

SECOURS À PERSONNE : PROPOSITIONS POUR UNE RÉFORME EN SOUFFRANCE
COMMISSION DES LOIS
**Rapport d'information
de M. Pierre-Yves Collombat et Mme Catherine Troendlé**

L'assurance de recevoir les soins urgents que leur état requiert est l'une des principales préoccupations de nos concitoyens, tout particulièrement ceux des zones rurales désertées par les praticiens libéraux, par ailleurs déchargés depuis 2001 de toute obligation en matière de gardes, dans un contexte de fermeture d'hôpitaux et de maternités de proximité au profit de grands établissements certes plus performants, mais parfois très éloignés.

Le défi des secours consiste aujourd'hui à assurer la présence médicale minimale pour le traitement sur place des urgences simples, en disposant d'un service de transports médicalisés pour l'évacuation des cas les plus sérieux dans un minimum de temps vers les plateaux techniques.

En matière de secours à personne (SAP), sur le plan théorique, les compétences sont bien réparties : les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), financés par les collectivités territoriales mais sous tutelle du ministère de l'intérieur, sont sollicités lorsque la dimension médicale de l'intervention est peu importante ; les services d'aide médicale urgente (SAMU), dépendant du ministère de la santé, appuyés par les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) et les ambulanciers privés, lorsque la dimension médicale domine. Dans ce schéma, les SDIS n'interviennent hors de leurs attributions qu'en cas de carence des moyens des SAMU, à leur demande ou avec leur accord.

En pratique, les conflits de territoires sont fréquents, rendant difficiles les relations entre services. Dans le même temps et, paradoxalement, on assiste à une montée en puissance des missions relevant des SAMU exécutées par les SDIS. De supplétifs, les SDIS sont devenus incontournables, tout particulièrement dans les territoires ruraux.

Ainsi s'est construit, progressivement et pragmatiquement, un système de secours à personne éloigné de son architecture d'origine, qu'il convient de repenser, d'une part pour tenir compte de contraintes budgétaires fortes, d'autre part pour optimiser les relations entre services qui concourent à un même objectif.

**Missions des SDIS :
la place de plus en plus prégnante du secours à personne**

Les SDIS sont chargés de la prévention, de la protection et de la lutte contre les incendies, qui constituent un cœur de métier dont ils ont l'exclusivité.

À titre **supplétif**, en collaboration avec les autres services et professionnels concernés, ils concourent également au secours d'urgence aux personnes – plus communément appelés le **secours à personne** –, en cas de sinistres ou de catastrophes ainsi qu'à leur évacuation. Pourtant, cette dernière mission représente aujourd'hui en moyenne **76,6 %** des interventions des SDIS et la lutte contre les incendies seulement **7 %**.



*Déplacement des rapporteurs
(Plateforme d'appels de Tours)*

Entre 2004 et 2014, alors que le nombre total des interventions des SDIS a crû de 20 %, leurs interventions au titre des secours à personne ont augmenté de plus de 55 %. Cette tendance de fond cache cependant de fortes disparités entre les départements : le taux de croissance s'échelonne entre 55,5 % pour la Sarthe et 87,2 % pour le Lot.

Outre la popularité des pompiers auprès de la population, la part croissante du secours à personne dans l'activité des SDIS s'explique essentiellement par l'évolution de la carte

médicale et par la diminution des permanences médicales de proximité, en particulier dans les territoires ruraux.

Pour la population, le maillage territorial des casernes de sapeurs-pompiers compense en quelque sorte la désertification médicale – réelle ou ressentie – parfois aggravée par les restructurations de la carte sanitaire. Ainsi, les SDIS sont sollicités pour des interventions de « bobologie » qui ne relèvent pas de leurs compétences.

Des SDIS confrontés à une équation budgétaire insoluble

Confrontés aux évolutions inverses de leurs charges et de leurs recettes, les SDIS ont essayé depuis plusieurs années d'optimiser leurs moyens.

Non seulement leur marge de manœuvre sur la masse salariale, dont la variable d'ajustement réside dans le volontariat, est



Équipement d'intervention
CHRU de Tours

réduite mais, de surcroît, les équipements utilisés sont onéreux.

Si l'on ajoute à cela les coûts de formation non négligeables et les coûts de sortie de véhicules de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) élevés, insuffisamment compensés par les remboursements au titre des carences ambulancières, on saisit l'équation budgétaire contrainte qui pèse sur les SDIS. On assiste donc à un transfert de charges au profit des autres acteurs du secours à personne.

S'agissant des ressources, le désengagement de l'État à travers la disparition progressive du fonds d'aide à l'investissement (FAI) et les contraintes budgétaires de plus en plus fortes qui pèsent sur les départements tarissent les financements potentiels des SDIS.

Il y a donc urgence à appliquer le principe selon lequel « qui décide paye ».

La nécessité de réduire le poids des carences ambulancières

Les SDIS sont amenés à intervenir, à la demande du SAMU, en cas d'indisponibilité des ambulances privées : c'est ce que l'on appelle les **carences ambulancières**.

Le poids des carences ambulancières constitue en moyenne 7 % du total des interventions annuelles des SDIS. Il masque cependant des situations très inégales selon les départements : l'Indre affiche le taux le plus faible de carence (0,5 %), le plus élevé revenant à Mayotte (53,33 %) et, en métropole, à l'Oise (25 %).

