

N° 24

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2016-2017

Enregistré à la Présidence du Sénat le 12 octobre 2016

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale (1) sur l'évolution de l'activité des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) en matière de secours à personne,

Par M. Pierre-Yves COLLOMBAT et Mme Catherine TROENDLÉ,

Sénateurs.

(1) Cette commission est composée de : M. Philippe Bas, *président* ; Mme Catherine Troendlé, MM. Jean-Pierre Sueur, François Pillet, Alain Richard, François-Noël Buffet, Alain Anziani, Yves Détraigne, Mme Éliane Assassi, M. Pierre-Yves Collombat, Mme Esther Benbassa, *vice-présidents* ; MM. André Reichardt, Michel Delebarre, Christophe-André Frassa, Thani Mohamed Soilihi, *secrétaires* ; MM. Christophe Béchu, Jacques Bigot, François Bonhomme, Luc Carvounas, Gérard Collomb, Mme Cécile Cukierman, M. Mathieu Darnaud, Mme Jacky Deromedi, M. Félix Desplan, Mme Catherine Di Folco, MM. Christian Favier, Pierre Frogier, Mme Jacqueline Gourault, M. François Grosdidier, Mme Sophie Joissains, MM. Philippe Kaltenbach, Jean-Yves Leconte, Roger Madec, Alain Marc, Didier Marie, Patrick Masclat, Jean Louis Masson, Mme Marie Mercier, MM. Michel Mercier, Jacques Mézard, Hugues Portelli, Bernard Saugey, Simon Sutour, Mmes Catherine Tasca, Lana Tetuanui, MM. René Vandierendonck, Alain Vasselle, Jean-Pierre Vial, François Zocchetto.

SOMMAIRE

| | <u>Pages</u> |
|--|--------------|
| LISTE DES PRINCIPALES PROPOSITIONS | 5 |
| AVANT-PROPOS | 7 |
| I. DES SERVICES DÉPARTEMENTAUX D'INCENDIE ET DE SECOURS EN MUTATION : ENTRE ÉVOLUTION DES MISSIONS ET CONTRAINTE BUDGÉTAIRE | 10 |
| A. UNE ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DES SDIS VERS LE SECOURS À PERSONNE | 11 |
| 1. <i>Une tendance déjà ancienne</i> | 11 |
| 2. <i>... renvoyant à un dédoublement fonctionnel des secours peu rationnel</i> | 13 |
| a) Un « brouillage » des compétences respectives du « 15 » et du « 18 » | 14 |
| b) Le « départ réflexe », ressort de la réactivité des SDIS | 16 |
| c) Une réponse à la désertification médicale dans une partie importante du territoire | 18 |
| d) Une organisation sous-optimale..... | 19 |
| B. UN SERVICE COÛTEUX, CONFRONTÉ AUX RÉDUCTIONS BUDGÉTAIRES DES COLLECTIVITÉS | 24 |
| 1. <i>Une équation budgétaire à plusieurs inconnues</i> | 25 |
| a) Des sources de dépenses multiples et difficilement maîtrisables..... | 25 |
| b) Un coût budgétaire entièrement supporté par des collectivités territoriales de plus en plus réticentes | 30 |
| 2. <i>Des expérimentations d'organisations moins coûteuses</i> | 33 |
| a) La recherche de mutualisations | 33 |
| b) Des tentatives de rationalisation de la carte des implantations territoriales | 36 |
| c) La tarification d'opérations facultatives et l'abandon de certaines prestations non obligatoires | 39 |
| d) À la recherche d'une optimisation de l'emploi des moyens humains | 41 |
| II. RÉFLEXIONS POUR UNE MEILLEURE RATIONALISATION DE L'ORGANISATION DES SERVICES D'URGENCE | 43 |
| A. UNE ARTICULATION RENFORCÉE ENTRE LES DIFFÉRENTS SERVICES | 43 |
| 1. <i>Dans l'attente de la généralisation de la mutualisation des centres d'appel « 15-18 »</i> | 43 |
| a) Des plateformes mutualisées, physiques ou dématérialisées | 43 |
| (1) Une cohabitation physique..... | 44 |
| (2) Une communauté virtuelle..... | 45 |
| b) Des plateformes dédiées « 15 » et « 18 » | 46 |
| c) Des modalités diverses de coordination..... | 47 |
| 2. <i>Des démarches originales d'association avec d'autres acteurs</i> | 49 |
| a) La mise en place de permanences ambulancières | 49 |
| b) La sectorisation des médecins de garde et l'organisation d'une permanence des soins en milieu rural | 50 |

