise en œuvre d'une démarche qualité conjointe demeure non-prioritaire pour une majorité de SDIS et de SAMU. L'étude conjointe des tableaux de bord reste encore peu réalisée (40 à 50% des départements) et 1/5e des départements ne réalisent aucune démarche conjointe. Le suivi des indicateurs est lacunaire et très peu de SAMU et de SDIS tiennent un décompte précis des événements indésirables¹¹⁶. Plus d'un tiers des SDIS et des SAMU estiment que la démarche qualité n'a pas eu d'impact positif ou ne souhaitent pas se prononcer sur cette question. Il est vrai que les systèmes d'information ne facilitent pas toujours des extractions spécifiques et pertinentes dans le cadre de la démarche qualité.

¹¹⁶ Dans le cadre du questionnaire, seul un faible nombre de SAMU et de SDIS ont apporté, comme demandé, un décompte précis du nombre d'événements indésirables (EI) entre 2014 et 2017 ou même sur la seule année 2017. Le nombre d'EI recensé est alors très variable d'un département à l'autre. Ensuite, certains SAMU ou SDIS se sont limités à fournir une estimation qui ne repose pas sur une quantification précise. Une troisième catégorie n'a pas même fourni d'estimation en indiquant qu'ils ne sont pas quantifiés. Du côté des ARS, la grande majorité a indiqué qu'aucun événement indésirable ayant eu des incidences graves sur le patient et liés dans la région au fonctionnement du SAP et de l'AMU ne leur a été signalé.

La mission considère que le manque de suivi des évènements indésirables est un sujet particulièrement préoccupant. Dans ce contexte, il conviendrait de rendre effective la traçabilité et la transmission à l'ARS de tout évènement indésirable grave et de prévoir des réunions conjointes de retour d'expérience.

Recommandation n°22 : Prévoir dans le référentiel réactualisé l'exigence de réunions conjointes SDIS-SAMU pour le retour d'expériences des évènements indésirables sur une base au moins trimestrielle

Par ailleurs, les projets NeXSIS et SI-SAMU devraient intégrer des fonctionnalités de suivi des évènements indésirables graves et des indicateurs de qualité.

Enfin, la mission considère que l'approche retenue par le référentiel de 2008 consistant à envisager la démarche qualité uniquement au niveau départemental n'apparaît pas suffisante. Au regard des bonnes pratiques européennes, elle déplore qu'il n'existe pas de démarche au niveau national pour mesurer la performance du système français de secours et de soins d'urgence dans son ensemble, que ce soit sous l'angle du service rendu à la population ou sous l'angle de l'efficacité. La mise en place d'une démarche qualité à l'échelle nationale devrait conduire les autorités françaises à échanger régulièrement avec leurs homologues européens pour identifier des bonnes pratiques et raffiner la liste des indicateurs à examiner.

Recommandation n°23 : Confier au délégué interministériel, en lien avec la DGOS et la DGSCGC, la responsabilité de remettre annuellement un rapport public sur la performance du système français de secours et de soins d'urgence.

2.2.8 La gestion de crise est devenue un enjeu essentiel de la coordination des différents services d'urgence

Les attentats survenus depuis 2014 représentent un changement de contexte majeur depuis la dernière évaluation IGAS/IGA. Alors que la question de la coordination optimale des réponses secouristes et médicales pour la gestion de crise se pose avec une acuité particulière, elle n'est pas incluse dans le référentiel SAP/AMU.

A ce jour, les tensions persistantes quant aux responsabilités respectives des SAMU et SDIS dans la gestion de crise se cristallisent autour de la question du positionnement et de la formation du directeur des secours médicaux (DSM)¹¹⁷. Dans le cas d'opérations d'une certaine ampleur, il est en effet apparu pertinent de compléter la chaîne de commandement commune des secours composée par :

- Le directeur des opérations de secours (DOS) : l'autorité publique compétente, détentrice du pouvoir de police, responsable de la sécurité, de la tranquillité et de la salubrité publiques ;
- Le commandant des opérations de secours (COS) : le spécialiste chargé de la mise en œuvre des moyens et de la conduite des opérations, sous l'autorité du DOS.

Une fonction spécifique d'organisation, portant sur la prise en charge médicale des victimes, est ainsi apparue progressivement, à partir de la fin des années 1970, inspirée notamment de

¹¹⁷ En cas de crise, la prise en charge médicale est assurée sous la conduite du directeur des secours médicaux (DSM) désigné par le préfet. Seul compétent pour les décisions d'ordre médical, il est placé sous l'autorité du commandant des opérations de secours (COS) pour celles qui ne le sont pas. Il doit figurer sur une liste d'aptitude DSM départementale : il est soit directeur du SAMU (ou son représentant), soit médecin-chef du SSSM (ou son représentant).

concepts militaires et de l'expérience de la Brigade des sapeurs-pompiers de Paris. Le directeur des secours médicaux a été défini et institutionnalisé par la circulaire Intérieur-Santé du 19 décembre 1989 relative au contenu et aux modalités d'élaboration des plans destinés à de nombreuses victimes dénommés « plans rouges »¹¹⁸ qui précisait que :

- le DSM est désigné par le préfet ;
- il s'agit soit d'un médecin du SAMU, soit d'un médecin du SDIS ;
- le DSM est « sous l'autorité du commandant des opérations de secours pour toutes les décisions n'ayant pas un caractère médical ».

L'expérience des dernières années et la préparation, dans le cadre de la refonte de la planification ORSEC, d'une nouvelle instruction interministérielle sur le « secours à de nombreuses victimes » (ORSEC-NOVI)¹¹⁹ permettent de préciser de façon plus concrète les missions du DSM dont on retient qu'il évalue la situation sanitaire et organise le dispositif médical sur le terrain, notamment en contribuant à définir les implantations des différentes postes sanitaires (point de rassemblement des victimes, poste médical avancé, point d'évacuation) et en désignant leurs responsables. Il adapte « la stratégie médicale de prise en charge des blessés » intégrant les « soins de l'avant » pré-hospitaliers.

Dans le contexte historique des relations entre les services, le rattachement du DSM au COS a pu être contesté. Cependant, les ministères de l'Intérieur et de la Santé ont confirmé leur accord sur la rédaction de l'instruction ORSEC-NOVI et la formation des futurs DSM devrait être l'occasion d'un rapprochement des cultures et d'une collaboration accrue des médecins des SAMU et de leurs collègues sapeurs-pompiers. Un groupe de travail interministériel élabore, en effet, les modalités d'une formation commune des DSM qui devrait leur être dispensée, à partir de 2019, en collaboration entre la Santé, l'Intérieur et la Défense. La mission encourage vivement cette évolution.

S'agissant plus généralement de la gestion de crise, les instructions générales ORSEC insistent sur la coordination des services, leur « obligation d'information mutuelle » et renvoient aux plans établis par les différents services, notamment le dispositif ORSAN AMAVI pour la prise en charge des victimes dans le domaine sanitaire, les plans blancs pour les établissements hospitaliers ainsi que les plans de secours préparés par les préfetures et les SDIS. Sans entrer dans le détail de la planification de crise, ORSEC-NOVI fait apparaître deux points qui intéressent la présente mission :

- la nécessité de « sécuriser la liaison entre les centres de réception des appels (CTA-CODIS, CRRA, CIC, CORG) », pour laquelle une « ligne téléphonique dédiée » devrait être mise en place ;
- la réaffirmation du principe de régulation par le SAMU, assorties de nuances (« circonstances exceptionnelles » qui peuvent amener à procéder à des évacuations très rapides) pour la détermination des établissements de santé aptes à accueillir les victimes après leur prise en charge sur le terrain.

¹¹⁸ La circulaire constatait alors que : « la prise en charge d'un nombre important de victimes ne peut être assurée que sous la conduite d'un médecin rompu à l'organisation des secours médicaux d'urgence et tenant compte de la nature et des conséquences de l'accident »,

¹¹⁹ Le projet de circulaire Intérieur-Justice-Affaires étrangères-Solidarités et santé, relative au dispositif ORSEC-NOVI, approfondit les conditions de « mobilisation des acteurs » et l'étend à « tous types d'événements pouvant causer un nombre important de victimes ». Elle confirme la position et les missions du DSM.

La mission estime qu'il convient de préciser les relations entre les services de secours et de santé en situation de crise. Il s'agit de déterminer dans quelle mesure le fonctionnement courant doit se reconfigurer pour tenir compte de la crise et de la potentielle survenue d'épisodes d'une gravité exceptionnelle. Trois aspects principaux de la gestion de crise mériteraient d'être mieux définis :

- Les modalités différentes d'interventions et de coordination dès lors qu'un évènement implique un nombre très important de blessés à évacuer très rapidement. Dans un tel contexte, la question des modalités de la régulation médicale peut en effet se poser différemment ;
- La préparation à la gestion de crise à travers l'organisation de formations et d'exercices communs sur une base régulière ;
- Les modalités de coordination interdépartementales, notamment lorsque le CRRA-Centre 15 a une compétence supra-départementale. Alors que la gestion de crise continue de relever du préfet de département (avec l'intervention le cas échéant de l'échelon zonal), le décalage des organisations territoriales ne facilite pas la bonne coordination de leur action. A titre d'exemple, la survenue d'un épisode de crise dans le Jura implique une coordination étroite entre le SDIS du Jura et la régulation médicale aujourd'hui réalisée dans le Doubs, d'une part, et avec l'ARS organisée à l'échelon régional, d'autre part ; le positionnement du responsable départemental du SAMU dont les compétences quotidiennes ont été considérablement restreintes (actions de formation notamment) est interrogé dans un tel cas de figure.

3 MAINTIEN DES NUMÉROS D'URGENCE EXISTANTS OU NUMÉRO UNIQUE : L'AMÉLIORATION DU SERVICE RENDU À LA POPULATION PASSERA DANS TOUS LES CAS PAR UN RÉEL EFFORT DE MODERNISATION ET UN PILOTAGE RESSERRÉ

3.1 Le système actuel de réception et de traitement des appels d'urgence doit évoluer pour mieux répondre aux attentes de la population en termes de modernisation et d'efficacité

La mission a conduit une comparaison européenne sur les numéros d'urgence à partir des éléments suivants :

- Des déplacements en Belgique, en Norvège, aux Pays-Bas, au Portugal, en Suède qui ont permis de recouper les informations disponibles sur ces pays avec des périodes d'observations *in situ* et les éclairages précieux fournis par les interlocuteurs de la mission ;
- Les réponses apportées par les conseillers pour les affaires sociales (CAS) de plusieurs pays (Allemagne, Espagne, Etats-Unis, Finlande, Italie, Royaume-Uni, Suède) à un questionnaire élaboré par la mission ;
- Des recherches documentaires, et notamment à partir des données de la Commission européenne.

3.1.1 L'existence de plusieurs numéros d'urgence n'est pas une spécificité française mais des confusions perdurent sur leur bon usage

Comme le montre le tableau suivant, l'existence de trois numéros d'urgence correspondant aux trois principaux types d'urgence (urgences médicales, pompiers, police/gendarmerie), en sus du 112, n'est pas une spécificité française. Parmi les 28 Etats membres de l'Union européenne (UE), 11 ont adopté le 112 comme numéro unique des appels d'urgence et 4 pays l'ont toutefois adopté comme numéro unique pour les urgences médicales et incendies tout en conservant un numéro séparé pour la police.

Tableau 14 : Les numéros permettant de joindre les services d'urgence (en plus du 112 là où il se superpose à d'autres numéros) dans les Etats membres de l'Union européenne et dans les Etats membres de l'espace Schengen

	Urgences médicales	Pompiers	Police / gendarmerie
Allemagne	112 (et le 19 222 pour le SAMU dans certains Länder)		110
Autriche	144	122	133
Belgique	112		101
Bulgarie	150	160	166
Chypre		112 ou 199	
Croatie	194	193	192
Danemark		112	
Espagne	061	080	062 et 091
Estonie		112	
Finlande		112	
France	15	18	17
Grèce	166	199	100
Hongrie	104	105	107
Irlande		112 ou 999	
Islande		112	
Italie	118	115	113
Norvège	113	110	112
Lettonie	113	112	110
Lituanie	03	02	01
Luxembourg	112		113
Malte		112	
Pays-Bas		112	
Pologne	999	998	997
Portugal		112	
République Tchèque	155	150	158
Royaume-Uni		999 ou 112	
Roumanie		112	
Slovaquie	155	150	158
Slovénie	112		113
Suède		112	
Suisse et Liechtenstein	144	118	117

Source : Mission

L'idée suivant laquelle la France dispose d'un trop grand nombre de numéros d'urgence mérite également d'être relativisée. L'image de complexité produite par le système français de traitement des appels d'urgence peut être résumée par l'existence de 13 numéros

spécialisés, reçus dans plus de 500 centres mal reliés les uns aux autres. Il convient de toutefois de noter que :

- certains numéros correspondent à des usages très spécifiques (191, 196, 197) et sont reçus dans un nombre restreint de centres opérationnels très spécialisés et compétents. Cela n'est pas une spécificité française. En Allemagne par exemple, la loi sur les communications ne reconnaît que deux numéros d'urgence : le 112 et le 110. Il existe toutefois d'autres numéros qui, sans être reconnu comme numéro d'urgence, peuvent répondre à des urgences, comme par exemple le numéro pour les secours aériens (0711 70 10 70), le numéro pour les « urgences administratives » (115), ou plusieurs numéros de ligne d'assistance thématique (suicide, jeunesse, parents, sida, alcoolisme) ;
- d'autres correspondent à des numéros d'ores-et déjà normalisés à l'échelon européen (les numéros à six chiffres commençant par 116) ;
- de nombreux pays ont également mis en place des numéros spécifiques pour les appels non-urgents à destination des services d'urgence ou des services médicaux. C'est plus particulièrement le cas des Etats ayant adopté le 112 comme numéro unique pour les appels d'urgence, afin que l'accès à ce numéro unique ne soit pas saturé par des appels non-urgents. Il existe à ce titre en Europe une tendance forte à la mise en place d'un numéro national pour joindre les médecins de garde aux heures de la permanence des soins ou pour délivrer des conseils en matière de santé 24h/24¹²⁰. Par ailleurs, au moins quatre pays ont mis en place un numéro national pour joindre la police hors cas d'urgence (le Royaume-Uni, la Suède, les Pays-Bas et l'Autriche).

On peut donc considérer que la question du regroupement des numéros se pose de façon effective pour 4 numéros seulement : 15, 17, 18 et 115, le 112, obligation européenne, devant être maintenu en tout état de cause.

La principale spécificité française tient davantage à la forte utilisation des numéros d'urgence par la population. Il y a en France 0,95 appels d'urgence par habitant et par an, alors que le ratio moyen européen se situe à 0,59 appels par habitant. Ce ratio élevé peut s'expliquer par le fait que la France ait conservé 3 numéros distincts pour joindre les différents services d'urgence. Le ratio appel d'urgence par habitant des Etats européens ayant adopté un numéro unique pour les appels d'urgence ou pour les appels santé et incendie est en effet plus bas (0,52) que les Etats ayant trois numéros distincts (0,77). Parmi les 10 Etats aux ratios appels d'urgence par habitant le plus faible, 5 ont un numéro unique pour joindre les services d'urgence (Pays Bas, Danemark, Suède, Irlande et Royaume-Uni) et 3 ont adopté le 112 comme numéro unique pour les urgences médicales et les appels aux pompiers (Allemagne, Belgique et Slovaquie). Il peut également s'expliquer par le fait que la France n'a pas encore généralisé de numéro unique pour les conseils médicaux et la permanence des soins ambulatoires, contrairement à un nombre croissant de pays européens.

Si elle peut être un élément d'explication à la forte sollicitation des services d'urgence, l'existence de plusieurs numéros d'urgence n'est pas en soi problématique. Son bien-fondé mérite en revanche d'être interrogé dès lors que les sondages réalisés par le Service d'information du Gouvernement à la demande de la mission révèlent que la connaissance des principaux numéros d'urgence reste insuffisante et surtout que des confusions perdurent sur leur bon usage.

¹²⁰ Le 116-117 a ainsi été mis en place en Allemagne, en Autriche, en Norvège et est en cours de déploiement en Finlande. D'autres pays ont adopté des numéros similaires : la Belgique a mis en place le 1733 pour la médecine générale de garde, le Portugal Saude 24 (808 24 24 24) dédié aux conseils médicaux et la Suède le 1177 pour des conseils en matière de santé.

S'agissant de la connaissance des numéros, un premier sondage a montré qu'environ 2/3 des Français savent à quel numéro est associé chacun des principaux services d'urgences¹²¹. La mission considère que cette proportion reste insuffisante. A titre d'illustration, en Norvège où il existe également trois numéros, 97% des citoyens connaissent au moins l'un des numéros et 79% connaissent les trois.

S'agissant du bon usage des numéros, un deuxième sondage réalisé par le SIG à la demande de la mission en août 2018 a montré que, face à des situations très concrètes une part encore trop importante de la population n'appellerait pas le numéro d'urgence approprié. De nombreuses confusions apparaissent quelle que soit la situation présentée : fusillade dans la rue (même si le 17 ressort pour plus de la moitié des sondés¹²²), un incendie chez un voisin (même si le choix du 18 ressort assez clairement)¹²³, un accident de la circulation impliquant des victimes (les choix sont partagés même si la moitié des sondés se tournent vers le 18¹²⁴), une personne de l'entourage qui fait un malaise (les sondés se partageant entre 15 et 18¹²⁵), une personne qui aurait des douleurs dans la poitrine ou qui présenterait des signes d'essoufflement (même si plus de la moitié des sondés se tournent vers le 15¹²⁶).