Ces données peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs : l'organisation des permanences de soins ambulatoires,

l'indisponibilité des transporteurs privés ou encore la répartition des ambulances sur le territoire. Le remboursement pour frais d'intervention en cas de carence ambulancière représente la seule contribution du ministère de la santé au fonctionnement des SDIS, alors même que le secours à personne est l'une de ses missions. Plusieurs SDIS – dont le nombre des interventions au titre des carences ambulancières a **presque triplé entre 2010 et 2014** – évoquent même le « scandale de l'insuffisance du remboursement au titre des carences ambulancières ».

La plateforme de réception des appels d'urgence de la Haute-Savoie : l'exemple d'un centre d'appel mutualisé

Si la mutualisation physique des plateformes d'appel « 15/18 » reste très minoritaire, nombreux sont les SDIS à la réclamer. Dans de nombreux départements, malgré la coexistence de deux plateformes, des relations partenariales étroites ont été déjà nouées avec le SAMU dans le but de gérer au mieux le secours à personne. L'état des lieux établi d'après les réponses recueillies indique que 20 SDIS disposent d'un centre commun « 15/18 ». C'est le cas de la Haute-Savoie où la mutualisation des appels « 15 », « 18 » et « 112 » (*numéro unique d'urgence européen*) remonte à 1996. Elle résulte de la rencontre d'un médecin urgentiste et du directeur du SDIS.

Un nouveau plateau, situé à Meythet dans les locaux du SDIS, a été installé en 2011. Un logiciel commun au « 15 » et au « 18 » a été développé.

Sont présents sur la plateforme une permanence des ambulanciers privés - pour tout le territoire haut-savoyard (association des transports sanitaires d'urgence - ATSU qui regroupe l'ensemble des entreprises ambulancières), une garde des médecins libéraux (association des médecins libéraux pour l'urgence - AMLU) le soir et le week-end, les urgences sociales (le « 115 ») et le service téléalarme du conseil départemental.

L'organisation du centre de traitement et de régulation de l'alerte (CETRA) conduit chacun, « rouges » et « blancs », à répondre à ses propres appels et à décrocher les appels de l'autre en cas de surcharge. Les opérateurs disposent de grilles de questions-types qui leur permettent, selon les réponses fournies par l'appelant, de décider de l'envoi des sapeurs-pompiers ou du SMUR selon le format déterminé par un protocole en cas d'urgence. Dans le cas contraire, l'appel parvenu au « 18 » est transmis au service compétent, le « 15 ».

Liste des principales propositions de la mission d'information

■ POUR UNE MEILLEURE COORDINATION ENTRE LES DIFFÉRENTS ACTEURS DU SECOURS À PERSONNE

1. Programmer à terme la mutualisation physique des plateformes d'appel « 15/18 » dans l'ensemble des départements en y intégrant les permanences ambulancières.

À court terme, prescrire l'obligation d'interconnecter les deux centres.

Prévoir parallèlement, pour le cas spécifique des SAMU regroupés, une mutualisation des centres de traitement des appels (CTA) avec un partage de plages horaires adapté à l'effectif en personnel de chaque centre

2. Sectoriser la compétence des différents services intervenant dans le secours à personne : les sapeurs-pompiers seraient compétents en premier rang dans les territoires ruraux précisément délimités selon leur éloignement d'une antenne SMUR, les SMUR le seraient dans les agglomérations et partout en cas d'urgences graves

3. Mutualiser les hélicoptères des services d'urgence et de sécurité au niveau zonal et établir des règles d'implantation des appareils
4. Instituer auprès du Premier ministre une autorité responsable de l'application du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente
5. Généraliser et organiser la sectorisation territoriale pour la permanence des soins ambulatoires, avec un système d'astreintes, comme porte d'entrée des secours

■ **POUR UNE OPTIMISATION DES MOYENS DES SDIS**

6. Intégrer tous les médecins sapeurs-pompiers volontaires, quel que soit leur statut de praticien, au dispositif des médecins correspondants du SAMU
7. Ouvrir la faculté, pour les SDIS, d'armer un véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) avec un équipage de deux sapeurs-pompiers pour les interventions de transports sanitaires

■ **POUR UNE PLANIFICATION PLUS EFFICACE DES RISQUES**

8. Prévoir une interdépartementalisation des moyens pour certains risques spécifiques dans les schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) au terme d'une réflexion sur les périmètres pertinents pour leur traitement
9. Associer, pour l'élaboration du SDACR, l'ensemble des acteurs compétents en matière de sécurité civile pour une meilleure articulation avec les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS)
10. Prévoir un échange régulier de données entre les différents acteurs de la sécurité civile, en particulier entre les SDIS et les préfets de département



Commission des lois

<http://www.senat.fr/commission/loi/index.html>

Téléphone : 01 42 34 23 37 – Télécopie : 01 42 34 31 47



Rapporteur
Pierre-Yves Collombat
Sénateur (RDSE) du Var



Rapporteur
Catherine Troendlé
Sénateur (Les Républicains) du Haut-Rhin

Le présent document et le rapport complet sont disponibles sur internet :

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2016/r16-024-notice.html>