| | |
|---|----|
| 3. <i>Quels enseignements ?</i> | 51 |
| a) La nécessité de mutualiser le traitement des appels « 15/18 »..... | 51 |
| (1) Des gains de tous ordres | 52 |
| (2) Le choix d'un environnement favorable..... | 52 |
| (3) Des adaptations territoriales | 53 |
| b) Pour un meilleur emploi du service de santé et de secours médical (SSSM) | 54 |
| | |
| B. LA NÉCESSITÉ D'UNE PLUS GRANDE COORDINATION POUR UNE MEILLEURE ALLOCATION DES MOYENS | 55 |
| 1. <i>L'exigence d'une autorité nationale unique pour l'application du référentiel commun</i> | 55 |
| 2. <i>Une meilleure allocation des moyens hélicoptérés</i> | 56 |
| 3. <i>Pour une planification efficace et coordonnée</i> | 57 |
| a) Le schéma départemental d'analyse et de couverture des risques : un document stratégique qui ne joue pas son rôle | 57 |
| b) Vers l'élaboration d'un SDACR « dynamique » | 58 |
| c) Mieux articuler SDACR et SROS..... | 59 |
| 4. <i>Pour une territorialisation des responsabilités</i> | 61 |
| | |
| EXAMEN EN COMMISSION | 63 |
| | |
| LISTE DES PERSONNES ENTENDUES | 73 |
| | |
| LISTE DES DÉPLACEMENTS | 77 |

LISTE DES PRINCIPALES PROPOSITIONS

Mieux organiser l'intervention des SDIS dans le secours à personne : dix propositions pour une rénovation de l'organisation des secours en France

| |
|--|
| <h4>Pour une meilleure coordination entre les différents acteurs du secours à personne</h4> |
|--|

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

Mesdames, Messieurs

La sécurité civile est une mission régaliennne de l'État en très grande partie exécutée et financée par les collectivités locales :

- l'État est garant de sa cohérence aux plans national et local ; il dirige les secours, imposant, réglementant et n'entendant rien céder ;
- les collectivités territoriales doivent lui en donner les moyens et paient.

La structure veille à la conservation de ses pouvoirs. Départements et communes assurent au quotidien la protection des populations par des services d'incendie et de secours départementalisés en 1996, assumant des dépenses cinq fois supérieures à celles que l'État consacre à la sécurité civile.

À la suite de l'annonce en janvier 2014, par le président de la République, de la suppression des conseils départementaux, s'était posée la question de l'avenir des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) : quelle autorité allait leur succéder ? La mission serait-elle totalement nationalisée ou, maintenue aux collectivités locales, régionalisée, compte tenu de la logique régionaliste du projet général de la réforme alors projetée ? La préservation des départements a réglé la question.

Les collectivités ont financé durant des années la modernisation des casernes, des équipements et le renforcement des effectifs, conférant ainsi aux SDIS un haut niveau de capacité opérationnelle.

Ceux-ci sont aujourd'hui confrontés à un double problème : l'évolution de leur mission initiale - le feu - vers le secours à personne, désormais prédominant dans leur activité, alors qu'ils relèvent en principe de la santé ; la contrainte budgétaire qui les pousse à se réorganiser pour moins dépenser et, surtout, mieux dépenser.

La place désormais prise par le secours à personne et la forte progression des budgets des SDIS jusqu'à ces dernières années - en personnel, en matériel, en immobilier - ont deux origines principales :

- le primat accordé à l'intervention plutôt qu'à la prévention. C'est tout particulièrement le cas pour les incendies de forêt et les inondations ;

- l'évolution du paysage médical marquée par la désertification sur des pans entiers du territoire, la vacance des gardes et le transfert des victimes vers des urgences hospitalières de plus en plus encombrées.

À cela se sont ajoutés :

- la « professionnalisation » du secours, accélérée par la départementalisation ;

- le mode de financement des SDIS apparemment indolore pour les contribuables puisque la participation des communes – plafonnée – et des départements est sans traduction visible sur la feuille d'impôt.

Services de proximité, les SDIS ont effectué les missions délaissées par d'autres, tout particulièrement en matière de secours à personne. Ils ont pu le faire tant que leur budget le permettait : la sécurité n'a pas de prix...