3.1.2 Certaines tendances à l'œuvre dans les autres pays européens font ressortir que la France a pris du retard dans la modernisation de la réception et le traitement des appels d'urgence

S'agissant de la réception et du traitement des appels d'urgence, la comparaison européenne montre plusieurs tendances fortes qui sont à l'œuvre chez nos partenaires et qui apparaissent plus timidement en France :

- **La réduction du nombre de centres de réception des appels** : si la France a un nombre de centres de réception des appels d'urgence légèrement inférieur à la moyenne européenne une fois rapporté à sa population (6,6 centres par million d'habitant¹²⁷ pour une moyenne européenne de 9,2 centres) et proche de celle d'autres pays de taille comparable (6,3 pour l'Espagne, 6,3 pour l'Allemagne), ce nombre reste élevé au regard de certains pays comme le Royaume-Uni (2,1 centres par million d'habitant), le Danemark (0,5 centre), la Finlande (1,1 centre), les Pays Bas (1,3 centres), la Suède (3,2 centres). Ces Etats ont en effet réduit le nombre de centres réceptionnant les appels pour pouvoir mieux dimensionner les centres en termes d'opérateur, pour faciliter la montée en charge en cas de pic d'appel, pour moderniser les centres à coût maîtrisé et pour permettre aux opérateurs santé de traiter suffisamment d'appels afin de développer leurs compétences ;

¹²¹ Selon l'étude réalisée par l'Ifop pour le Service d'Information du Gouvernement (SIG) en juillet 2018, 77% des Français savent qu'il faut composer le 18 pour contacter les pompiers, 70% savent qu'il faut composer le 17 pour contacter la police ou la gendarmerie et 67% savent qu'il faut composer le 15 pour contacter le SAMU.

¹²² 13% le 15, 58% le 17, 14% le 18, 4% le 112, 4% autre numéro ou autre réponse, 7% ne savent pas.

¹²³ 8% le 15, 10% le 17, 72% le 18, 3% le 112, 1% le 115, 3% un autre numéro, 3% ne savent pas.

¹²⁴ 22% le 15, 16% le 17, 46% le 18, 8% le 112, 1% le 115, 4% un autre numéro, 3% ne savent pas.

¹²⁵ 47% le 15, 5% le 17, 36% le 18, 3% le 112, 1% le 115, 5% un autre numéro ou une autre réponse, 3% ne savent pas.

¹²⁶ 55% le 15, 6% le 17, 24% le 18, 4% le 112, 2% le 115, 5% un autre numéro et 4% ne savent pas.

¹²⁷ Soit 445 centres selon les données de l'European Emergency Number Association (EENA), Public Safety Answering Points, Global Edition, Decembre 2017

- **La protocolisation du traitement des appels** : la réponse aux appels d'urgence en France apparaît bien moins protocolisée que dans les autres pays européens, en particulier s'agissant des urgences médicales. Les pays visités considèrent que la protocolisation permet d'assurer un traitement des appels conformes aux recommandations des sociétés savantes, d'homogénéiser la réponse apportée pour une même urgence sur l'ensemble du territoire et de sécuriser juridiquement les opérateurs répondant aux appels.
- **La prise en compte du numérique dans la réception et le traitement des appels d'urgence** : plusieurs pays utilisent progressivement les apports des SI pour interconnecter les centres de réception et de traitement des appels d'urgence entre eux afin de pouvoir rediriger les appels d'un centre vers l'autre (Finlande, Belgique, Pays-Bas, Suède), d'autres développent des applications permettant aux citoyens d'envoyer leur géolocalisation et photographies aux services d'urgence (Belgique, Finlande, Danemark, Madrid, Italie). Le Royaume-Uni et les Pays-Bas travaillent même à l'utilisation de l'intelligence artificielle dans la réception des appels d'urgence.

3.2 Tous les scénarios ne permettent pas d'envisager une véritable amélioration du service rendu à la population

Pour l'ensemble des scénarios suivants, la mission part de l'hypothèse que les recommandations précédentes sont mises en œuvre par les pouvoirs publics. A la demande des commanditaires, les conditions de mise en œuvre du scénario 4 (numéro unique des urgences par fusion du 15, du 17 et du 18) font l'objet d'un développement particulier dans la mesure où elles sont plus exigeantes.

3.2.1 Scénario 1 : un réel effort de modernisation technique et organisationnelle est compatible avec le maintien des numéros existants (15, 17, 18 et 112)

Un premier scénario consiste à maintenir, du moins du point de vue de l'utilisateur, la situation actuelle : les principaux numéros d'appel d'urgence (15, 17, 18, 112) sont conservés en l'état. Il ne s'agit pas pour autant d'un statu quo du point de vue des structures de réception des appels d'urgence : celles-ci doivent poursuivre leurs réorganisations internes et surtout revoir profondément les modalités de leur coordination afin de mieux répondre aux besoins de l'utilisateur.

Ce scénario présente plusieurs avantages :

- Du point de vue de l'utilisateur, il n'exige pas de modifier les comportements actuels dans un contexte où, même si cette proportion reste insuffisante aux yeux de la mission, environ 2/3 des Français savent à quel numéro est associé chacun des principaux services d'urgence. Ce scénario maintient le contact direct entre l'appelant et l'opérateur métier en charge de traiter son urgence spécifique dès lors que l'utilisateur a composé le bon numéro. La garantie du secret médical évite de dissuader certains publics (personnes en situation irrégulière, usagers de drogues, etc.), qui ne souhaitent pas d'interface avec les services de police, de joindre les services d'urgence adaptés en cas de détresse vitale. Le maintien de numéros d'urgence distincts peut par ailleurs présenter un intérêt pour l'utilisateur, comme pour les pouvoirs publics, du point de vue de la résilience du système dans son ensemble ; celui-ci peut en effet joindre un autre numéro d'urgence en cas de non-réponse (pour cause de dysfonctionnement technique ou de surcharge) du premier numéro qu'il a composé. Enfin, dès lors que ce scénario ne nécessite pas une réorientation importante des grands projets de modernisation des systèmes d'information (SI, en particulier SI SAMU et NeXSIS pour les SDIS), les usagers devraient bénéficier à un terme qui n'est pas modifié (sous réserve toutefois du respect des calendriers annoncés) d'une amélioration du service rendu dans le traitement de leurs appels d'urgence ;
- Du point de vue des structures concernées par la réception de ces appels d'urgence, ce scénario présente l'avantage d'être le moins conflictuel et de ne pas interférer avec les réorganisations en cours.

Ce scénario n'est pas pour autant un « *statu quo* » compte tenu de la nécessité de prévenir deux grands types de risques :

- De fortes hétérogénéités pourraient subsister dans la réponse apportée à la détresse de l'appelant. Comme l'ont mis en lumière les réponses des SDIS et SAMU au questionnaire de la mission, les modalités d'échange d'information entre les SAMU et les SDIS demeurent insuffisantes dans beaucoup de départements (cf. supra). De surcroît, les appels d'urgence ne sont pas traités de manière homogène sur l'ensemble du territoire national en fonction du numéro initialement composé par l'appelant (15 ou 18¹²⁸). La mise en place de SI unifiés ne suffirait pas en tant que telle à remédier à ces situations : même dans l'hypothèse où elle finirait par être atteinte, l'interopérabilité entre les SI unifiés des SDIS et SAMU serait durablement fragile en l'absence d'une gouvernance appropriée ;
- La soutenabilité à moyen terme du système actuel serait compromise. D'une part, malgré les améliorations qui pourront être apportées à la question des carences ambulancières et des appuis logistiques, les sapeurs-pompiers auront de plus en plus de difficultés à faire face à la croissance de leurs sollicitations. D'autre part, dès lors que la régulation médicale serait davantage sollicitée a priori, même un recrutement significatif d'assistants de régulation médicale (ARM) ne permettrait pas de s'assurer que les appels au 15 soient bien traités conformément aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS et de la SFMU sur la régulation médicale.

Aussi, le maintien des numéros actuels nécessite un vigoureux plan d'action visant à prévenir les risques identifiés et à parvenir à une réelle amélioration du service rendu à la population. En sus du travail de réactualisation du référentiel SAP/AMU (devenu référentiel des secours et soins d'urgence) suivant la feuille de route volontariste proposée ci-dessus et qui implique la mise en place d'un pilotage resserré, les actions nécessaires au maintien des numéros actuels et à l'amélioration de l'efficacité du dispositif figurent ci-dessous :

¹²⁸ A titre d'exemple, 31% des SAMU indiquent que l'ARM ne demande pas systématiquement l'engagement de manière prioritaire l'engagement d'un moyen du SDIS dans les situations de départ réflexe prévues par le référentiel. Ainsi, une situation de détresse respiratoire n'est pas traitée de la même manière pour un appelant au 15 suivant le département dans lequel il se trouve et il n'est pas traité de la même manière suivant que l'appelant compose le 15 ou le 18.

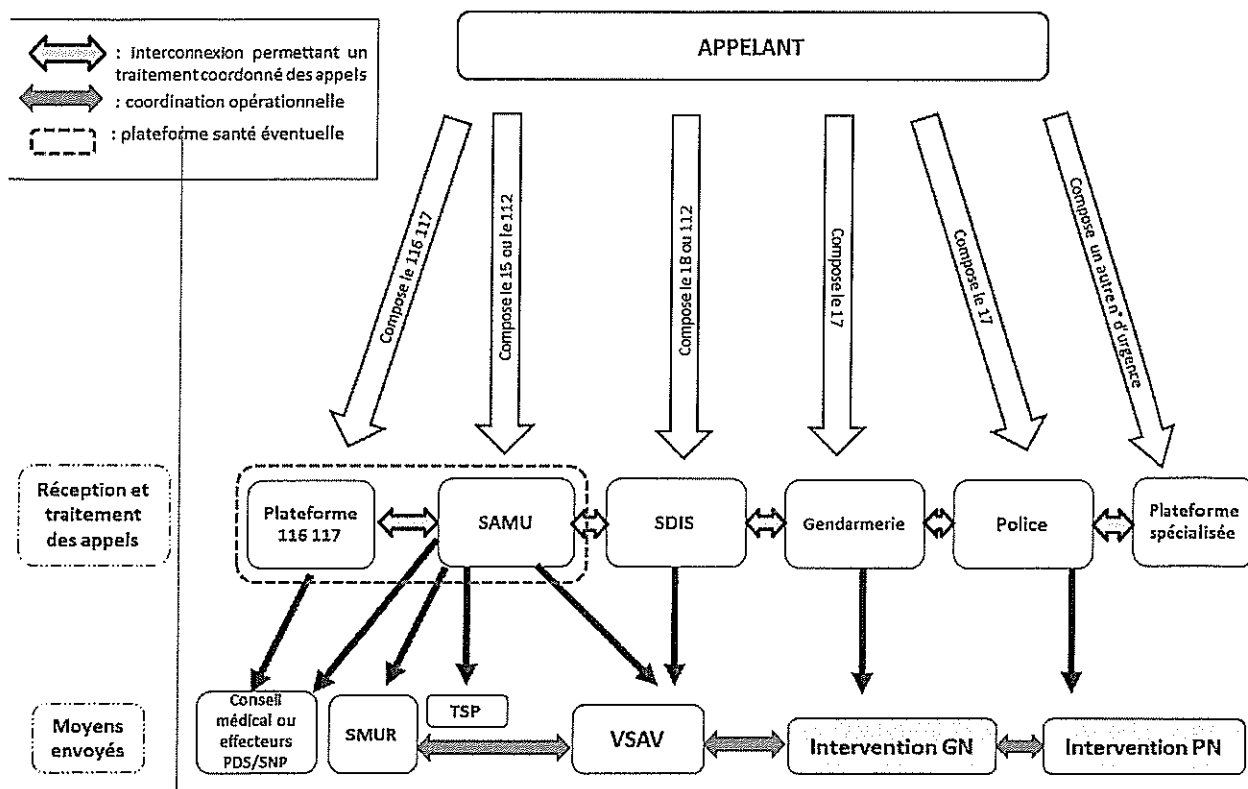
- Améliorer la connaissance des numéros d'appel d'urgence par les Français et mieux les informer sur le rôle et les missions de chacun des services ;
- Etendre le 116 117 à l'ensemble du territoire, tel que prévu par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, l'élargir aux demandes de soins non programmés (hors horaires de la permanence des soins ambulatoire) et informer les usagers de façon à diminuer le nombre d'appels arrivant au 15 (cf scénario 2 infra) ;
- Garantir rapidement et totalement l'interopérabilité des systèmes d'information (SI), a minima entre SAMU et SDIS. Aux Pays-Bas, les services médicaux et les pompiers travaillent en « plateforme virtuelle », ce qui leur permet de coordonner leurs interventions par simple transfert de fiche informatique alors même que l'enjeu de l'interconnexion ne se pose pas avec la même acuité qu'en France dès lors que les pompiers n'interviennent pas dans le secours à personne. Le pilotage du groupe CISU devrait être confié au délégué interministériel sur la base d'une feuille de route précise. Celui-ci disposerait alors d'une capacité de décision pour définir les orientations stratégiques et arrêter les spécifications techniques concernant l'interconnexion des SI ;
- Professionnaliser la réception et le traitement des appels d'urgence : cela passe notamment par une meilleure formation des opérateurs mais aussi par la mise en œuvre d'un protocole unifié au niveau national pour le traitement des appels au 15 et au 18 et partagé avec les centres d'appel des sapeurs-pompiers ;
- Dans un souci d'efficience, favoriser les réorganisations à l'instar de l'ensemble des pays visités par la mission qui ont engagé un mouvement de regroupement des centres d'appel. Ces regroupements du traitement des appels conduisent à leurs traitements par des centres pas forcément proches géographiquement mais supposent que le SI permette une orientation adaptée et/ou un envoi de moyen approprié. Or la mise en place de SI unifiés permet d'envisager, à condition qu'ils intègrent des protocoles nationaux d'aide à la décision comme cela est le cas en Suède ou au Portugal, qu'un appel « santé » soit traité dans tout Centre 15 et pas nécessairement par le SAMU le plus proche géographiquement, en cas de dysfonctionnement ou de surcharge notamment ;
- Poursuivre la modernisation en cours des systèmes d'information en la complétant pour permettre de transmettre d'autres types de flux que la voix (photo, ordonnances, vidéos, SMS via des applications dédiées) et ainsi améliorer les possibilités de diagnostic médical à distance ou la collecte d'information sur un incendie ou un événement de sécurité en cours. Cette modernisation est aujourd'hui poursuivie en ordre dispersé (à Paris, application Sauv Life© pour le SAMU, Staying Alive© pour la BSPP) ou par des acteurs privés (application SwELP©). Cette dernière étape ne pourra être réalisée que si les modalités d'organisation de centres de réception des appels permettent d'absorber les flux entrants classiques et les nouveaux flux.

Si l'ensemble de ces améliorations ambitieuses étaient apportées au système actuel, plusieurs inconvénients majeurs resteraient structurellement associés au maintien de numéros distincts par rapport à un scénario plus intégré :

- Une lisibilité du système qui reste difficile pour la population pour les appels relevant du secours et soin ;
- L'absence de possibilité de filtrer les appels « polluants » ou ne relevant pas de l'urgence (sauf, dans une moindre mesure, pour la santé grâce au 116 117) ;
- L'absence d'incitation forte à une amélioration qualitative du point de vue de l'interopérabilité avec le 17 (police et la gendarmerie) alors que celle-ci peut présenter un intérêt dans la gestion du quotidien (accident de la route par exemple) ou en cas de crise, notamment suite à un attentat ;

- De moindres sources d'économies d'échelle pour mettre les nouvelles technologies au service d'une amélioration de la réception des signaux de détresse et du traitement des appels d'urgence.

Graphique 1 : La réception et le traitement des appels d'urgence dans le scénario 1 (maintien des principaux numéros d'urgence)



Source : Mission

3.2.2 Scénario 2 : la mise en place concomitante d'un numéro « secours » (fusion du 17 et du 18), et d'un « numéro unique santé » soulève d'importantes difficultés

Ce scénario consiste à aller au bout de deux tendances à l'œuvre respectivement dans la sphère « intérieur » et dans la sphère « santé » et qui ont chacun leur rationalité propre :

- Le ministère de l'intérieur a engagé des travaux de préfiguration sur la mise en place d'un système de gestion des appels (SGA) 112 qui intégrerait le 17 « police », le 17 « gendarmerie » et le 18. Un dispositif de cette nature est d'ores et déjà en place sur Paris et la petite couronne (plateforme des appels unique dite « PFAU »¹²⁹) à l'initiative de la Préfecture de police. Cette réflexion pourrait naturellement conduire à envisager une intégration poussée de services d'urgence relevant du ministère de l'intérieur qui irait jusqu'à une fusion des deux numéros ;

¹²⁹ Cette plateforme a été inaugurée en novembre 2016, elle est installée au sous-sol de la caserne Champerret dans le 17^{ème} arrondissement de Paris.

- Le ministère des solidarités et de la santé doit faire face à l'augmentation de la demande de soins non programmés qui se traduit par une forte augmentation des appels au 15 et par une saturation des services d'urgence hospitaliers, ce qui pousse à envisager une évolution du rôle attribué au 15.

A ce titre, la mission différencie deux grandes options :

- Option 1 : Le 15 devient le numéro unique santé, y compris pour les soins non programmés

Dans un souci de lisibilité pour la population, il pourrait être envisagé, comme le préconise le rapport du député Thomas Mesnier¹³⁰, que le 15 devienne un numéro unique « santé » qui dépasserait le champ de l'urgence. Il n'y a, dans ce cas, que deux numéros principaux : un numéro unique des secours (le 112) et un numéro unique santé (le 15).

Aujourd'hui, la mauvaise connaissance du 116 117, les évolutions de comportement de la population et les difficultés d'accès rapide à des médecins dans certaines zones géographiques conduisent déjà à l'appel au 15 pour des soins non programmés pendant et en dehors des horaires de PDSA. Cette option reviendrait donc à généraliser une pratique déjà existante, en ajoutant éventuellement une obligation de régulation téléphonique systématique pour tous les patients souhaitant se rendre aux urgences.

La mission considère que cette extension du rôle du 15 conduirait à une augmentation massive des appels, difficilement gérable, avec un risque de retard de traitement des appels pour l'urgence vitale. Dans la configuration actuelle où tout appel au Centre 15 doit faire l'objet d'une régulation médicale, les risques opérationnels sont doubles :

- Une augmentation des délais de décrochés qui sont déjà significatifs en comparaison européenne. Selon les données SAE du ministère de la santé, seulement 71% des appels décrochés par les SAMU l'ont été en moins d'une minute en 2017. Or la cible d'un décroché en moins d'une minute est déjà peu exigeante pour un service ayant vocation à prendre en charge des urgences vitales. Les délais de décrochés sont plus exigeants et davantage scrutés par nos partenaires européens (cible de 8 secondes en Suède, 10 secondes aux Pays-Bas, 12 secondes au Portugal) ;
- L'aggravation des « goulots d'étranglement » au niveau de la régulation médicale¹³¹. Or les DG ARS questionnés par la mission font d'ores-et-déjà état de difficultés importantes pour recruter des médecins régulateurs en nombre suffisant, qu'ils soient urgentistes ou libéraux.