Si ce système a montré son efficacité, il atteint aujourd'hui ses limites.

Le secours à personne, dans le contexte territorial actuel, souffre de plusieurs maux : imparfaite coordination des responsabilités, organisation non optimale du service public, difficultés de mise en œuvre... La multiplicité d'acteurs aux moyens financiers divers, aux logiques institutionnelles et à la culture différentes, les « ratés » de la coordination les expliquent en partie. Ainsi, il n'y a pas de lien entre le ministère de la santé qui a ses propres exigences, souvent d'ailleurs guidées par un souci d'économies, les SDIS et la sécurité civile. Un ménage à trois qui ne va pas sans difficulté.

Cette situation s'explique largement par le fait que les pompiers ont été amenés à faire ce que les autres ne faisaient pas :

- parce qu'ils n'en avaient ni la volonté ni les moyens ;

- parce que les SDIS détenaient ces moyens et que les besoins étaient réels.

Sur fond de réglementation dépassée s'est ainsi installé un ordre permettant d'assurer un service de qualité en ne bousculant ni les habitudes, ni les pouvoirs, ni les prérogatives.

En matière de secours à personne, les pompiers, théoriquement, interviennent seulement en appui ou à défaut. Ce n'est pas ce qui se passe et, en raison de la mise en coupe réglée financière des collectivités locales, ce n'est plus possible. La logique voudrait donc que l'on redéfinisse les responsabilités et le financement.

Qui doit faire quoi ? Qui paie et qui commande ?

C'est la notion d'intervention sur « carence », source de conflits et de dépenses, qui doit être remise en cause. Même celles d'« urgence » et de « départ réflexe » ne signifient plus grand chose.

De deux choses l'une :

- ou les SDIS sont des supplétifs du système d'intervention du ministère de la santé et il faut alors qu'ils cessent la plupart de leurs activités de secours à personne ;

- ou, les choses et les territoires étant ce qu'ils sont, il faut redéfinir les responsabilités et dire qui doit faire quoi, éventuellement selon les lieux.

On ne sortira pas des impasses de l'organisation actuelle par un perfectionnement progressif – les réformes successives déjà intervenues ont démontré leurs limites –, par un règlement à la marge et consensuel du problème. L'exemple des plateformes communes des appels d'urgence le démontre : leur succès tient aux personnes et aux circonstances. Mais il n'a aucune chance de se généraliser sur un mode volontaire, chacun ayant d'excellentes raisons de maintenir les choses en l'état.

Ce n'est ni l'intelligence, ni la bonne volonté, ni la générosité des acteurs qui font défaut, mais la volonté de l'État d'aborder le problème en face et de le régler. Ne serait-ce qu'en mettant de l'ordre dans les attributions des différents ministères.

Beaucoup de recommandations ont déjà été adoptées, même des habilitations à modifier la législation... Si des réorganisations et des choix sont intervenus, c'est sous la pression budgétaire et non en fonction d'une analyse globale des besoins réels selon les territoires et les moyens des acteurs.

On reste dans le bricolage permanent !

Il importe donc de déterminer qui fait quoi en matière de secours à personne – d'autant que la santé est très à cheval sur ses prérogatives – si on veut faire cesser les querelles de frontières et des blocages qui n'ont d'autre raison d'être que les querelles de pouvoirs.

Tel est l'objet de ce rapport qui, tout en tenant compte des réalités et des pesanteurs qui ne disparaîtront pas en deux jours, appelle à une simplification et à une clarification de l'organisation et des compétences des différents acteurs.

Au-delà, restera à revoir notre attitude face au risque et à trouver des réponses de fond à l'évolution du paysage médical. Vaste programme !

D'autant que le poids des habitudes, les enjeux de pouvoirs de la base au sommet – à moins que ce ne soit l'inverse – n'incitent pas vos rapporteurs à se faire d'illusions sur le devenir de leurs propositions pour une réforme improbable.

Afin de connaître la réalité de la charge du secours à personne pour ces services et la réponse apportée pour y faire face, ils ont interrogé l'ensemble des 97 SDIS. Les très nombreuses réponses – 85 – qui leur sont parvenues, ainsi que

la richesse des observations qui les complétaient, sont une contribution essentielle à leurs travaux.

Que les responsables des services d'incendie et de secours qui ont accepté d'y contribuer trouvent ici l'expression de leur profonde gratitude, de même que l'ensemble des personnes rencontrées (élus locaux, préfets, services de l'État, personnels des SDIS et des SAMU, ambulanciers...) au cours de leurs auditions au Sénat comme lors de leurs déplacements sur le terrain.

I. DES SERVICES DÉPARTEMENTAUX D'INCENDIE ET DE SECOURS EN MUTATION : ENTRE ÉVOLUTION DES MISSIONS ET CONTRAINTE BUDGÉTAIRE

Depuis la loi du 3 mai 1996¹, la sécurité civile est organisée localement en services départementaux d'incendie et de secours (SDIS).

97 SDIS²

Établissement public dont le conseil d'administration est présidé par le président du conseil départemental, le SDIS est organisé en centres d'incendie et de secours. Il comprend un service de santé et de secours médical. Lui est affecté le corps départemental des sapeurs-pompiers composé de professionnels appartenant à la fonction publique territoriale³ et de volontaires relevant des corps communaux ou intercommunaux des centres d'incendie et de secours.

En 2015⁴, étaient recensés 40 966 sapeurs-pompiers professionnels, 193 656 sapeurs-pompiers volontaires répartis dans les 6 897 centres d'incendie et de secours implantés sur l'ensemble du territoire national, eux-mêmes classés en 332 centres de secours principal (CSP), 2 633 centres de première intervention (CPI) intégrés, 2 773 centres de secours (CS) et 1 277 centres de première intervention (CPI) non intégrés au service départemental.

Le maire, en vertu de son pouvoir de police générale, dirige les opérations de secours sur sa commune. Quand l'accident, le sinistre, la catastrophe dépasse les limites communales, la compétence est transférée au préfet de département.

¹ Cf. loi n° 96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours.

² Paris et les trois départements de la petite couronne – Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne – relèvent de la compétence de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) dont l'organisation est spécifique.

Pour sa part, le bataillon de marins-pompiers de Marseille (BMPM) intervient sur la zone recouvrant la commune de Marseille, l'aéroport de Marseille-Provence, le secteur occupé par la société Airbus Helicopters et les bassins ouest du grand port maritime de Marseille (GPMM) (quais, appontements et plan d'eau situé dans ses limites administratives).

³ À l'exception des pompiers de la BSPP et du BMPM qui sont des militaires.

⁴ Cf. Les statistiques des services d'incendie et de secours 2015 – Premières tendances (publiées par la direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises (DGSCGC)).

Au fil des ans, les SDIS ont connu une double évolution : en premier lieu, alors que la départementalisation de 1996 a conduit au renforcement des moyens en personnels et en matériels de la sécurité civile, les services ont subi le contre coup, ces dernières années, des réductions budgétaires des collectivités ; en second lieu, le cœur de métier des pompiers, la lutte contre les incendies, a été remplacé par le secours à personne qui constitue désormais leur activité essentielle.

A. UNE ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DES SDIS VERS LE SECOURS À PERSONNE

Les services d'aide médicale urgente (SAMU) et les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) sont les acteurs essentiels de l'aide médicale urgente.

Les transporteurs sanitaires privés lui apportent également un concours.

Depuis plusieurs années, émerge un troisième acteur, les SDIS.

Plusieurs facteurs permettent de comprendre la place désormais occupée par les SDIS en matière de secours à personne, sans que l'un d'entre eux puisse expliquer à lui seul cette évolution.

1. Une tendance déjà ancienne ...

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'exclusivité¹.

À titre supplétif, en collaboration avec les autres services et professionnels concernés, ils concourent également :

- à la protection et à la lutte contre les autres accidents, sinistres et catastrophes ;
- à la prévention des risques technologiques ou naturels ;
- aux secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi qu'à leur évacuation.