Dans ce contexte, et pour ne pas saturer les lignes d'urgence, la mission plaide pour que soit écartée cette option de mise en œuvre d'un numéro unique santé. Elle nécessiterait en effet une augmentation importante des moyens de réception du 15, d'une part, et accroîtrait les problèmes de coordination entre SAMU et SDIS, d'autre part.

- Option 2 : Le 15 répond aux urgences santé et le 116 117 est étendu géographiquement et fonctionnellement

Plusieurs options peuvent être envisagées pour la généralisation du 116 117 :

¹³⁰ « Assurer le premier accès aux soins, organiser les soins non programmés dans les territoires », rapport de Thomas Mesnier, député de Charente, mai 2018.

¹³¹ Au-delà du décroché initial, se pose en effet la question du délai d'attente pour entrer en relation avec le médecin régulateur (les SAMU n'ont pu fournir aucune donnée à ce sujet). 67% des SDIS ont indiqué rencontrer régulièrement des difficultés pour joindre le médecin régulateur.

- Sous-option 2.1 : Le 15 est le numéro d'appel des urgences santé et le 116 117 reste un numéro d'appel pour des soins non programmés pendant les horaires de la PDSA avec deux possibilités qui relèvent des décisions des ARS :
 - Possibilité de localisation au SAMU ;
 - Obligation de localisation au SAMU.
- Sous-option 2.2 : Le 15 est le numéro d'appel des urgences santé et le 116 117 devient un numéro pour des soins non programmés 24h/24 7 jours sur 7 avec deux possibilités qui relèvent des décisions des ARS :
 - Les médecins libéraux s'organisent pour prendre en charge le 116 117 ;
 - Le Centre 15 devient une plateforme santé où sont orientés les appels au 116 117.

Les enseignements tirés de la mise en place du 116 117 en France, les réponses aux questionnaires adressés par la mission concernant le 116 117 et les comparaisons internationales permettent d'éclairer les choix.

Le 116 117 est aujourd'hui théoriquement destiné à permettre l'accès au médecin de garde aux horaires de la PDSA. Déployé aujourd'hui à titre expérimental seulement dans les anciennes régions Pays de la Loire, Normandie et Corse et quelques autres départements, ce numéro jouit d'une faible notoriété. Seuls 1% des répondants à l'enquête de l'IFOP le connaissent. Cependant, la mission considère que cette difficulté pourrait être réglée par une campagne de communication. En Norvège, le 116 117 n'a été mis en place qu'en 2015 or il est aujourd'hui bien identifié par la population. En termes de volumétrie, 1/3 des appels santé arrivent à l'équivalent du 15 et 2/3 arrivent au 116 117.

Aussi, la principale objection à l'extension effective du 116 117 aux soins non programmés y compris en dehors des horaires de PDSA réside dans la difficulté présumée des usagers à apprécier la gravité de leur état. Ils risqueraient d'appeler le 116 117 alors qu'il s'agit d'une urgence vitale ce qui pourrait alors conduire à une perte de chance. L'étude présentée par le SAMU 44 sur la mise en place du 116 117 en Loire-Atlantique indique que seuls 3% des dossiers liés au 116 117 ont été réorientés vers la médecine d'urgence¹³², ce qui suggère que les usagers sont capables de distinguer les appels relevant du 15 et ceux relevant du 116 117. Ce constat est corroboré par l'expérience norvégienne où 7% des appels adressés au 116 117 sont redirigés vers l'équivalent du 15 (le 113). Le risque de perte de chance pour l'appelant est d'autant plus faible selon les interlocuteurs du ministère norvégien de la santé rencontrés par la mission qu'il existe le plus souvent des interconnexions entre les deux types de plateformes. L'ensemble des pays visités par la mission ont mis en place un numéro pour les appels santé hors urgences vitales (« 116 117 » en Suède et en Norvège, « Saude 24 » au Portugal, numéros locaux de permanence des soins aux Pays-Bas, « 1733 » en Belgique) qui permettent de décharger le service ambulancier/médical même si ces pays s'appuient par ailleurs sur une organisation spécifique de la réponse apportée à la demande de soins non programmés en termes d'effecteurs (centres de soins non programmés, notamment).

Cette généralisation du 116 117 est par ailleurs souhaitée par la totalité des syndicats de médecins libéraux d'après leurs échanges avec la mission. **Compte tenu de tout ce qui précède, la**

¹³² « Impacts de la mise en place du numéro d'appel national de la permanence des soins ambulatoires dans un Centre 15 », Hugo DE CARVALHO, Philippe PES, Freddy FOUILLET, Benjamin DISARBOIS, Baptiste DESMORTREUX, François JAVAUDIN, Julien LABADY, Joël JANVRIN, SAMU 44 Smur de Nantes, Services des Urgences, CHU de Nantes, juin 2018. Cette étude, présentée au Congrès Urgences de juin 2018, contient des données précises portant sur la période du 4 avril au 31 octobre 2017.

mission plaide pour la généralisation du 116 117 aux soins non programmés 24h sur 24 et 7 jours sur 7.

Dans les régions pilotes, les appels au 116 117 parviennent aujourd'hui le plus souvent dans les Centres 15 où ils sont décrochés par des ARM et traités comme des appels au 15¹³³. Le 116 117 présente donc avant tout l'intérêt de donner une indication sur la gravité d'un appel avant son décroché¹³⁴. Si elle considère que cette priorisation des flux présente en soi un intérêt, la mission souligne que le 116 117 ne remplira pleinement son rôle que s'il s'appuie, comme dans les pays visités par la mission (Norvège notamment), sur une organisation dédiée¹³⁵.

Il ne relève pas du champ de la mission de déterminer les modalités d'organisation et de prise en charge du 116 117 et plus généralement de la réponse apportée à la demande de soins non programmés. Cependant, la mission souligne que l'organisation retenue par les pouvoirs publics sur ces sujets présente un impact majeur sur la qualité et la soutenabilité du système de secours d'urgence dans son ensemble.

A ce titre, la généralisation du 116 117 implique soit une organisation spécifique à la médecine libérale, soit une clarification des relations entre les responsables de la PDSA (et le cas échéant de la réponse aux demandes de soins non programmés) et les hôpitaux responsables des Centres 15.

Si l'option consistant à faire évoluer les Centres 15 en plateformes de réception des appels santé (15 et 116 117) était retenue, la mission recommande que le décroché de ces appels soit réalisé par les ARM, dont la formation serait adaptée, que des recrutements de personnels soient opérés pour absorber les appels supplémentaires et que soit mis en place un système dédié de réception des appels différencié des appels au 15¹³⁶. Deux flux d'appels distincts devraient être traités par des opérateurs affectés pendant la durée d'une vacation. Ces opérateurs seraient susceptibles de traiter l'un ou l'autre des flux mais pas les deux au cours d'une même vacation. Des modalités de traitement des appels distincts devraient être élaborés et utilisés selon qu'il s'agit d'une réponse au 15 ou au 116 117, à l'instar de ce qui existe par exemple en Norvège¹³⁷.

Cette analyse conduit la mission à préconiser la généralisation du 116 117 et son extension fonctionnelle aux soins non programmés dans tous les scénarios.

S'agissant d'une fusion limitée au 17-18, elle identifie des inconvénients majeurs qui devrait conduire à exclure ce scénario dans son ensemble :

¹³³ Sauf hors horaires de la PDSA lorsqu'un répondeur a été mis en place (cas de 9 SAMU répondants à l'enquête de la mission sur 15 concernés par la mise en place du 116 117).

¹³⁴ Sur 15 SAMU concernée par la mise en place du 116 117 et ayant répondu au questionnaire, 11 différencient le décroché du 116 117 de celui du 15.

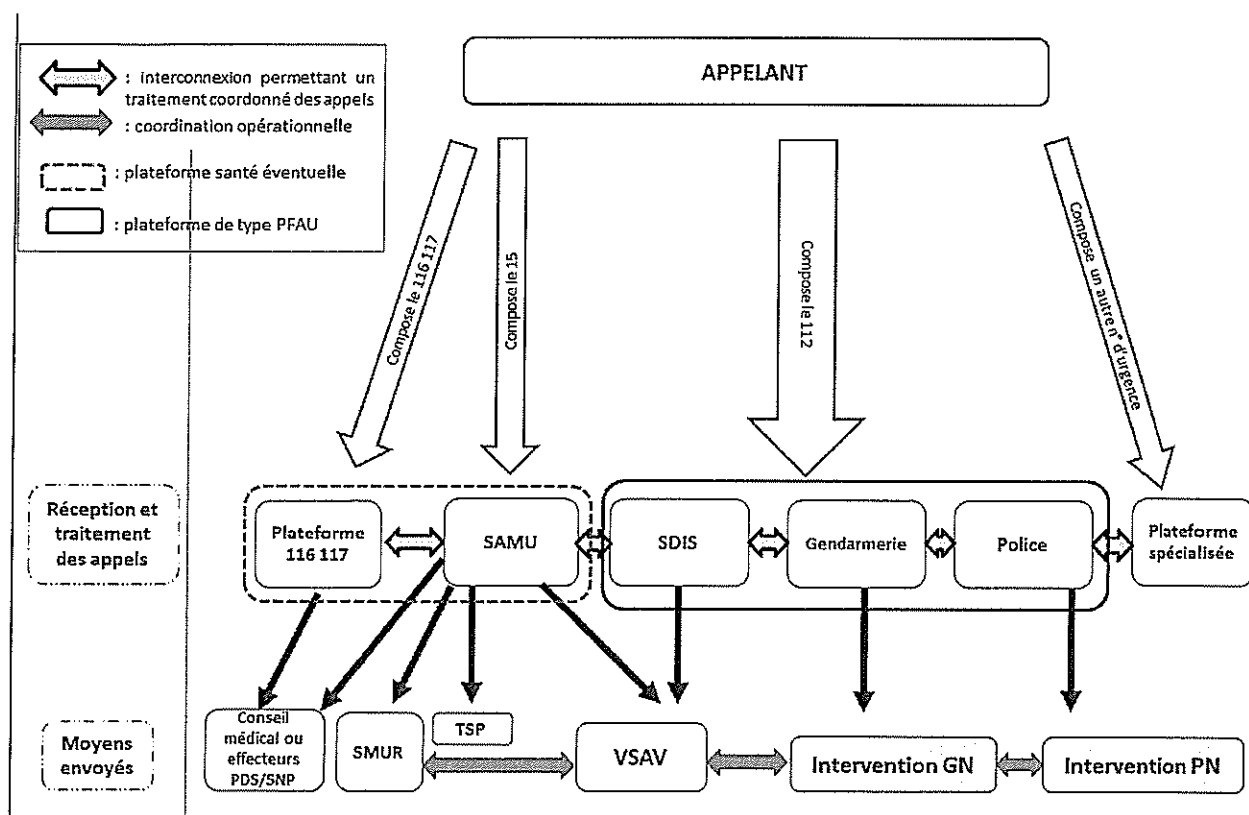
¹³⁵ Si dans tous les cas un appel au 113 comme au 116 117 est décroché par un infirmier, le 116 117 est géré en Norvège par des plateformes distinctes organisées au niveau communal ou intercommunal. Il existe aujourd'hui environ 100 centres d'appel 116 117 (40 centres ont été regroupés au niveau intercommunal au cours des cinq dernières années). Le centre 116 117 d'Oslo est implanté dans l'enceinte d'un centre de soins non programmés.

¹³⁶ La majorité des SAMU concernés par la mise en place du 116 117 ont indiqué qu'elle ne s'est accompagnée d'aucune évolution organisationnelle interne au Centre 15, que ce soit en termes de moyens ou de processus. A ce stade, seul le SAMU 44 a pu recruter effectivement deux ARM supplémentaires.

¹³⁷ En Norvège, la gestion de l'appel au 116 117 consiste à évaluer le degré de gravité et à fournir une réponse appropriée au patient. Pour ce faire, les infirmiers chargés du décroché appliquent à Oslo un protocole d'aide à la décision distinct du *Norwegian Index* utilisé dans les centres 113. Ce protocole sert à évaluer le risque sur les bases des symptômes présentés par le patient et non à fournir un diagnostic. En cas de doute, les infirmiers peuvent se tourner vers un médecin pour régulation qui est le plus souvent présent physiquement dans la salle ou joignable par téléphone. Dans 28% des cas l'appel débouche sur un conseil téléphonique, dans 66% sur une consultation médicale dans un centre de soins non programmés et dans 3% des cas sur une visite à domicile du médecin de garde.

- La simplification souhaitée pour l'utilisateur n'est pas pleinement atteinte puisque le 15 persiste et qu'il revient toujours à l'appelant de qualifier si son urgence relève du secours (appel au 112) ou du soin (appel au 15) ;
- Le cloisonnement des organisations sur des bases organiques (ministère de rattachement) plutôt que fonctionnelles ne serait pas propice au renforcement de la coordination et au dialogue entre l'ensemble des acteurs. A ce titre, la mission note qu'aucun pays européen n'a procédé de la sorte.

Graphique 2 : La réception et le traitement des appels d'urgence dans le scénario 2 (maintien du 15 et fusion du 17-18 dans le 112)



Source : Mission

3.2.3 Scénario 3 : une fusion du 15 et du 18 dans le 112 par généralisation des plateformes communes présente des limites en termes d'efficacité avec un risque d'effet contre-productif sur la coopération inter-services

Il pourrait être envisagé de limiter le scénario du numéro unique, au moins dans un premier temps, aux seuls 15 et 18 compte tenu de la plus grande proximité des métiers et de la plus forte densité des interactions entre SAMU et SDIS. 4 pays européens (Allemagne, Belgique, Luxembourg et Slovénie) ont fait le choix de faire du 112 le numéro unique pour les appels santé et incendie, et de conserver un numéro national pour les appels sécurité.

L'hypothèse d'une fusion du 15 et du 18 au sein du 112 par généralisation de plateformes communes 15-18 a été traitée par la mission, en repartant des expériences existantes.

A ce jour, 17 SDIS et de SAMU ont créé une plateforme mutualisée de réception et de traitement des appels 15 et 18¹³⁸ et plusieurs projets sont en cours, à des stades variés d'avancement.

Mises en place à l'initiative des acteurs locaux, ces plateformes physiques recouvrent une diversité de modes d'organisation :

- *Localisation de la plateforme* : les plateformes peuvent être localisées dans des locaux du SDIS (cas le plus fréquent), à l'hôpital ou dans un lieu « neutre » ;
- *Existence d'un plateau commun* : les services peuvent être simplement « colocalisés » et séparés par une cloison (même si celle-ci peut être seulement vitrée pour faciliter les échanges directs entre opérateurs) mais ils travaillent généralement sur un plateau commun. Dans l'Ain, des travaux sont engagés pour passer de la première configuration à la seconde ;
- *Existence d'un logiciel communs ou d'arbres communs d'aide à la décision* : les SAMU et SDIS peuvent avoir développé des outils communs de réception et de traitement de l'appel (Indre-et-Loire), voire un système d'information propre à la plateforme qui couvre l'ensemble des métiers (Haute Savoie) ;
- *Existence d'un décroché commun* : l'Indre-et-Loire a organisé un décroché commun indifférencié au 15 et au 18 par des ARM ou des opérateurs du SDIS qui est aujourd'hui remis en cause). La plateforme des Vosges l'a mis en place depuis juin dernier.

Sur la base de ses visites de 10 plateformes communes et de l'exploitation des questionnaires (cf. annexe 17), la mission identifie des apports opérationnels et organisationnels certains, même si ceux-ci varient fortement d'une plateforme à l'autre et s'il est difficile de les objectiver à partir de statistiques ou d'études chiffrées :

- *Une communication plus fluide* : lorsque la disposition physique des locaux s'y prête, ce qui est généralement le cas, la co-localisation permet par exemple au médecin régulateur de discuter de l'engagement de moyens avec le SDIS en face à face pour les cas les plus complexes, ou à l'opérateur du CTA de prévenir immédiatement le médecin régulateur d'une urgence vitale lorsque celui-ci est déjà en ligne. Ce dialogue peut ainsi accélérer l'engagement des moyens les plus adaptés aux patients ou à la victime. En cas de crise, la plateforme fluidifierait le partage d'information sur la situation et les discussions sur la réponse opérationnelle, permettant donc une réponse plus pertinente et plus rapide ;
- *Une incitation forte à approfondir le travail en commun pour améliorer la réponse opérationnelle* : dans les Vosges ou en Ardèche par exemple, la plateforme a pu faciliter les échanges entre SAMU et SDIS sur la manière de préserver la ressource sapeurs-pompiers volontaires pour les urgences dans les territoires les plus excentrés du département et a conduit à davantage solliciter la régulation médicale. En Haute-Savoie comme dans les Vosges, la plateforme physique a été le préalable à un travail très approfondi visant à développer un logiciel commun de traitement des appels et d'engagement des moyens ;
- *Le développement d'une culture commune* : le dialogue quotidien et les échanges informels peuvent permettre de réduire les malentendus (meilleure compréhension des contraintes de l'autre service) et de désamorcer les « irritants » ;

¹³⁸ Il est question ici uniquement des plateformes dites « physiques » du fait du flou qui entoure aujourd'hui la notion de « plateforme virtuelle » (il n'est pas clair si cette appellation recouvre les cas où SDIS et SAMU ont développé un système d'information commun ou si elle est élargie à toutes les interconnexions informatiques même les plus sommaires).

- *Une mutualisation des ressources pour la réception des appels* : le décroché commun mis en place dans certaines plateformes permet de mutualiser les ressources dédiées au décroché du 15 et du 18 et de lisser les pics d'activité des deux services, réduisant ainsi les délais de décroché.

La mission n'est pas convaincue que la perspective de réaliser des économies d'échelle soit une motivation pertinente pour la création de plateformes communes. Si elles peuvent permettre de mutualiser l'achat de certains équipements coûteux et de déployer des infrastructures modernes, les plateformes ont un coût important en termes d'investissement initial et représentent le plus souvent un surcoût pour le service qui s'installe « chez l'autre » Pour apprécier pleinement le bilan financier des plateformes, il conviendrait d'intégrer les économies liées à une utilisation plus efficiente des moyens directement liée à la co-localisation, ce qui s'avère particulièrement difficile au plan méthodologique.