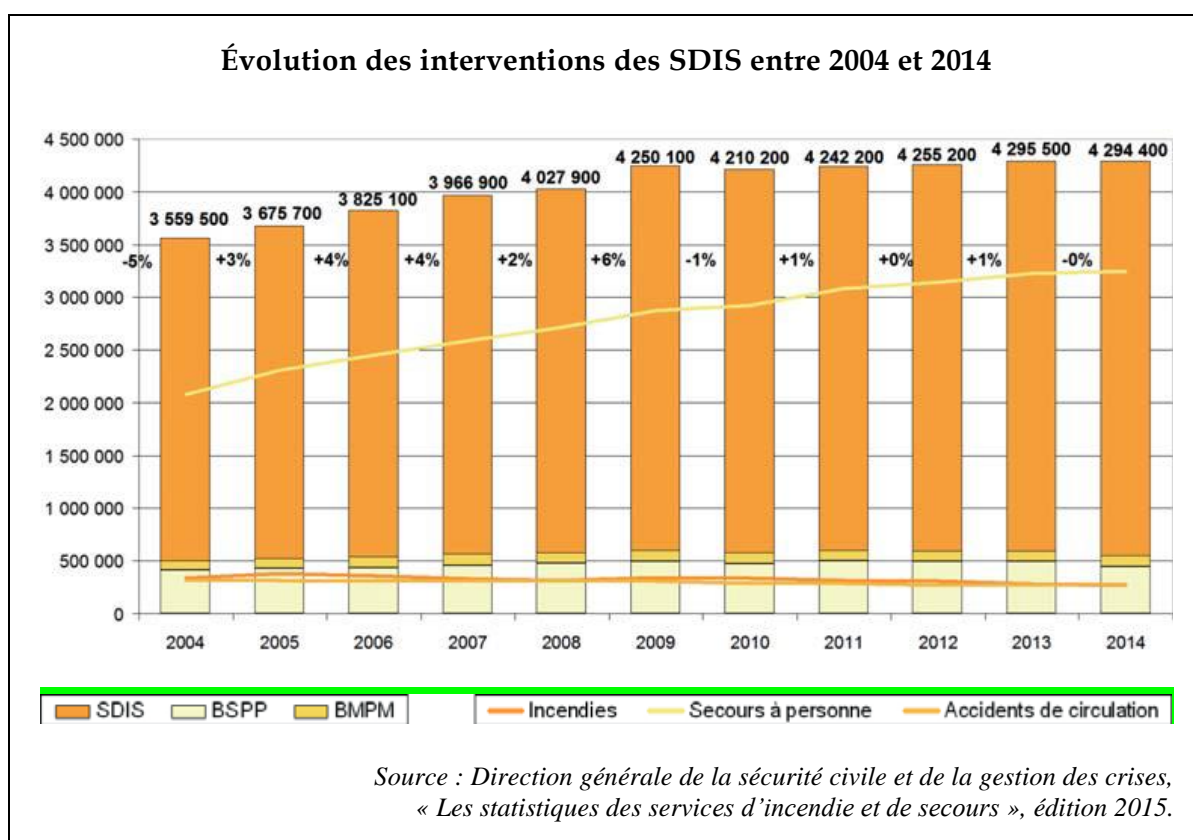
Cette dernière mission, en principe supplétive, représente aujourd'hui **en moyenne** 76,6 % des interventions des SDIS, la lutte contre les incendies seulement 7 %². En 2014, les sapeurs-pompiers avaient effectué une intervention toutes les 7,3 secondes dont 3 248 900 interventions de secours et d'aide à la personne, soit 75,65 % du total de leur activité. En 2015,

¹ Art. L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales (CGCT).

² Cf. *Les statistiques des services d'incendie et de secours 2015 - Premières tendances* (publiées par la direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises (DGSCGC)).

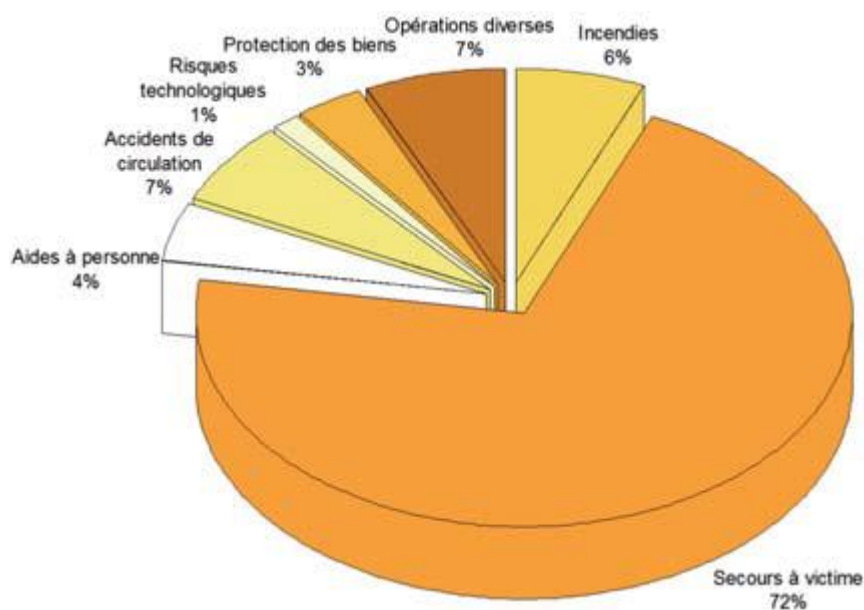
ce secteur a connu une nouvelle progression de + 5,1 %, soit 165 000 interventions supplémentaires. Ainsi que le remarque le rapport d'évaluation de l'application du référentiel SAP/AMU¹, « Dans la mesure où toutes doivent faire l'objet d'une régulation médicale, préalable ou a posteriori, ce sont donc près des trois quarts des interventions des SDIS qui doivent être menées en liaison avec les médecins régulateurs du SAMU ».