Plusieurs éléments freinent aujourd'hui la généralisation des plateformes. Alors que les SDIS, appuyés par leur conseil départemental, tendent à promouvoir la création de nouvelles plateformes communes SDIS/SAMU (exemples du Bas-Rhin, de la Drôme ou du Gard), peu de ces initiatives aboutissent faute d'une volonté partagée par les ARS et les SAMU. Au-delà des questions de personnes, d'identité professionnelle (attachement au maintien d'un lien fort avec l'environnement hospitalier) ou de positionnement institutionnel, trois principaux obstacles objectifs freinant les projets de plateformes ont été identifiés même s'ils ne sont pas appréhendés partout avec la même acuité :

- *La localisation des plateformes hors de l'hôpital doit être rendue compatible avec les contraintes en termes de ressource urgentiste* : comme le soulignent les directeurs généraux d'ARS, une plateforme commune localisée en dehors de l'hôpital ne permet pas d'exploiter pleinement les possibilités de mutualisations entre SAMU/SMUR et SU, notamment lorsque la ressource médicale urgentiste est faible ;
- *Le cadre organisationnel (gouvernance, finances, ressources humaines) est souvent précaire et n'est pas toujours perçu comme avantageux par l'ensemble des acteurs* : les projets de plateforme reposent sur des cadres conventionnels *ad hoc*, complexes et précaires. La gouvernance peut susciter des tensions alors même que les surcoûts liés à une plateforme (paiement d'un loyer notamment) peuvent être jugés importants par le centre hospitalier¹³⁹. En termes de ressources humaines, la plateforme peut susciter du ressentiment chez les ARM dès lors que leur activité est perçue comme plus forte que celle des opérateurs de SDIS et leur rémunération plus faible ;
- *Le système de réception des appels d'urgences est rendu plus vulnérable en cas de panne informatique* : en cas de dysfonctionnement des équipements communs de la plateforme, l'ensemble des services doivent passer en « mode dégradé » et, en cas de panne téléphonique, les requérants n'ont pas la possibilité de se rabattre sur un autre numéro de soins/secours en cas d'urgence absolue. Les centres « de repli » n'existent pas ou alors ils sont coûteux, ne sont armés qu'exceptionnellement et avec délai.

Trois conditions doivent donc être réunies pour assurer le bon fonctionnement d'une plateforme commune :

- Une opportunité immobilière ;
- Une volonté partagée dans la durée ;

¹³⁹ Le CH d'Annecy considère par exemple que la MIG SAMU ne permet pas de couvrir 124 589€ de surcoûts associés à la plateforme

- Une préparation minutieuse des conditions pratiques de cohabitation.

Compte-tenu de ce qui précède, la fusion du 15-18 par généralisation des plateformes communes suppose la mise en place d'un décroché commun dans ces plateformes. Concrètement, un premier pôle de réception des appels, composé d'ARM et d'opérateurs du SDIS, décrocherait les appels 112 et serait chargé de les orienter vers le service compétent. Ce premier niveau assurerait également une fonction de débruitage. Cette organisation a été retenue par les plateformes communes de l'Indre-et-Loire et des Vosges.

Pour la mission, un scénario de fusion des 15 et 18 par généralisation des plateformes communes présente des difficultés notables :

- Les plateformes communes n'ont été mises en place que dans un nombre limité de départements et dans des conditions difficiles. La création de plus de 80 plateformes communes (une par département actuellement dépourvu de plateforme) serait coûteuse en termes d'investissement initial¹⁴⁰ et prendrait du temps ;
- La solution alternative de création de plateformes communes à un niveau supra départemental paraît difficilement envisageable pour le moment, les SDIS relevant des conseils départementaux (cf. supra). Or ces derniers sont globalement attachés à la prise en compte des spécificités départementales et sont partagés sur la nécessité des rapprochements physiques comme l'ont montré leurs réponses au questionnaire de la mission ;
- Elle nécessiterait de revoir les organisations locales pour le SAMU (moindre capacité de mutualisation de la ressource urgentiste entre le SAMU, le SMUR et les urgences) si la plateforme était localisée hors de l'hôpital, pour le SDIS (séparation du CTA-CODIS de l'état-major) ou pour les deux services en cas de localisation dans un lieu tiers. La détermination de la localisation des plateformes risquerait donc d'être une source de tensions importantes entre les deux services avec un risque d'effet contre-productif sur l'état de leur coopération.

De surcroît, un tel scénario reviendrait à exclure, au moins dans un premier temps, le 17 du numéro unique et à conserver deux grands numéros d'urgence. Or, la mission estime qu'il est souhaitable d'intégrer le 17 au numéro unique pour plusieurs raisons :

- Un numéro unique pour les appels d'urgence serait plus lisible, plus facilement reconnaissable par les usagers et faciliterait les campagnes de pédagogie à mener pour que la population connaisse davantage le numéro d'urgence. A l'inverse, le maintien d'un double numéro pourrait être source de confusion : le sondage IFOP réalisé pour la mission du 31 août au 1^{er} septembre a ainsi montré que l'existence actuelle de plusieurs numéros d'urgence était source de confusion, en particulier chez nos concitoyens les plus âgés¹⁴¹ ;
- Un numéro unique pour tous les appels d'urgence permettrait de coordonner plus facilement les services d'urgence intervenant sur une même urgence (exemple d'une fusillade dans la rue, impliquant les forces de sécurité mais pouvant aussi impliquer les SAMU et les sapeurs-pompiers en cas de blessés, ou encore d'un accident de la circulation, impliquant les sapeurs-pompiers en cas de victimes mais également les forces de sécurité intérieure pour sécuriser la voie publique) ;

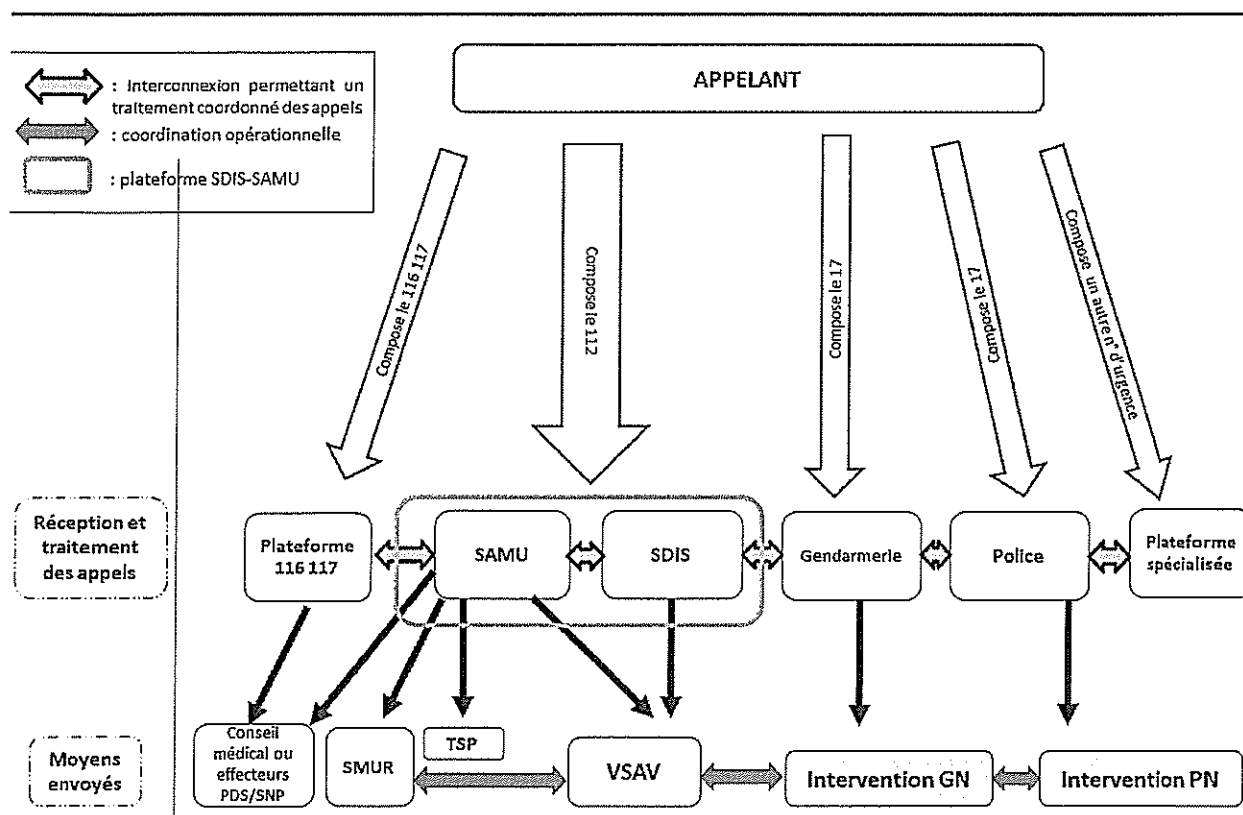
¹⁴⁰ Il existe peu de CTRA ou de CTA suffisamment dimensionnés pour accueillir l'autre service. La création de plateformes communes nécessiterait dans de nombreux départements la construction d'un nouveau centre de réception des appels ou des travaux d'ampleur importante.

¹⁴¹ A titre d'exemple, dans le cas d'une fusillade, seuls 58% des Français ont le réflexe de composer le 17 pour joindre la police ou la gendarmerie, quand près de 30% privilégient le 18 (14%) ou le 15 (13%). Seuls 44% des seniors ont le réflexe de composer le 17.

- La non-intégration du 17 risquerait de figer une séparation entre les services de soins et de secours d'urgence, d'une part, et les services de sécurité d'autre part, et ne favoriserait pas la convergence opérationnelle entre la sécurité publique les secours et les soins.

Dans ce contexte, la mission considère que les plateformes départementales SDIS-SAMU doivent pouvoir continuer à se développer lorsque les situations locales s'y prêtent puisqu'elles peuvent tout à fait s'intégrer dans les scénarios 1 et 4.

Graphique 3 : La réception et le traitement des appels d'urgence dans le scénario 3 (fusion du 15 et du 18 dans le 112 par la généralisation des plateformes communes)



Source : Mission

3.2.4 Scénario 4: sous certaines conditions, un numéro unique des urgences (le 112 remplace le 15, le 17 et le 18) peut être un puissant accélérateur de la modernisation mais sa mise en place implique un volontarisme fort

3.2.4.1 La généralisation des plateformes communes 15-18 dans leur configuration actuelle et leur extension au 17 n'est pas la voie adaptée à la mise en place d'un numéro unique

Comme indiqué supra, la généralisation des plateformes communes présente des difficultés notables, qui seraient renforcés en cas d'extension à la police et à la gendarmerie.

Les plateformes communes sont aujourd'hui limitées au SDIS et au SAMU mais n'associent pas la police et la gendarmerie (la plateforme parisienne n'associe pour sa part pas le SAMU). Il paraît difficilement envisageable pour la police et la gendarmerie de voir tous leurs appels décrochés par les pompiers et les Samu, et beaucoup de plateformes actuelles seraient trop petites pour accueillir en leur sein les opérateurs des forces de sécurité intérieure ;

De nombreux préfets consultés par la mission ont ainsi indiqué que si un numéro unique était créé par la généralisation de plateformes communes entre les services, il leur paraîtrait préférable de conserver le 17 à côté du 112, pour deux raisons principales :

- Le traitement des appels au 17 est organisé avec une proximité immédiate entre l'opérateur réceptionnant les appels et celui pilotant l'intervention des forces de l'ordre, rendant difficile toute séparation du centre d'appel du centre de commandement de la police et de la gendarmerie ;
- Les réticences des personnels concernés par une intégration au sein d'une plateforme commune seraient sans doute nombreuses, la culture commune soins-secours et sécurité intérieure restant à développer.

3.2.4.2 Des plateformes de premier niveau doivent soit permettre le « débruitage/orientation des appels » soit assurer également l'envoi de moyens du SDIS

La mission préconise la mise en place de plateformes de premier niveau, qui permettraient soit un débruitage, à l'image des plateformes uniques néerlandaises (service ambulancier, pompiers, police) qui fonctionnent conjointement avec un centre d'appel national pour le « débruitage » des appels au 112 (30% des appels sont filtrés) et le transfert de l'appel au service compétent, soit aussi un envoi immédiat de moyens en cas de nécessité de prompt secours, à l'image des plateformes suédoises.

Tableau 15 : Les trois niveaux de la réception et du traitement des appels d'urgence

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Réception de l'appel (décroché) et, le cas échéant, transfert vers le service compétent	Traitement de l'appel (interrogatoire conduit par l'opérateur avec qui est en communication avec l'appelant)	Engagement des moyens (envoi et suivi des interventions sans que l'agent soit en communication avec l'appelant)

Source : Mission

- **Option 1 : Le 112, numéro unique décroché par des plateformes de premier niveau limitées à une fonction de débruitage/orientation**

La fonction de débruitage consiste à filtrer les différents appels ne relevant pas d'un service de réception des appels d'urgence (le plus souvent « *pockets call* » et demandes de renseignement). Dans le domaine de la santé, le débruitage ne comprend pas le filtrage des urgences ressenties par les usagers qui ne seraient pas des urgences vitales.

La mise en œuvre de plateformes de réception d'un numéro unique en vue d'un débruitage présente plusieurs avantages :

- Augmenter la lisibilité pour l'utilisateur qui n'a plus d'interrogations sur le bon numéro à composer en cas de détresse ;
- Garantir un décroché rapide pour tous les appels d'urgence dès lors que ces plateformes de premier niveau sont correctement dimensionnées. Sur le modèle suédois, la puissance publique pourrait fixer par la loi l'exigence d'un décroché en quelques secondes seulement, ce que les systèmes d'information permettraient aisément de vérifier. Une plateforme pourrait transférer, comme aux Pays-Bas, un appel vers une autre plateforme en cas de saturation des lignes d'urgence dans une zone donnée ;

- Soulager les services d'urgence des « appels polluants » (appels malveillants, « *pocket calls* », demande de renseignement administratif ou général). Ce point vise en particulier la police et la gendarmerie même si, en l'absence de données consolidées, les autorités ne disposent pas à ce jour d'une bonne visibilité sur les appels arrivant au 17 ;
- Mettre en place des plateformes modernes de premier niveau permettant de réceptionner d'autres types de flux que la voix ou de saisir tout le potentiel des nouvelles technologies pour capter les signaux de détresse, ce qui constituerait un puissant levier de modernisation numérique du service public ;
- Centraliser l'information (éventuellement par la présence comme au Portugal d'un officier de liaison de chaque service au sein de la plateforme de premier niveau), ce qui renforce l'efficacité en cas de crise grave comme un attentat et permet d'améliorer la connaissance transversale des demandes d'urgence (notamment par l'utilisation des *big data*) ;
- Les services conservent leur liberté dans l'organisation du traitement des appels d'urgence au deuxième niveau. La mise en place de plateformes de premier niveau n'est pas contradictoire avec des regroupements (notamment entre les SAMU et les SDIS volontaires) dans des plateformes communes, départementales ou interdépartementales.

La question de la pertinence d'une orientation des appels par un premier interlocuteur qui ne serait pas du service métier a également été étudiée par la mission. Au Portugal, 60% des appels au 112 relèvent de la santé et sont réorientés vers le « SAMU » par un premier opérateur du centre 112 (un policier) ; les interlocuteurs portugais rencontrés par la mission ne disposent d'aucun élément permettant d'estimer que ce système engendre une perte de chance pour le patient (la situation est globalement similaire aux Pays-Bas).

Toutefois, le fait de cantonner les plateformes à une fonction de débruitage et d'orientation présente des insuffisances du point de vue de la qualité du service rendu à l'utilisateur.

La mission considère que le principal risque associé à des plateformes de premier niveau cantonnées à une fonction de débruitage/orientation réside pour l'utilisateur dans la perte d'une garantie de pouvoir obtenir rapidement l'intervention sur place de moyens de secours. Dans la situation actuelle, un grand nombre d'urgences relevant du prompt secours arrivent en effet au 18 avec la possibilité de déclencher très rapidement l'envoi de moyens du fait de la notion de « départ réflexe », liée à la mission de secours à personne. Si la plateforme de premier niveau assure seulement la transmission des appels, la différenciation complexe entre appels pour aide médicale d'urgence et appel pour secours à la personne risque d'aboutir à diriger la plupart des appels à connotation « santé » vers les SAMU, y compris ceux relevant des secours à la personne. La conséquence serait une perte de temps dans l'envoi des moyens alors que ce critère joue un rôle important dans le pronostic pour nombres de situations.

Par ailleurs, la France serait le seul pays où un appel au 112 pourrait être réceptionné et traité par trois personnes (l'opérateur 112 de premier niveau, puis l'ARM et le médecin régulateur) avant la décision d'envoi de moyens de secours, à moins que l'ensemble des SAMU utilisent des arbres décisionnels précis pour que les ARM puissent déclencher le « départ réflexe ». Cependant, même dans cette hypothèse, l'intervention de deux opérateurs avant le déclenchement des moyens de prompt secours engendrerait une perte de temps non nécessaire.

- **Option 2 : Le 112 numéro unique décroché par des plateformes de premier niveau assurant une fonction de débruitage/orientation et capable de déclencher un envoi de moyens du SDIS pour prompt secours**

Dans cette hypothèse, les plateformes de premier niveau seraient capables dès leur mise en place de déclencher des départs-réflexes afin de ne pas dégrader la réponse aux urgences vitales et d'homogénéiser la réponse apportée sur l'ensemble des territoires. Cela implique la mise en place d'arbres de décision permettant une évaluation de la gravité de l'appel en quelques questions seulement par l'opérateur en charge de sa réception. A terme, un système d'aide à la décision utilisant l'intelligence artificielle pourrait être mis en œuvre en renseignant des données préalablement déterminées relatives au patient à prendre en charge qui proposerait la conduite à tenir la plus adaptée. Ces algorithmes d'aide à la décision seraient élaborés, comme précisé plus haut, sous l'égide de la HAS en lien avec les sociétés savantes des acteurs concernés. Si, sur la base des symptômes décrits par l'appelant, le pronostic vital de l'appelant n'est pas engagé, l'appelant est rapidement transféré à un opérateur de deuxième niveau ; les appels santé sont transférés au centre d'appel du SAMU où ils sont décrochés par l'ARM. En revanche, si les symptômes de l'appelant présentent une réelle gravité, l'opérateur de premier niveau peut poursuivre son interrogatoire jusqu'à la décision de déclencher un moyen de secours. Dans ce cas, l'opérateur de premier niveau transmet une fiche d'intervention au SDIS compétent pour l'envoi du VSAV ; l'appelant est directement transféré (sans passer par l'ARM) au médecin régulateur qui a également accès à la fiche d'intervention. Ces arbres de décisions pourraient être améliorés en développant des algorithmes d'intelligence artificielle construits à partir d'un recueil de données systématisé portant sur le traitement des appels et le suivi des prises en charge.

Au-delà de l'intérêt pour l'utilisateur d'obtenir rapidement la garantie de l'intervention sur place de moyens de secours, l'intervention du premier niveau permet dans ces conditions d'éviter une « sur-sollicitation » des SDIS en même temps qu'elle permet de garantir une régulation *a priori* plus fréquente des appels proprement sanitaires. **Aussi, la mission préconise, dans ce scénario, la mise en place de plateformes de premier niveau capables de déclencher un envoi de moyens du SDIS pour prompt secours.**

La mise en place de cette procédure de « départ réflexe » devra être assortie de garanties d'anonymat vis-à-vis de la police/gendarmerie au stade de l'engagement des moyens de secours afin de prévenir tout comportement consistant pour certains publics ou dans certaines situations d'urgence à renoncer aux soins.

3.2.4.3 S'ils doivent être mieux articulés, peu d'autres numéros d'urgence ont vocation à fusionner avec le 112

Dans cette hypothèse, la mission s'est interrogée sur la bonne articulation entre le 112 et les autres numéros d'urgence spécialisés au sens de l'ARCEP ainsi que sur l'opportunité d'en fusionner certains dans un souci de simplification pour l'utilisateur.

Dans deux pays visités par la mission où le 112 est numéro « unique » d'urgence (Pays-Bas et Portugal), les autorités n'ont pas souhaité élargir le dispositif au-delà du « socle » des motifs d'urgence (urgence médicale, incendie, sécurité) dans un souci de cohérence et de lisibilité du dispositif vis-à-vis de la population qui est invitée à ne composer 112 que dans les cas « d'urgence avérée ». Le 112 peut donc se concilier avec le maintien de numéros d'urgence (qu'ils soient qualifiés ou non comme tel par l'autorité de régulation des communications) plus spécialisés, ce qui

est particulièrement vrai au Portugal où il existe plusieurs autres numéros d'appel à mi-chemin entre l'écoute sociale et le conseil médical¹⁴².

A l'inverse, l'expérience suédoise donne un exemple où le 112 va au-delà du « socle d'urgences » pour proposer une réponse à des besoins de nature très variée, comme par exemple l'urgence sociale, la réponse « anti-poison » ou l'accès à un prêtre. Cependant, cette conception « universaliste » de l'urgence trouve sa source dans les spécificités du modèle suédois de traitement des appels d'urgence. En Suède, le 112 est en effet géré par une entreprise publique à but lucratif (SOS Alarm) qui propose aux collectivités locales de réaliser pour leur compte un certain nombre de services dans le cadre de contrats de prestation de services ; les « urgences » traitées varient donc d'une collectivité à une autre. Par ailleurs, les « urgences spécialisées » sont directement traitées en premier niveau par les opérateurs 112 et non pas renvoyées vers des plateformes spécialisées de deuxième niveau.

S'agissant en France des huit numéros d'urgence au sens de l'ARCEP hors 15-17-18-112 et hors 115, la mission s'est procurée des estimations de la volumétrie d'appels qui suggèrent que leur audience reste limitée (cf. tableau 16). Elle est limitée à quelques dizaines de milliers d'appels par numéro à l'exception du 119 pour l'Enfance en danger. Or un sondage réalisé par le SIG a montré que ce numéro, qui fait d'ailleurs l'objet d'une communication relativement large, n'est connu que par 8% des Français. La plupart des autres numéros relèvent d'utilisations spécifiques¹⁴³ et sont traités dans au total une quinzaine de centres ayant recours à des compétences spécifiques et à des moyens adaptés. La mission considère que, pour la population, le bénéfice à attendre d'une fusion de ces 8 numéros d'urgences¹⁴⁴ serait faible avec un risque de brouiller la communication autour du bon usage du 112. L'enjeu de simplification concerne donc à ses yeux les cinq principaux numéros.

Tableau 16 : Estimation du nombre d'appels aux numéros d'urgence au sens de l'ARCEP hors 15-17-18-112-115 en 2017

Numéro d'appel	Nombre de centres de réception	Estimation du nombre annuel d'appels entrants*	Observations
119	1	470 000	
116 000	n.c.	n.c.	
114	1	10 000	
191	2	10 000	dont un centre outre-mer (La Réunion)
196	8	32 000	dont 2 CROSS outre-mer ; le nombre d'appels concerne les 6 CROSS métropolitains
197	1	n.c.	numéro non permanent
116 117	n.c.	n.c.	
116 111	Reçu par le 119	Cf. 119	remplacera à terme le 119

Source : Missions

La mission considère toutefois que deux numéros plus directement liés au socle des urgences auraient vocation à être intégrés au 112 :

¹⁴² SOS Drogue (1414), Intoxication (808 250 143 qui relève de l'équivalent du SAMU est également joignable via le 112), Cancer (808 255 255), SOS Enfance (116 111), Citoyen Agé (800 203 531)...

¹⁴³ Certains numéros correspondent à des usages très spécifiques (191, 196, 197) et sont reçus dans un nombre restreint de centres opérationnels très spécialisés et compétents ; d'autres, également reçus dans des centres d'ores et déjà uniques, nécessitent des qualifications particulières (la pratique de la langue des signes pour le 114 et une expertise psychologique immédiate pour le 119) qu'il serait difficile de généraliser dans des structures généralistes ».

¹⁴⁴ Selon le premier sondage du SIG, 32% des Français sont favorables à un numéro unique pour tous les types d'urgence qui regrouperait les 13 numéros d'urgence existants.

- Les numéros des centres antipoison et de toxicovigilance (différents pour chacun des centres) : même s'ils ne sont pas des numéros d'urgence au sens de l'ARCEP, ils ont vocation à traiter des urgences médicales et donc à parvenir au 112. Au Portugal, le centre antipoison relève de l'INEM (équivalent du SAMU) et le numéro spécifique permettant de le joindre est progressivement « éteint » au bénéfice du 112 ;
- Le numéro d'alerte et attentats est directement lié aux urgences « sécurité » : sur le modèle des Pays-Bas et de la Suède, une option pourrait consister à le conserver et de communiquer autour de ce numéro en cas d'évènement de grande ampleur (attentats) pour que la population s'en serve comme moyen d'obtenir des informations et consignes de sécurité sans saturer le 112. Toutefois, en cas de survenue d'un tel évènement, une grande partie de la population concernée ne manquerait pas de composer le 112. Dans ce cas, il pourrait être envisagé de déclencher un serveur vocal pour indiquer que le traitement de l'évènement est en cours et qu'il y a lieu de rester en ligne seulement pour apporter des informations nouvelles ou signaler d'autres urgences (urgences médicales simultanées sur le même secteur mais sans lien avec l'évènement par exemple). Dans ce deuxième cas, il pourrait être envisagé d'éteindre le 197.

Même s'il n'y a pas lieu de fusionner l'ensemble des numéros, la mission considère qu'il conviendrait en tout état de cause de veiller à la bonne articulation entre les plateformes 112 et les services qui peuvent être sollicités pour la prise en charge des situations d'urgence spécifiques. Il convient en effet de s'attendre à ce qu'une partie de la population retienne le 112 comme numéro pour toutes les urgences. **C'est pour cette raison que la mission juge indispensable, dans l'hypothèse où le 112 serait retenu comme numéro « unique », de prévoir une interconnexion entre les plateformes 112 et les plateformes spécialisées ainsi qu'un transfert efficace et rapide des informations et signalements.** La mission n'en appelle pas moins à la prudence dans la multiplication des initiatives en matière de numéros d'urgence.

Il a été demandé à la mission de s'intéresser au projet de numéro 113 pour les alertes et la prévention des suicides, dans le cadre du programme dit « Papageno ». Celui-ci aurait vocation à orienter vers un service d'urgence en cas de crise suicidaire ou vers des interventions de dialogue en cas d'« urgence faible », en intégrant aussi des lignes d'écoute permettant également le repérage des cas à risque. Dans le cadre de ses investigations, de nombreux services d'urgence ont indiqué à la mission recevoir ponctuellement des appels de suicidants. Sur la base des expériences qui lui ont été fournies, la mission considère que le traitement de ce type de situation implique de ne pas multiplier le nombre d'opérateurs en contact avec l'appelant, d'avoir des opérateurs adéquatement formés mais aussi capables de déclencher rapidement l'intervention de moyens de secours sur place. Elle considère que la mise en place d'un numéro dédié à la réponse aux suicidants et à leur entourage pourrait être pertinente, dans la mesure où il s'agit d'un problème majeur de santé publique et que par exemple les Pays-Bas, bien qu'ayant un numéro unique (le 112), ont adopté une telle démarche. En revanche, la mission estime que la mise en place éventuelle des plateformes 113 devrait être conditionnée à l'effectivité de l'interconnexion avec, d'une part, les plateformes 112 (pour permettre un transfert rapide en cas d'appel de suicidant au 112), et, d'autre part, avec les services d'urgence pour permettre, le cas échéant, le déclenchement d'une intervention tout en restant en ligne avec l'appelant.

Enfin, la mission s'est intéressée à l'urgence sociale et à l'articulation, dans l'hypothèse d'un « numéro unique », entre le 112 et le 115.

Dans les termes de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) : *« le 115 a pour particularité d'être réceptionné par de nombreux opérateurs, la plupart du temps associatifs, assurant*

les missions de service intégré d'accueil et d'orientation (dont la gestion du 115)¹⁴⁵. Il réceptionne les appels des personnes en situation de détresse sollicitant une mise à l'abri ou un hébergement ou des prestations diverses (du type de fourniture de couverture, de ticket repas, de transport, etc...). Il donne lieu à une première évaluation de la situation de la personne ».

A la différence des autres numéros d'urgence au sens de l'ARCEP (hors 15-17-18-112), le 115 est un numéro qui est beaucoup utilisé bien que peu connu par la population dans son ensemble¹⁴⁶. Compte tenu du changement d'applicatif de gestion du 115 initié par l'Etat (SI SIAO)¹⁴⁷, la mission n'a pas pu obtenir des données récentes sur le nombre d'appels présentés et décrochés au 115. Cependant, les données extraites du SI SIAO pour la période allant de janvier à fin juillet 2018 montrent que plus de deux millions de situations ont été traitées. Ce chiffre est significatif alors même que ces données ne concernent que 77 départements et que de très nombreux appels au 115 ne sont pas décrochés, en particulier à Paris et dans les grandes agglomérations.

Les données du SIAO donnent également une indication des motifs d'appel au 115 à partir de la situation de la personne au moment où elle le sollicite. Comme le montre le tableau suivant, 70% des personnes qui ont sollicité le 115 entre janvier et fin juillet 2018 sont à la rue ou en hébergement d'urgence tandis que seuls 0,5% sont en location (parc privé ou parc public).

Tableau 1 : Situations des personnes sollicitant le 115 entre janvier et fin juillet 2018

Situations	Nombre de situations	% total
À la rue	1 184 912	56,6%
Hébergement d'urgence	282 903	13,5%
Location parc privé	4 779	0,2%
Location parc public	5 925	0,3%
Autre (CADA, hébergement temporaire notamment, etc.)	616 781	29,4%
Total général	2 095 300	100%

Source : Missions à partir de données SI SIAO

Si le 115 s'inscrit dans les dispositions du code de l'action sociale et des familles relatif au dispositif de veille sociale¹⁴⁸, ces éléments montrent bien que les missions principales qui lui sont assignées comme sa pratique n'englobent pas l'ensemble des situations d'urgence sociale¹⁴⁹ :

¹⁴⁵ Depuis la loi du 24 mars 2014 dite ALUR, le service d'appel téléphonique doit être géré par le SIAO dans une logique de parcours vers le logement (ce SIAO devenant obligatoirement compétent pour la régulation des places d'hébergement d'urgence et des places d'insertion et ayant également un rôle d'orientation vers des solutions de logement, notamment de logement adapté). C'est donc désormais le même opérateur, la plupart du temps associatif (il peut s'agir également de CCAS, d'hôpitaux...), qui assure les missions du SIAO décrites à l'article L. 345-2-4 du CASF, dont la gestion du 115. Cette organisation a pour objectif de faciliter la sortie de l'urgence de la personne.

¹⁴⁶ Seuls 14% des sondés étaient capables d'associer l'urgence sociale, notamment l'aide aux sans-abris comme le SAMU Social à Paris, au 115.

¹⁴⁷ Jusqu'en 2017, l'activité du 115 était pour l'essentiel mesurée par le « Baromètre du 115 » établi par l'ancienne FNARS. Le baromètre 115 suivait l'évolution des demandes d'hébergement d'urgence faites au 115 et les réponses qui leur étaient apportées ainsi que le profil des personnes concernées. Les données statistiques étaient issues des 115 de 41 départements qui saisissaient leur activité via le logiciel ProGdis 115/SIAO. Les 115 sont actuellement engagés dans un mouvement de changement d'applicatif de gestion initié par l'Etat. Utilisant jusqu'à présent l'applicatif ProGdis 115 géré par la FAS, les opérateurs 115 ont été invités à utiliser l'applicatif SI SIAO développé par l'Etat depuis 2010 pour les activités d'insertion. A cette fin, un module 115 du SI SIAO a mis en production. En juin 2018, 77 départements utilisent désormais cet outil (60 au 1er février 2018).

¹⁴⁸ L'article L. 345-2 dispose que : « dans chaque département est mis en place, sous l'autorité du représentant de l'Etat, un dispositif de veille sociale chargé d'accueillir les personnes sans abri ou en détresse, de procéder à une première évaluation de

- En termes de public, le 115 s'adresse tout particulièrement aux sans-abris alors que les urgences sociales peuvent concerner d'autres types de situations ;
- En termes de sollicitations, le 115 répond essentiellement à des demandes de mise à l'abri ou de prestations en nature diverses (ticket repas, titre de transport, etc.).

Dans ce contexte, la mission considère que la mise en place du 112 doit s'accompagner non pas d'une fusion mais d'une clarification du rôle assigné au 115. En effet, compte tenu de l'ampleur des demandes d'hébergement d'urgence dans certaines agglomérations (avec une forte concentration de celles-ci en début de journée et en période hivernale), d'une part, et des difficultés pour les opérateurs du 115 à absorber ce volume important (d'où des délais de décrochés parfois significatifs), d'autre part, une fusion du 115 avec le 112 présenterait, à moyens constants, un risque très élevé de saturation des lignes d'urgence sans valeur ajoutée pour le requérant (le décroché initial sera plus court mais le temps d'attente avant de joindre le SIAO resterait inchangé). En revanche, la mission considère qu'il serait indispensable de clarifier le fait que le 115 est un numéro d'appel pour l'hébergement d'urgence (et autres prestations diverses en nature) à destination des personnes sans-abri. Le 115 ne doit pas être assimilé par les sans-abris et leur entourage comme le numéro à appeler en cas d'une autre urgence, en particulier sanitaire. Cela suppose un traitement des appels au 112 qui ne se limite pas au volet strictement « soin » et puisse être articulé avec les opérateurs de l'urgence sociale. Ainsi, le 112 devra être en situation de repérer les urgences sociales au travers de prises en charge pour des urgences relevant d'autres domaines (santé, secours, sécurité) et de favoriser une prise en charge globale.

La mission identifie à ce titre deux pistes principales :

- Une meilleure articulation entre les services d'urgence et les autres acteurs sociaux (associations, services du conseil départemental, etc.) pour le suivi des personnes faisant l'objet d'interventions répétées (*cf. supra*) ;
- Une réorganisation des plateformes « santé » pour qu'elles intègrent davantage la dimension sociale de leur action sanitaire. Concrètement, cela pourrait d'abord passer, à l'occasion du déploiement du SI SAMU, par une plus grande présence au sein des CRRA de psychologues capables d'entrer en conférence à 3 avec des appelants, quelle que soit l'origine de l'appel. Plus structurellement, un rapprochement entre les plateformes 15 et 115¹⁵⁰ pourrait être engagé là où la disponibilité des locaux et la volonté des acteurs s'y prête.

3.2.4.4 Le niveau géographique zonal pourrait être retenu pour le développement des plateformes de premier niveau en fonction des initiatives prises par les pouvoirs publics pour « normaliser » la volumétrie des appels d'urgence

Dans l'hypothèse d'un 112 devenu numéro unique des urgences, la solution la plus adaptée serait la mise en place de plusieurs plateformes de premier niveau mais réparties à un niveau supra-départemental, qui pourrait être le niveau zonal (zone de défense), pour des raisons d'échelle d'une part, et de cohérence avec les compétences en matière de sécurité d'autre part.

leur situation médicale, psychique ou social et sociale et de les orienter vers les structures ou services qu'appelle leur état. (...) Ce dispositif fonctionne sans interruption et peut être saisi par toute personne, organisme ou collectivité. »

¹⁴⁹ L'urgence sociale ne fait l'objet d'une définition précise dans la législation française. Au Portugal, elle est définie comme « toute situation aiguë, imprévue qui est jugée menaçante et qui place les personnes en situation de danger et de vulnérabilité du fait que les conditions minimales de survie ne soient pas réunies et qui exige une réponse immédiate » (victimes de violences domestiques, enfants et jeunes en danger, personnes sans-abri, personnes en situation de perte d'autonomie).

¹⁵⁰ « Santé : il faut gagner la bataille de Marignan (15-115) ! », tribune de Xavier Emmanuelli et Suzanne Tartière, Le Monde, 18 mai 2018.

Compte tenu de la taille du pays, une plateforme unique de premier niveau, voire deux plateformes, serait une trop forte source de vulnérabilité, notamment en cas de dysfonctionnement ou d'attaque physique ou informatique.

Toutefois, le nombre de plateformes à mettre en place dépend étroitement des hypothèses retenues concernant l'évolution de la volumétrie des appels d'urgence. Selon les chiffres donnés par les services d'urgence à la mission, le nombre d'appels d'urgence sur le périmètre 15-17-18-112 s'établirait à environ 70 millions en 2017¹⁵¹. La mission considère qu'il est réaliste de considérer que la mise en place du 112 comme numéro unique s'accompagnera d'une baisse non négligeable du nombre d'appels d'urgence et ce pour trois raisons principales :

- Il convient de retrancher les appels qui transitent aujourd'hui par le 15 et le 18 alors qu'ils relèvent des échanges entre SDIS et SAMU (soit un volume de l'ordre de 10 millions d'appels selon l'ASIP Santé¹⁵²) ;
- La mise en place d'un numéro unique supprimerait les appels multiples aux différents services d'urgence pour une même urgence, qui découlent actuellement de l'existence de plusieurs numéros d'appel qui présentent des délais de décroché hétérogènes et qui peuvent donner lieu à des erreurs d'orientation ;
- La volumétrie actuelle inclut des appels qui ne sont pas décrochés, que ce soit en raison d'une erreur de numérotation de l'appelant ou du fait de la saturation des lignes d'urgence. Cela peut conduire à inclure aujourd'hui de « faux appels » qui ne devraient pas même être décrochés mais aussi des appels « en doublon » qui auraient dû être décroché dès la première numérotation.

Dans ce contexte, la mission estime qu'il est envisageable de ramener le nombre d'appels d'urgence à un niveau plus absorbable par les services d'urgence, soit entre 40 et 50 millions d'appels, si :

- Le 116 117 est mis en place sur l'ensemble du territoire et étendu fonctionnellement pour recevoir les appels relevant des soins non programmés ;
- Une démarche pédagogique et de communication de grande ampleur est mise en place, dans la durée, sur le bon usage du 112.

Un dimensionnement à sept plateformes zonales pour la France métropolitaine conduirait a priori à la réception d'une moyenne de 7,1 millions d'appels par an et par plateforme dans l'hypothèse haute (50 millions d'appels d'urgence au total), soit en moyenne environ 19 500 appels par jour, et 5,7 millions d'appels dans l'hypothèse basse (40 millions d'appels d'urgence au total), soit environ 15 600 appels par jour. Il s'agit d'une cible plus exigeante que les plateformes de premier niveau hollandaises (1 centre d'appel pour 2,7 millions d'appels annuels, soit 7 400 appels par jour) et portugaises (2 centres pour 9 millions d'appels soit 12 300 appels par jour par centre). Cette volumétrie pourrait toutefois être absorbable à condition de dimensionner correctement les plateformes en termes de nombre d'opérateurs, d'une part, et de prévoir des mécanismes de « débordement » entre plateformes de premier niveau en cas de pic d'appels, d'autre part.

¹⁵¹ La France a déclaré avoir reçu 64 millions d'appels d'urgence dans l'enquête 2017 de la Commission européenne. La mission n'a pas eu connaissance des données sur lesquels s'est appuyée l'administration chargée de ce travail de *reporting* européen ; elle considère que le nombre actuel d'appels aux numéros d'urgence ne peut pas être connu avec précision, en raison notamment de l'incomplète informatisation de la réception du 17. Elle note toutefois que les ordres de grandeur concordent.

¹⁵² Source : ASIP Santé – statistiques Appels d'urgence - document communiqué à la mission.

3.2.4.5 La gouvernance et les modalités de financement de ces plateformes 112 méritent une attention particulière

Se pose d'abord la question de **l'entité en charge de porter ces plateformes de premier niveau**. Au regard de la comparaison européenne, il existe deux modèles envisageables :

- Le portage des plateformes de premier niveau est entièrement confié à l'un des services d'urgence. Aux Pays-Bas et au Portugal, ce portage a historiquement été confié à la police car il s'agit d'un service à compétence nationale et directement placé sous une autorité centrale ;
- Les plateformes sont gérées par une entité à la gouvernance mixte, associant l'Etat et les collectivités territoriales. Il s'agit du modèle suédois qui présente la particularité d'avoir pour opérateur une entreprise publique et non un établissement public.

La mission considère qu'en France aucune structure de réception des appels d'urgence n'est entièrement légitime (de par son ressort territorial, sa capacité financière, son rattachement, notamment) pour porter seule ces plateformes 112. Les organisations sont cloisonnées sur des bases organiques (ministère de rattachement) plutôt que sur des bases fonctionnelles, c'est-à-dire en fonction du service rendu à la population. Dans la réalité, les activités des SAMU, des sapeurs-pompiers, des transports sanitaires et de la médecine libérale sur le terrain sont très étroitement liées par-delà les lignes de partage juridiques et ministérielles. Il convient donc d'envisager une gouvernance qui traduise l'importance d'un pilotage interministériel.

Le deuxième modèle apparaît donc plus adapté, ce qui implique la création d'une structure *ad hoc* pour porter les infrastructures bâtimentaires, être employeur des opérateurs 112 et garantir la fiabilité des systèmes d'information.

La forme de l'agence (établissement public à caractère administratif, a priori) se prête bien à une gouvernance qui devra nécessairement être multipartite, associant l'Etat (ministère de l'intérieur et ministère chargé de la santé), les collectivités territoriales (conseils départementaux et bloc communal) et l'assurance-maladie. L'agence aurait vocation à être présidée par le délégué interministériel aux secours d'urgence. Celui-ci serait pleinement responsable du bon fonctionnement des plateformes de premier niveau (avec des objectifs de performance fixés par des contrats d'objectifs et de moyens) et aurait à ce titre un réel pouvoir décisionnel et de pilotage sur différents groupes de travail pluri-services (notamment l'actuel groupe CISU chargé de définir les modalités de l'interconnexion entre les différents SI). La loi devra prévoir la compétence exclusive de cette agence pour la réception des appels d'urgence afin qu'elle ne se voie pas opposer le principe de libre administration des collectivités territoriales.

En ce qui concerne **le financement**, la mission a cherché à fournir des premiers éléments d'estimation des coûts associés à des plateformes de premier niveau dans l'hypothèse de mise en place d'un numéro unique des appels d'urgence (le 112). Compte tenu des difficultés à évaluer les coûts d'investissement initiaux (notamment ceux liés à la création matérielle des centres de gestion des appels) et des économies potentielles associées à la mise en place de ces plateformes de premier niveau (baisse des effectifs et rationalisation à terme des plateformes de deuxième niveau), la mission a raisonné uniquement en termes de coûts de fonctionnement (« en régime de croisière ») et de coûts bruts (cf. annexe 13).

L'estimation du coût de fonctionnement associé aux plateformes 112 dans le scénario central de la mission varie suivant la méthodologie retenue (« construite » ou « transposée »). Ce coût dépend en outre étroitement de l'hypothèse retenue pour le volume d'appels. De manière prudentielle, la mission recommande de retenir l'hypothèse haute (50 millions d'appels), au moins

comme référence pour les premières années de fonctionnement, ce qui conduirait à un coût de fonctionnement compris entre 48M€ et 100M€ (cf. annexe 13). Par ailleurs, les hypothèses d'efficacité des opérateurs seront assez directement conditionnées par la qualité de l'outil « SGA 112 », à bâtir entièrement, notamment en termes d'ergonomie et de « fluidité » de l'arbre décisionnel pour le déclenchement des départs réflexes. Il doit être mis en relation avec les économies ultérieures qui pourront être obtenues dans l'hypothèse de mise en place de ces plateformes 112 (ajustement des effectifs et regroupement des centres d'appel liés à la baisse des appels à traiter en deuxième niveau).

Si l'option d'une agence avec une gouvernance mixte était retenue, plusieurs pistes de financement seraient envisageables :

- Un financement par chaque tutelle des services d'urgence sur la base d'une clé de répartition qui pourrait être fondée sur la volumétrie des appels adressés à chaque service. Cependant, comme le montre l'exemple de la plateforme 114 pour les malentendants, la clé de répartition pourrait rapidement devenir une pierre d'achoppement entre les différentes parties prenantes, d'autant plus que la volumétrie des appels est sujette à débats, ce qui risquerait de fragiliser le bon fonctionnement des plateformes 112. En Suède, un débat a été ouvert quant à l'opportunité de transformer l'entreprise publique « SOS 112 » en établissement public ; la commission d'enquête a opté pour le *statu quo* précisément par crainte de fragiliser une organisation qui parvient aujourd'hui à s'autofinancer ;
- Les sources de financement par ressources propres paraissent limitées. On peut toutefois imaginer, comme en Suède, que l'infrastructure 112 pourrait, dans une logique de prestation de service, permettre de réceptionner d'autres numéros d'appels d'urgence (sans pour autant qu'ils soient fusionnés avec le 112) pour profiter d'économies d'échelle en termes de coûts fixes¹⁵³ ;
- La mission recommande donc que soient explorées des pistes alternatives de financement, notamment par le biais de la fiscalité affectée. Sur le modèle du financement du SAMU au Portugal, la mission propose l'affectation à l'agence d'une partie de la taxe sur les conventions d'assurance (qui finance déjà les SDIS) et de la taxe de solidarité additionnelle (TSA qui finance notamment l'assurance-maladie) correspondant à un montant compris entre 0,2% et 0,6% du produit total de ces deux taxes. Cette solution a l'avantage de lier le financement à la couverture des risques auxquels l'Agence contribuera.

3.2.4.6 Les conditions de réussite de la mise en place de centres 112 dans le domaine des SI sont exigeantes

La mission s'est attachée à mesurer la robustesse de l'hypothèse de création de centres 112 au regard des impératifs suivants :

- Compatibilité avec les principes fondamentaux et les trajectoires des projets de SI déjà lancés ou validés ;
- Valeur ajoutée pour l'utilisateur et les services ;
- Adhésion des principaux acteurs concernés.

Une série d'auditions a permis à ces derniers d'exposer à la mission, de manière très directe, les arguments de toute nature qu'ils souhaitaient faire valoir au regard de la mise en place de

¹⁵³ Il conviendrait toutefois d'être vigilant à ce que cette logique de prestation de service ne soit pas une incitation forte à créer de nouveaux numéros d'urgence.

centres 112 utilisant un outil « SGA 112 » utilisés par les opérateurs de 1^{er} niveau et capable de s'interfacer avec les SI propres aux SAMU et aux SDIS¹⁵⁴. Cette séquence a permis de dégager un certain nombre de points essentiels à consolider le plus rapidement possible.

- **Il convient de tenir compte des trajectoires qui ont déjà fait l'objet de décisions récentes**

Tout d'abord, la mission considère impératif de ne pas déstabiliser la trajectoire des projets évoqués précédemment. En effet, indépendamment de la décision de créer ou non des centres 112, ces systèmes représentent par eux-mêmes des enjeux tels que prendre le risque de les réorienter de manière trop large, au détriment des délais de livraison attendus par les services, est difficilement envisageable. En outre, ces projets comportent non seulement une refonte fonctionnelle de grande ampleur, mais aussi des améliorations substantielles dans le domaine de la téléphonie et des transmissions qui, en tant que tels, représentent une réelle valeur ajoutée pour les différents services¹⁵⁵.

Au demeurant, dans deux cas au moins (SI-SAMU et MCIC-2), ces projets ont franchi des points de quasi non-retour¹⁵⁶.

Les différents services auditionnés ont chacun insisté sur le fait que l'hypothèse définie par la mission pour la mise en place de centres 112, capables de traiter l'intégralité des appels entrants correspondant au périmètre 15/17/18, pouvait être intégrée dans leurs travaux, à la condition de disposer au plus tôt des éléments fondamentaux à intégrer dans de futures versions des nouveaux logiciels en cours de livraison ou en cours d'étude. Il sera en effet nécessaire de répercuter dans les différents marchés en cours les adaptations nécessaires pour permettre aux grandes chaînes métiers SAMU et SDIS de s'interfacer de manière efficiente avec le futur « SGA 112 ».

Cette réserve est partagée par la mission, ce qui conduit à recommander un plan d'action très « serré » pour pouvoir contenir la dérive calendaire, inévitable compte tenu de la complexité des projets en jeu, dans une échelle raisonnable permettant aux centres 112 de voir le jour avant la fin des différents déploiements¹⁵⁷.

- **Définir au plus tôt le socle minimal d'interopérabilité « verticale » entre le SGA 112 et les deux projets principaux**

Comme cela est rappelé plus haut, les deux ministères ont engagé des efforts importants pour tenter de résoudre le problème de l'interopérabilité « horizontale » permettant d'échanger des données métier entre les SI des SAMU et ceux des SDIS, dans le cadre du groupe de travail interministériel « PRIAM-CISU ».

¹⁵⁴ Les auditions ont concerné : l'ASIP-Santé pour le SI-SAMU, la mission de préfiguration du préfet Lambert pour NeXSIS, le chef du ST(SI)2 pour MCIC-2 et la préfecture de police pour la PFAU-PP. Seuls les deux premiers ont remis à la mission la contribution écrite qui avait été sollicitée. Ces auditions se sont déroulées les 11 et 12 juillet 2018, avec la participation, pour ce qui concerne les services relevant du ministre de l'intérieur, de la MGMSIC.

¹⁵⁵ Que ce soit sur le SI-SAMU ou sur NeXSIS, le gain pour l'utilisateur sera également réel en garantissant notamment la continuité de l'appel, qui n'est pas assurée partout.

¹⁵⁶ S'agissant du SI-SAMU, il reste théoriquement l'étape de « GO » final à l'issue du premier pilote, conformément à l'avis DINSIC notifié le 19 avril 2016 au ministère de la santé, mais il apparaît aujourd'hui peu probable que celle-ci ne soit pas validée *in fine*, sauf à compromettre la totalité du programme. En ce qui concerne MCIC-2, la mission a pris note du fait que le projet a reçu l'avis conforme de la DINSIC, par une décision du 8 juin 2018 notifiée au ministère de l'intérieur, sur la version 1. La DINSIC souligne par ailleurs que « *Le projet MCIC-2 n'est pas clairement inscrit dans la dynamique de réflexion interministérielle sur les services d'urgence* ».

¹⁵⁷ L'ASIP-Santé considère pour sa part qu'il est à ce stade difficile d'évaluer précisément la dérive calendaire que subirait le SI-SAMU mais considère qu'il y aura une période incompressible d'étude de cadrage de 16 à 24 mois suivant une décision gouvernementale de mise en place des centres d'appels 112. La mission partage cette analyse.

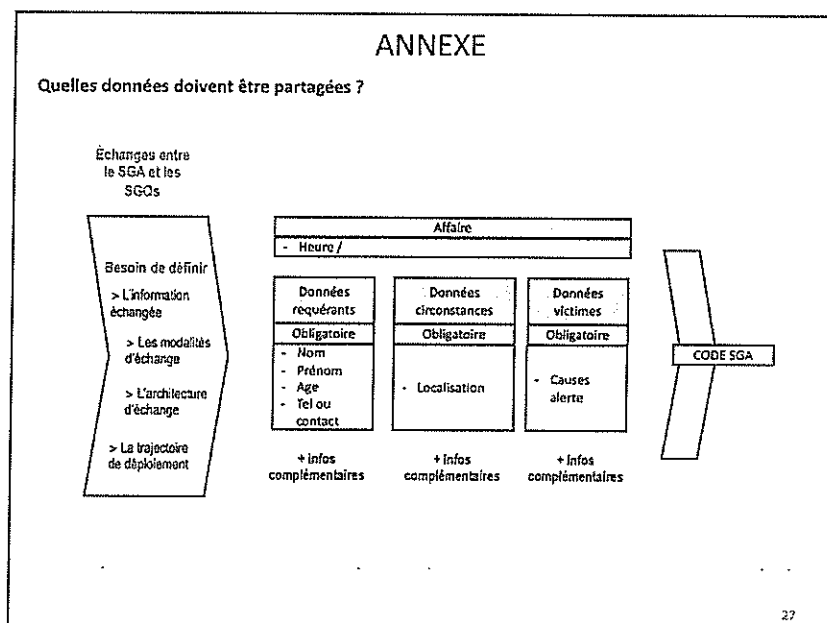
Ces travaux, bien avancés mais non finalisés puisqu'il n'y a pas encore de « livrable » documenté ayant reçu l'aval de tous les partenaires doivent naturellement être poursuivis.

Ceci est d'autant plus essentiel que le scénario recommandé par la mission dans le cadre de la mise en place de centres 112 rajoute une dimension supplémentaire, qui concerne l'interopérabilité « verticale », c'est-à-dire la capacité d'échanger des données structurées et normalisées entre les plateformes 112 et les différents « blocs métier » à venir, en priorité SI-SAMU et NeXSIS.

Il importe donc d'arrêter au plus vite le « modèle de données » qui sera utilisé par le SGA 112, en veillant à le rendre aussi simple que possible. En effet, indépendamment du cas particulier que constitue le traitement des cas de « départ réflexe » (cf. supra), il convient d'insister sur le fait que les opérateurs de 1^{er} niveau doivent disposer d'une interface simple et concise, de manière à contenir le temps consacré à l'appel dans une fourchette de temps aussi brève que possible.

Dans sa philosophie générale, la proposition esquissée par la mission NeXSIS peut constituer une base intéressante, qu'il conviendra naturellement d'affiner dans le cadre des travaux à venir¹⁵⁸.

Schéma 2 : Périmètre minimal des données à partager pour une interopérabilité « horizontale »



Source : Mission NeXSIS

Il conviendra, pour parvenir à définir et à valider ce socle, que le groupe « PRIAM-CISU » soit investi, suite aux arbitrages qui pourraient être pris par le gouvernement sur la base des propositions de la mission, d'un mandat interministériel précis et cadré dans le temps.

- Il convient également de tirer le meilleur parti possible des améliorations technologiques disponibles pour la gestion des appels et flux entrants

¹⁵⁸ La mission émet une réserve sur ce schéma, s'agissant du caractère obligatoire de certains champs. En effet, en situation d'urgence vitale, il n'est pas garanti que ces données soient aisées à collecter, et l'intérêt de la personne en détresse doit primer sur toute autre considération. Bien évidemment, lorsque ces données sont facilement disponibles (par exemple grâce à l'utilisation d'une App 112 renseignée par l'utilisateur lui-même), il faut pouvoir les collecter.

La mise en place des centres 112 doit être l'occasion de donner une réelle accélération à l'utilisation de technologies récentes permettant à l'utilisateur d'accéder au service d'urgence en mode « multi-canal » et non plus uniquement via la téléphonie, même si cette dernière continuera sans doute à constituer l'essentiel des flux pendant de très nombreuses années.

Sur ce plan, les différents projets en cours intègrent bien cette dimension, même si chacun la décline de manière différenciée.

Sur la base des éléments qu'a pu examiner la mission, l'approche proposée par la mission NeXSIS apparaît comme la plus ambitieuse puisqu'elle se propose d'intégrer des flux multi-canaux très variés, allant de l'appel portable classique au « e-call¹⁵⁹ » en passant par la génération de messages d'alerte à partir d'applications installées sur les smartphones des usagers.

Les études de comparaisons internationales qu'a pu conduire la mission à travers les échanges bilatéraux avec un certain nombre de pays de l'UE permettent de confirmer l'intérêt de prévoir, dès la conception du « SGA 112 », ces diverses possibilités, sans nécessairement les mettre toutes en œuvre dès le démarrage.

Par priorité, la mission recommande d'inclure au plus tôt une fonctionnalité qui semble essentielle dans un dispositif efficient, qui est le recours à la technologie dite de « Advanced Mobile Location » (AML) lorsque l'appel téléphonique est passé depuis un portable. Celle-ci permettrait d'obtenir plus rapidement une localisation précise de l'appelant et ainsi de réduire les délais de traitement de l'appel tout comme les délais de prise en charge.

Encadré 3 : Principes de la localisation mobile avancée (AML)

L'AML consiste à transmettre, dans le cadre d'un appel d'urgence, des données de géolocalisation très précises collectées par le Smartphone, soit à partir du GPS, soit de l'interface WIFI. L'intérêt notamment d'une géolocalisation de type GPS est de fournir une précision bien plus grande sur la position de l'appelant, là où la donnée fournie par les opérateurs à partir des antennes-relai (« bornage » du téléphone) demeure très approximative.

L'AML est issu d'un travail partenarial entre les centres d'appels au Royaume-Uni et des opérateurs comme BT. Il a fait l'objet d'une normalisation. Les deux grandes « sources » de systèmes d'exploitation pour Smartphone, Android et iOS, sont compatibles avec l'AML.

Le déploiement de l'AML en France, comme dans plusieurs pays européens, est pour le moment freiné par des considérations liées notamment à la mise en œuvre du règlement européen relatif à la protection des données (RGPD), la précision de localisation pouvant être considérée comme présentant des difficultés au regard de la protection de la vie privée. Cependant, la mission est convaincue, sur la base de l'expérience de la Belgique, qu'une approche équilibrée est possible dans le respect des principes de droit. Elle pourrait consister à intégrer une activation automatique de l'AML dès lors que l'utilisateur accepte d'installer une « App 112 ». Le fait d'utiliser l'application pour un appel d'urgence vaudrait acceptation de la transmission des données les plus précises, permettant à l'opérateur de 1^{er} niveau de qualifier plus précisément la localisation de l'appelant avant de transmettre cette information à travers le SGA 112 vers les centres « métier ».

- **Il convient d'intégrer au SGA 112 les arbres décisionnels permettant de traiter directement les cas relevant du départ-réflexe**

¹⁵⁹ Appels générés automatiquement, par exemple par un véhicule en cas d'accident, conformément à une mesure applicable à l'ensemble de l'Union européenne. Le « e-call » permet notamment de déclencher une alerte même si la victime n'est plus en capacité de le faire.

Dans l'hypothèse où la plateforme 112 déclenche le départ réflexe, il conviendra donc d'intégrer, dès la décision de principe, le fait que le futur SGA 112 devra être doté d'un module dédié reposant sur des arbres décisionnels unifiés. Ceci suppose donc une étroite concertation entre l'équipe chargée de la réalisation du SGA 112 et les travaux conduits par la HAS en lien avec les sociétés savantes que la mission estime indispensable dans le cadre de la réforme proposée. **Le calendrier de ces travaux devra notamment prévoir une validation des arbres décisionnels avant la réalisation du SGA 112, de manière à éviter de démarrer des centres sans que ceux-ci ne disposent de l'ensemble des fonctionnalités de traitement des appels. Ce point apparaît comme essentiel non seulement à la bonne marche des plateformes, mais également à l'acceptabilité du nouveau dispositif par l'ensemble des acteurs¹⁶⁰.**

La mission souligne, enfin, que l'effort à produire dans un cadre interministériel est conséquent, car d'une part le concept de « SGA » n'était pas jusqu'à présent partagé entre les SAMU et les SDIS¹⁶¹ et, d'autre part, il n'est pas exactement décliné de la même manière au sein des entités du ministère de l'intérieur (la préfecture de police, pour son projet de refonte de la PFAU-PP ne positionne pas fonctionnellement la limite entre SGA et SGO de la même manière que pour le projet NeXSIS).

En tout état de cause se posera donc la question de déterminer, le plus tôt possible, quelle pourrait être la source applicative utilisée pour constituer la « souche » à partir de laquelle serait développé un SGA 112 comprenant non seulement la partie traditionnellement rattachée à un SGA mais également le module reposant sur les arbres décisionnels. La mission, qui avait posé la question à titre exploratoire, a retenu que, du côté de NeXSIS, les choix arrêtés (recours à de l'Open Source) sont compatibles avec une démarche d'adaptation permettant probablement de gagner un peu de temps dans l'élaboration du SGA112¹⁶².

- **Enfin, il convient de tenir compte du cas particulier de Paris et la petite couronne en substituant toutefois le 112 comme numéro d'urgence aux autres numéros, comme ce sera le cas France entière**

Pour Paris, le calendrier de création des plateformes est à différencier du calendrier d'utilisation, par les usagers, du numéro 112 comme numéro unique d'urgence. Ce calendrier doit impérativement être le même pour toute la France.

S'il ne serait pas audible que le 112 ne soit pas mis en place comme numéro unique de manière concomitante dans la capitale et sur le reste du territoire, les enjeux propres à Paris et aux départements limitrophes rendent en effet nécessaires, selon la mission, une certaine prudence quant à la possibilité de projeter le modèle général envisagé de manière strictement identique et selon le même calendrier.

D'une part, comme cela a été indiqué précédemment, le cas parisien est atypique avec l'organisation, unique en France, qui place sous la même autorité, le préfet de police, la BSPP en

¹⁶⁰ Il est évidemment toujours envisageable d'imaginer que, dans un premier temps, le SGA 112 n'embarquerait pas encore le protocole de triage, celui-ci étant simplement « déroulé » par l'opérateur à partir d'une documentation. Dans ce cas, seule la décision prise par l'opérateur de lancer un départ-réflexe figurerait dans le flux de données partant du SGA 112 vers les SI partenaires. Mais la mission estime que ce mode dégradé présente de sérieux inconvénients, que ce soit en terme de traçabilité des questions posées par l'opérateur ou en perte d'information entre services. La cible à fixer doit donc être un SGA avec intégration informatique du protocole de triage.

¹⁶¹ Le SI-SAMU conceptuellement ne repose pas sur le concept « SGA-SGO ».

¹⁶² L'hypothèse alternative qui aurait pu s'appuyer sur le SGA prévu pour le nouveau SI de la PP et qui prévoit un SGA commun entre la BSPP et DSPAP (« Palier 3 » du projet) n'offre pas les mêmes garanties, essentiellement pour des raisons qui tiennent au régime des droits de propriété intellectuelle dans la configuration contractuelle retenue par la PP.

charge du 18 et la DSPAP en charge du 17. D'autre part, l'organisation des SAMU est singulière puisque reposant sur 4 SAMU différents.

S'agissant des SI, la décision prise par la préfecture de police de s'écarter du modèle NeXSiS pour la partie « SI-SDIS » se traduit par un concept de centre d'appel intégré qui présente certes des similitudes avec le schéma de la mission, mais avec des déclinaisons différentes.

Par ailleurs, s'agissant des SAMU, le plan actuel de l'ASIP-Santé ne prévoit pas de raccrochage des 4 SAMU parisiens avant la toute fin des cycles de déploiement, soit en 2024 au plus tôt. L'interopérabilité « horizontale » entre SI-SAMU et SI de la BSPP était envisagée, dans les documents de travail de l'ASIP-Santé, dans un calendrier de réalisation qui ne serait pas achevé avant 2023, avec une incertitude sur le niveau de version SI-SAMU utilisé¹⁶³.

La complexité de la situation, la densité et la taille de la population couverte, doivent conduire, selon la mission, à prévoir un chantier spécifique pour le déploiement du 112 pour Paris et la petite couronne. Ceci signifie que le SGA 112 à construire devra faire l'objet d'une étude particulière permettant d'affiner les conditions à remplir pour lui permettre de s'interfacer avec le SI-PFAU.

La mission rappelle enfin que, compte tenu de l'existence de 4 SAMU sur Paris, il sera de toutes manières indispensables que des discussions approfondies aient lieu entre la PP, les SAMU et l'ASIP Santé pour mettre à plat l'ensemble du dispositif permettant de rentrer dans la logique de « Centre 112 ».

3.2.4.7 Dès lors, le calendrier de mise en œuvre suppose un phasage en plusieurs étapes et tenant compte des spécificités territoriales

En ce qui concerne le calendrier, compte tenu du lancement parallèle de plusieurs projets de SI n'ayant pas intégré le concept du 112 (SI SAMU, NeXSiS, MSIC 2, PFAU à Paris), la mise en place d'un modèle très intégré (« interconnexion verticale » complète des plateformes de premier niveau vers les services métiers et « interconnexion horizontale » complète de l'ensemble des services métiers entre eux) n'apparaît pas réaliste à l'horizon 2022.

Dans l'hypothèse d'un numéro unique retenue par la mission (fusion des 15, 17 et 18 avec mise en place de plateformes de premier niveau capables de l'envoi de moyens), les éléments suivants sont envisageables à l'horizon 2022 à condition d'un portage politique et administratif fort. En 2022, la situation serait alors la suivante :

- Le 112 devient numéro unique des urgences et les appels aux anciens numéros, qui ne sont pas supprimés tout de suite sont automatiquement réacheminés vers le 112 ;
- Le niveau d'intégration avec le 17 reste très faible : comme en Suède, les appels relevant des urgences « sécurité » sont directement transférés à la police et à la gendarmerie sans transmission d'information par la plateforme de premier niveau (pas d'interconnexion informatique dans un premier temps) mais avec l'avantage du débruitage ;

¹⁶³ Source : ASIP-Santé – « Modernisation SI & Telecom des SAMU Centre 15 – la participation des pompiers au programme SI-SAMU » 1^{er} juin 2017.

- Le déploiement de SI SAMU est accéléré mais NeXSIS n'est pas encore totalement en place côté SDIS. Du point de vue de « l'interconnexion verticale », les plateformes de premier niveau peuvent transmettre des fiches d'informations aux SAMU mais non aux SDIS : la demande de déclenchement d'un départ réflexe doit, le cas échéant, passer par un contact téléphonique entre l'opérateur 112 et l'opérateur SDIS. Du point de vue de « l'interconnexion horizontale », elle n'est pas encore pleinement assurée (il est probable que les SDIS ne consentent pas aux investissements nécessaires pour interconnecter les « anciens » logiciels avec SI SAMU dans l'attente de NeXSIS) ;
- Plusieurs situations locales restent spécifiques :
 - A Paris, on pourrait envisager plusieurs solutions en attendant que la capitale rejoigne le dispositif de droit commun (cf. supra) : (i) l'ensemble des appels 112 (y compris ceux relevant aujourd'hui du 15) transitent par la PFAU, avec un fort risque de non-acceptabilité par l'ensemble des acteurs (ii) l'AP-HP et la préfecture de police sont mandatés pour mettre en place une plateforme commune de réception des appels. Dans tous les cas, se poserait la question de la place respective de la régulation médicale par les quatre SAMU de l'AP-HP et de la « coordination médicale » de la BSPP (cette dualité étant difficilement soutenable à terme). A cette occasion, la mission souligne que la coordination entre les différents services d'urgence compétents à Paris et en petite couronne doit être améliorée en toute hypothèse, indépendamment du scénario retenu ;
 - Dans les départements d'outre-mer, la mise en place de plateformes de premier niveau paraît difficilement envisageable. Dans ce cas spécifique, la mise en place du 112 pourrait passer par la généralisation de plateformes communes 15-18 comme à la Réunion (éventuellement élargies au 17 ou qui réceptionneraient les urgences « sécurité » pour les transférer).

Très volontariste, cette cible implique des prérequis importants :

- Une information à la population sur le 112 qui est encore mal connu (32% des Français selon le sondage IFOP, sans doute moins en outre-mer selon les préfets concernés). La campagne de communication devrait mettre l'accent sur le fait qu'il s'agit d'un numéro dédié aux urgences vitales, ce qui suppose la mise en place du 116 117 et d'un éventuel numéro supplémentaire pour les appels non-urgents adressés à la police comme en Suède ou aux Pays-Bas ; l'existence d'un site du service public d'information en santé comportant les réponses aux principales questions posées (médecin de garde, pharmacie ouverte...) sera également rappelée à cette occasion ;
- La mise en place d'un système de gestion des appels (SGA) 112 : elle induit une gouvernance dédiée mais aussi des coûts supplémentaires ;
- L'élaboration d'arbres décisionnels pour le traitement des départs dits réflexes (cf. supra) ;
- L'aménagement ou la construction des infrastructures bâtimentaires et informatiques (en s'assurant de leur résilience) ainsi que le recrutement et la formation des opérateurs ; La création de l'agence avec la nomination d'un délégué interministériel qui en serait le préfigurateur : le financement de cet organisme devra être fiabilisé ;

Encadré 4 : La feuille de route du délégué interministériel des secours et soins d'urgence

La création d'une délégation interministérielle vise à mieux organiser l'ensemble des secours d'urgence. D'une part, ces services sont rattachés à deux ministères différents (Santé et Intérieur), ce qui s'est traduit de longue date par des difficultés de pilotage et de coordination dans le cadre de l'exercice d'une mission conjointe. D'autre part, l'implication importante d'autres parties prenantes (collectivités locales, assurance maladie, gestionnaires des autres numéros d'urgence, assureurs et assistants pour ce qui

concerne le « e.call ») suppose de garantir la cohérence des positions et de la doctrine de l'Etat.

Au regard de la responsabilité partagée par les deux grands ministères, le délégué pourrait difficilement être rattaché à l'un des deux et aurait donc vocation à être directement rattaché au Premier ministre. Il devra pouvoir s'appuyer, en tant que de besoin, sur les directions d'administration centrale concernées (DGOS, DGS, DGSC, DPN, DGN, DINSIC), l'assurance-maladie mais aussi sur les opérateurs de l'Etat (ASIP-Santé et établissement public NexSIS), ainsi que sur les services déconcentrés concernés, notamment les préfetures et les ARS. Il devra également assurer les concertations avec les collectivités territoriales concernées (départements et les communes en particulier).

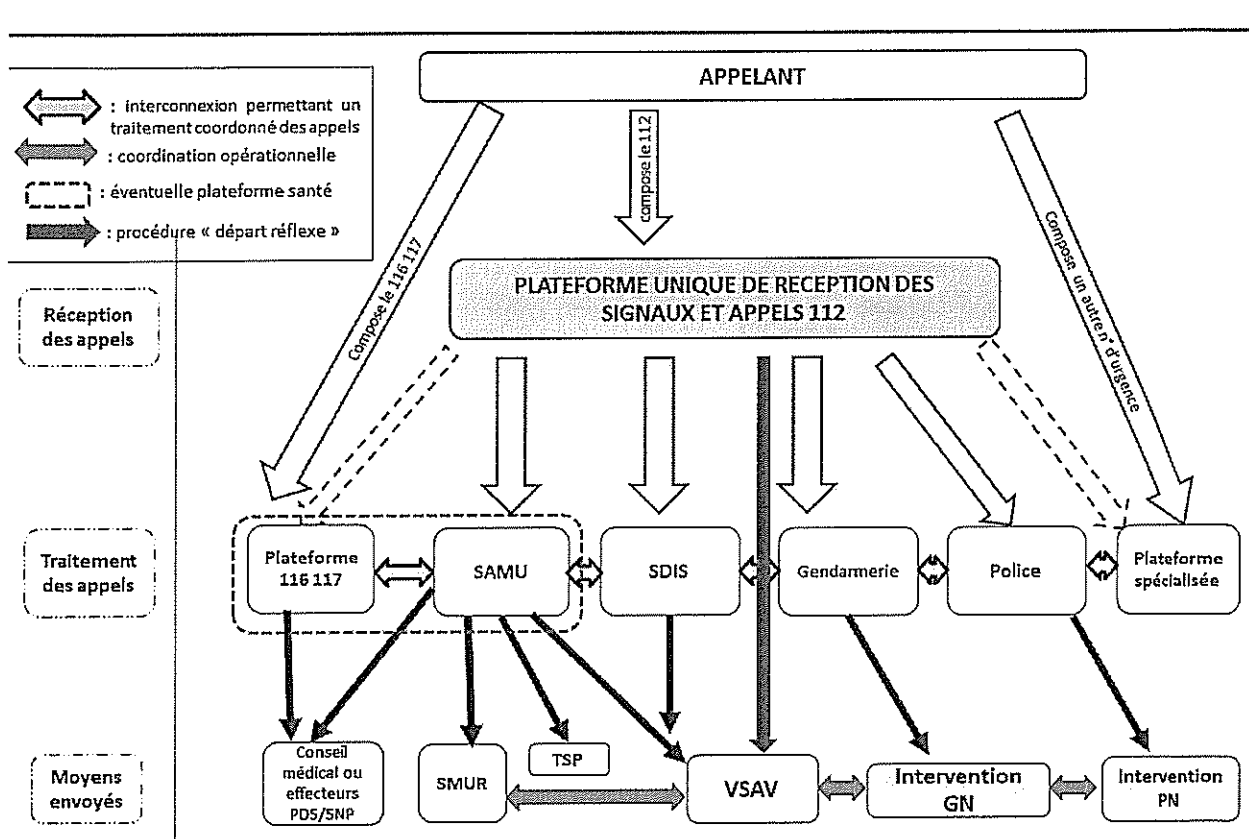
Sa mise en place est nécessaire quel que soit le scénario d'évolution retenu. En effet, dans tous les cas, il aura à :

- Piloter l'élaboration du « référentiel commun d'organisation des secours et soins d'urgence », et des autres dispositifs de coordination des interventions (cadre conventionnel avec les transporteurs sanitaires, participation des forces de police ou de gendarmerie, notamment en cas de crise) ;
- Définir les outils à élaborer par les différents contributeurs (notamment HAS et sociétés savantes) et en assurer le suivi. Il s'agit entre autres de l'élaboration des arbres décisionnels permettant de garantir la pertinence des départs réflexes et pour l'enrichissement des PISU ;
- Garantir, en lien avec la DINSIC, la totale interopérabilité des systèmes d'information et de communication, y compris avec celui du 115 et des « numéros d'urgence annexes ». Le délégué piloterait à ce titre le groupe CISU et pourrait en accélérer la conclusion des travaux grâce à un pouvoir de décision ;
- Coordonner, en lien avec les ARS et préfetures, l'élaboration des documents régionaux de planification stratégique de secours et soins d'urgence et assurer le suivi de leur mise en œuvre ;
- Participer aux travaux conduits par le ministère de la santé et l'assurance-maladie concernant l'amélioration de la réponse aux urgences, notamment pour les transports sanitaires pré-hospitaliers et la réponse aux soins non programmés (pour s'assurer de la cohérence avec les réponses aux urgences) ;
- Coordonner le travail d'élaboration des instruments juridiques nécessaires à la mise en œuvre de la réforme (textes législatifs et réglementaires, grilles de tarification, etc.) ;
- Piloter les actions de communication et de pédagogie dans ce domaine ;
- Assurer le lien avec les parties prenantes (institutionnelles, société civile, usagers, etc.) et entretenir un dialogue avec les homologues européens ;
- Animer la démarche performance et qualité, ce qui passe notamment par la production, en lien avec les directions concernées, d'un rapport public annuel sur la performance du système français de secours et de soins d'urgence.

Dans l'hypothèse où le scénario d'un numéro unique des urgences serait retenu, le délégué aurait également comme tâche d'assurer la préfiguration de l'agence qui sera chargée de la mise en place des plateformes 112, y compris sur la « plaque parisienne », et d'en assurer la présidence exécutive une fois celle-ci créée. En effet, il est indispensable d'assurer une cohérence totale entre les travaux de coordination évoqués ci-dessus, et la mise en place d'un opérateur chargé de la réception en premier niveau des appels d'urgence. L'agence aurait vocation à devenir « la maison commune » des différentes parties prenantes de la réponse aux urgences.

A l'horizon 2025, l'intégration « verticale » des plateformes 112 avec les SDIS et SAMU aurait vocation à être complète tout comme l'intégration horizontale entre SDIS-SAMU-police et gendarmerie (sous réserve du respect du secret médical). La situation de Paris et de la petite couronne aurait également vocation à rejoindre le dispositif de droit commun.

Graphique 4 : La réception et le traitement des appels d'urgence dans le scénario 4 (fusion du 15-17-18 dans le 112)



Source : Mission

Pour conclure s'agissant des pistes d'évolution de la réception et du traitement des appels d'urgence, la mission considère que l'amélioration du service rendu à la population et de l'efficacité du système de prise en charge des urgences passe, quel que soit le scénario retenu, par un certain nombre de facteurs clés de succès qui figurent au tableau suivant.

Tableau 2 : Les facteurs clés de succès communs aux différents scénarios d'évolution pour la réception et le traitement des appels d'urgence

Axe	Mise en œuvre	
Garantir la soutenabilité du système de secours et de soins d'urgence	Réduire les carences ambulancières	Désigner un délégué interministériel aux secours et soins d'urgence
	Développer la réponse paramédicale	
	Créer de nouveaux effecteurs pour les soins non programmés	
	Clarifier l'étendue des missions de chaque acteur	
Réduire le nombre d'appels d'urgence	Améliorer la connaissance des numéros d'urgence et de leur bon usage	
	Etendre le 116 117 à l'ensemble du territoire et l'élargir aux demandes de soins non programmés	
Améliorer la réponse apportée aux situations d'urgence	Garantir une interopérabilité des systèmes d'information entre SAMU et SDIS	
	Homogénéiser les conditions de déclenchement des départs réflexes de VSAV grâce à des arbres décisionnels communs	
	Moderniser les systèmes d'information pour exploiter toutes les potentialités offertes par les nouvelles technologies (flux images, vidéos, etc.)	
	Renforcer la formation des opérateurs	
Améliorer l'efficacité du système actuel	Poursuivre les réorganisations et regroupement de centres d'appels	
	Evaluer la performance du système français de secours et de soins d'urgence dans son ensemble et la rendre transparente	
Apaiser durablement les relations inter-services		
	Réactualiser le référentiel SAP-AMU devenu « référentiel commun des secours et soins d'urgence »	
	Produire des documents de planification communs	
	Rénover la gouvernance locale	

Source : Mission

Au regard des points forts et points faibles présentés par chacune de ces options, la mission considère que le bilan avantages/inconvénient est positif pour le scénario 1 (même si elle estime que l'amélioration du service rendu est moindre) et pour le scénario 4 (même si les conditions en termes d'acceptabilité et de faisabilité sont plus exigeantes).

Tableau 3 : Les principaux points forts et points faibles associés aux différents scénarios d'évolution pour la réception et le traitement des appels d'urgence

	Points forts	Points faibles
Scénario 1 (maintien du 15, du 17 et du 18)	<ul style="list-style-type: none"> - Acceptabilité forte par la plupart des acteurs, notamment dans le secteur de la santé. - Meilleures garanties quant au respect du secret médical - Maintien du calendrier actuel de modernisation des SI et de réorganisation/rationalisation en cours dans chaque grand service 	<ul style="list-style-type: none"> - Moindre lisibilité du système pour la population (distinction entre appels secours et appels santé) et nécessité d'un effort important de pédagogie - Pas de possibilité de filtrer les appels « polluants » ou non urgents - Peu d'incitations fortes à renforcer les liens avec la police/gendarmerie pour la gestion du quotidien comme des crises - Moindres sources d'économies d'échelle pour moderniser le traitement de l'urgence. - Effort plus exigeant pour aller au bout de la logique de coordination interservices et pour la maintenir dans la durée
Scénario 2 (maintien du 15, fusion du 17/18 dans le 112)	<ul style="list-style-type: none"> - Maintien des garanties quant au respect du secret médical - Acceptabilité forte pour les SAMU - Poursuite des trajectoires actuelles propres à chaque ministère 	<ul style="list-style-type: none"> - Gains limités pour la population en termes de simplification (distinction entre appels secours et appels santé toujours difficile) - Cloisonnement des organisations sur des bases organiques (ministère de rattachement et non fonctionnel). - Surcoûts importants en investissement pour la généralisation de plateformes 17/18 de type PFAU (modèle « parisien »)
Scénario 3 (fusion du 15/18 dans le 112 par généralisation des plateformes communes)	<ul style="list-style-type: none"> - Forte simplification pour l'utilisateur sur un champ cohérent (secours/soins) - Meilleures garanties de maintien du secret médical vis-à-vis de la police/gendarmerie - Création de synergies structurelles entre SAMU et SDIS propices à une meilleure qualité de services (mise en place d'un « front office » 15/18, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> - Effort de simplification inachevé du fait de la non-intégration du 17 - Surcoûts très importants en investissement à court terme et lourdeur liée à la mise en place de 80 plateformes départementales - « Effet cliquet » ne favorisant pas l'intégration du 17 une fois les plateformes SAMU/SDIS construites - Tensions fortes en cas de démarche imposée sur la localisation de la plateforme avec des risques d'effet contre-productif sur la coopération interservices. - Moindre possibilité de mutualisation des ressources en urgentistes pour les établissements de santé - Frein majeur à l'inter-départementalisation de la régulation médicale.
Scénario 4 (fusion du 15/17/18 dans le 112 par la mise en place de plateformes de premier niveau capables de déclencher les départs réflexes de VSAV)	<ul style="list-style-type: none"> - Forte amélioration de la qualité grâce à : <ul style="list-style-type: none"> • simplification pour l'utilisateur • garantie d'un décroché rapide • garantie d'une prise en charge homogène et rapide des urgences vitales et circonstances particulières de l'urgence (procédure « départs réflexes VSAV » en premier niveau) - « Débruitage » permettant de soulager les services d'urgence du traitement des « appels polluants » et d'améliorer l'accessibilité - Mise en place de plateformes de premier niveau modernes (transmission d'images, <i>big data</i>, intelligence artificielle) avec un effet d'entraînement sur l'ensemble des systèmes d'information et de communication 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible connaissance du 112 (même si les numéros historiques ne seront « éteints » que progressivement) - Risque de renoncement aux soins du fait des liens présumés avec la police/gendarmerie - Surcoût important en investissement à court terme et compris entre 48M€ et 100M€ par an en fonctionnement (« en régime de croisière ») - Acceptabilité plus difficile pour les services - Nécessité de suivi étroit de la trajectoire de déploiement des SI du fait de l'ajout d'un SGA 112 - Risque de plus forte vulnérabilité du système en cas de saturation, de dysfonctionnement technique ou d'attaque informatique

	<ul style="list-style-type: none"> - Centralisation de l'information en cas de crise - Perspectives d'économies d'échelle et de gains d'efficience à moyen terme - Faculté pour chaque service de poursuivre ses réorganisations en fonction de ses objectifs propres - Incitation forte à prendre en compte la situation spécifique de Paris et de la petite couronne 	
--	--	--

Source : Mission

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Niveau de priorité	Autorité responsable ¹⁶⁴	Echéance
Référentiel commun et outils				
2	Lancer dès la fin 2018 un travail d'actualisation du référentiel SAP-AMU, à renommer « référentiel commun d'organisation des secours et soins d'urgence »	1	* DGOS/DGSCGC	Fin 2018
7	Prévoir que l'accès à l'applicatif de transmission des bilans de SI-SAMU soit étendu aux SDIS et intégrer dans la refonte du référentiel leur enrichissement	2	DGOS/ASIP Santé	2ème semestre 2019
9	Faire élaborer par la HAS, en lien avec les sociétés savantes concernées, un arbre décisionnel, intégré dans le référentiel, pour expliciter le champ du départ réflexe et ses modalités de traitement.	1	*/HAS HAS/DGOS/DGSCGC	2 ^e semestre 2019
14	Faire élaborer par la HAS des arbres décisionnels permettant de définir les situations autres que celles relevant des départs réflexes nécessitant l'intervention d'un transport sanitaire en urgence.	1	*/HAS HAS	2 ^e semestre 2019
21	Poursuivre le travail d'élaboration de protocoles infirmiers de soins d'urgence nationaux, sous l'égide de la HAS en lien avec les sociétés savantes concernées.	3	*/HAS HAS/DGOS/DGSCGC	1 ^{er} semestre 2020
22	Prévoir dans le référentiel réactualisé l'exigence de réunions conjointes SDIS-SAMU pour le retour d'expériences des événements indésirables sur une base au moins trimestrielle.	2	* DGOS/DGSCGC	Fin 2019
Clarification et amélioration de la réponse opérationnelle				
16	Clarifier et aligner la rédaction de des articles R. 1424-42 du code général des collectivités territoriales et R. 6312-15 du code de la santé publique afin de sécuriser la possibilité donnée aux SDIS d'avoir recours à des équipages à deux pour les évacuations et transports sur carences, les relevages simples et les interventions médico-sociales ou	1	* DGSCGC/DGOS	1 ^{er} semestre 2019

¹⁶⁴ L'autorité mentionnée ne tient pas compte de la première recommandation qui propose la nomination d'un délégué interministériel. Toutefois, pour tenir compte de cette hypothèse, la mission a fait figurer un astérisque chaque fois que l'autorité mentionnée serait ce délégué interministériel, si cette recommandation était retenue.

	sociales.			
17	Définir une typologie des recours ponctuels à un moyen du SDIS pour le fonctionnement du SMUR (dont la médicalisation du VSAV hors départ réflexe) assortie pour chaque type d'intervention d'une tarification nationale.	2	* DGOS/DGSCGC	2ème semestre 2019
18	Dès à présent, rappeler par instruction nationale l'objectif d'adapter au mieux les pratiques afin de limiter les temps d'immobilisation des VSAV et de leurs équipages dans les établissements de santé.	1	DGOS/ARS	Fin 2018
19	Préciser les modalités suivant lesquelles des unités de police et de gendarmerie peuvent être sollicitées pour accompagner l'engagement de moyens secouristes ou médicaux.	2	* DGOS/DGSCGC/DGPN/ DGGN	1er semestre 2019
20	Confirmer par voie réglementaire que l'infirmier sapeur-pompier est placé sous l'autorité fonctionnelle du médecin régulateur du SAMU pendant tout le temps de l'intervention	1	* DGOS/DGSCGC	1er semestre 2019
Amélioration de l'organisation du Transport sanitaire				
3	A l'occasion de la réactualisation du référentiel portant sur les secours et soins d'urgence, réintégrer au niveau national les transporteurs sanitaires dans un cadre conventionnel commun entre SDIS/SAMU/TSP	1	* /CNAM DGOS/DGSCGC/CNAM	Fin 2018
10	Fixer par voie réglementaire à trois le nombre minimal de transporteurs sanitaires à solliciter avant de demander au SDIS d'intervenir pour carence ambulancière.	2	* DGOS/DGSCGC	1er semestre 2019
11	Clarifier le fait que les transports qui prolongent les « départs réflexes » relèvent des missions des SDIS.	1	* DGOS/DGSCGC	1er semestre 2019
12	Dans le cadre des négociations en cours avec les transports sanitaires, parvenir dans le courant de l'année 2019, à refondre par avenant à la convention les principes de tarification de l'urgence pré-hospitalière en s'appuyant sur les enseignements des expérimentations article 66 LFSS 2012.	1	CNAM/DGOS	2e semestre 2019
13	Prendre en charge à 100% les transports sanitaires urgents.	1	CNAM	2e semestre 2019

15	Confier aux ARS le chantier prioritaire de l'optimisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière en demandant qu'elles rendent compte, d'ici l'été 2019, de l'état d'avancement de deux chantiers : la généralisation des coordonnateurs ambulanciers (ou mesure équivalente) et/ou le déploiement des outils de géolocalisation des transporteurs	1	DGOS/ARS	Eté 2019
	Gouvernance			
1	Désigner un délégué interministériel aux secours et soins d'urgence	1	Premier ministre	Fin 2018
4	Prévoir par instruction que le bilan de la coordination SAP/AMU soit inscrit au moins une fois par an à l'ordre du jour du comité de l'administration régionale (CAR)	3	* Premier ministre	2ème semestre 2019
5	Prévoir qu'à l'échelle de chaque région le directeur général de l'ARS et les préfets de départements élaborent conjointement un document commun de planification stratégique des secours et soins d'urgence	2	DGOS/DGSCGC	1er semestre 2019
6	Demander par instruction aux préfets et DG ARS de rendre compte de la qualité de la liaison téléphonique entre SAMU et SDIS dans leur ressort de compétence et, en l'absence de ligne dédiée ou équivalent, imposer un plan d'action pour une mise en conformité vis-à-vis du référentiel à l'échéance du 1er juillet 2019	1	* DGOS/DGSCGC	1er juillet 2019
23	Confier au délégué interministériel, en lien avec la DGOS et la DGSCGC, la responsabilité de remettre annuellement un rapport public sur la performance du système français de secours et de soins d'urgence.	3	* DGOS/DGSCGC	Fin 2019

LETTRE DE MISSION

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

SIGLES UTILISÉS

AML	Advanced Mobile Location
AMU	Aide médicale urgente
AMUF	Association des médecins urgentistes de France
ATSU	Associations des transports de secours d'urgence
ARCEP	Autorité de régulation des communications électroniques et des postes
ARM	Assistant de régulation médicale
ARS	Agence régionale de santé
BDSP	Base de données de sécurité publique
BSPP	Brigade des sapeurs-pompiers de Paris
CAR	Comité de l'administration régionale
CAS	Conseiller pour les affaires sociales
CGCT	Code général des collectivités territoriales
CIC	Centre interministériel de crise
CIS	Centres d'incendie et de secours
CNUH	Conseil national des urgences hospitalières
CODAMUPS-TS Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires	
CORG	Centre d'opérations et de renseignements de la gendarmerie
COS	Commandant des opérations de secours
COTRRIM	Contrat Territorial de Réponse aux Risques et aux effets potentiels des Menaces
CPCE	Code des postes et communications électroniques
CRRA	Centre de réception et de régulation des appels
CSI	Code de la sécurité intérieure
CSP	Code de santé publique
CTA	Centre de traitement des appels
DDHC	Déclaration des droits de l'homme et du citoyen
DDSP	Direction départementale de la sécurité publique

DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins
DGPN	Direction générale de la police nationale
DGSCGC	Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises
DINSIC l'Etat	Direction interministérielle des systèmes d'information et de communication de
DOS	Directeur des opérations de secours
DRM	Dossiers de régulation médicale
DSM	Directeur des secours médicaux
EHPAD	Etablissements pour personnes âgées dépendantes
FIR	Fonds d'intervention régional
FSPF	Fédération des sapeurs-pompiers de France
HAS	Haute autorité de santé
IGA	Inspection générale de l'administration
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
ISP	Infirmiers sapeurs-pompiers
JO	Jeux olympiques
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MCIC	Modernisation des centres d'information et de commandement
MCS	Médecins correspondants du SAMU
MIG	Mission d'intérêt général
MSP	Médecins sapeurs-pompiers
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PISU	Protocoles infirmiers de soins d'urgence
PRIAM	Pour la Recherche de l'Interopérabilité des Applications de gestion des secours du Ministère (de l'intérieur).
RGPD	Règlement européen relatif à la protection des données
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAP	Secours d'urgence à la personne
SDACR	Schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours

Sduf	SAMU-Urgences de France
SEMSP	Société Européenne de Médecine de Sapeurs-Pompiers
SFMU	Société française de médecine d'urgence
SGA	Système de gestion des appels
SGO	Système de gestion des opérations
SI	Système d'information
SIG	Service d'information du Gouvernement
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SNP	Soins non programmés
SPV	Sapeurs-pompiers volontaires
SROS	Schémas régionaux d'organisation sanitaire
SSII	Société de services et d'ingénierie informatique
SSU	Secours et soins d'urgence
SSSM	Services de santé et de secours médical
TSP	Transporteurs sanitaires privés
UE	Union européenne
UPH	Urgence pré-hospitalière
VSAV	Véhicule de secours et d'aide aux victimes
ZSP	Zone de sécurité prioritaire