Comme le montre le graphique suivant, si entre 2004 et 2014, le nombre des interventions des SDIS a crû de 20 %, les interventions de secours à personne ont crû de plus de 55 %. Le rapport entre les interventions des SDIS au titre des incendies avec celles relatives au secours à personne était d'un pour six en 2004, il est de un pour douze en 2014. Vos rapporteurs partagent le constat de la Cour des comptes selon lequel « avec les secours à personne et les interventions diverses, plus de 80 % de l'activité des sapeurs-pompiers recouvrent des missions pour lesquelles les SDIS interviennent, en principe, à titre supplétif, en liaison ou non avec d'autres services ».



¹ Cf. Évaluation de l'application du référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente. Rapport définitif établi par M. Jean-François Benevise, IGAS, Mme Sophie Delaporte, IGA, et M. Maximilien Becq-Giraudon, IGA (juin 2014).

Répartition des interventions des SDIS entre 2004 et 2014



Source : Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises, « Les statistiques des services d'incendie et de secours », édition 2015.

Cette tendance de fond cache cependant de fortes disparités entre les départements : la part du secours à personne dans le total des interventions des SDIS s'échelonne entre 55,5 % dans la Sarthe et à 87,2 % dans le Lot.

En 2013, la progression du secours à personne au sein de l'activité des SDIS était particulièrement significative pour le secours en mer et en montagne (respectivement + 12 % et + 4 %), à la suite de malaises liés à une activité sportive (+ 4 %), la recherche de personnes (+ 15 %), le secours en eaux intérieures ou piscines (+ 9 %). Depuis plusieurs années, on constate également une hausse des interventions des SDIS pour état d'ivresse sur la voie publique : en Maine-et-Loire par exemple, ces interventions ont augmenté de 39 % en 2015 et de 200 % en dix ans !

2. ... renvoyant à un dédoublement fonctionnel des secours peu rationnel

Les réponses au questionnaire de vos rapporteurs ont mis en évidence que cette montée en puissance du secours à personne ne peut s'expliquer par la seule popularité des pompiers, même si elle joue certainement un grand rôle. D'autres facteurs institutionnels ou financiers sont également à prendre en compte : l'intervention croissante des sapeurs-pompiers dans des missions qui, par nature et fonction, relèvent du SAMU s'explique aussi par un cadre légal et réglementaire qui entretient chez les usagers la confusion sur les rôles des uns et des autres.

a) Un « brouillage » des compétences respectives du « 15 » et du « 18 »

Un constat s'impose en effet : le service public de l'aide médicale urgente n'est pas clairement organisé et les moyens, pourtant conséquents, qui y sont consacrés ne sont pas rationnellement utilisés. Il y a là, à tout le moins, matière à s'interroger sur la définition des missions des uns et des autres ainsi que sur les moyens qui leur sont en conséquence affectés.

Sans perdre de vue qu'une clarification réglementaire, qui ne serait pas assortie des moyens de la mettre en œuvre, serait une duperie.

Rappelons que les services d'aide médicale urgente (SAMU) et les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) sont les acteurs essentiels de l'aide médicale urgente dont l'objet est « de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit où ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état »¹.

Les SAMU sont chargés² « de déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ; de s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix et font préparer son accueil ; d'organiser le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé et de veiller à l'admission du patient ». La spécificité des missions du SAMU est de renvoyer à une logique de régulation, le médecin régulateur du SAMU déterminant et déclenchant la réponse médicale qu'il estime la plus adaptée à l'état du patient, et en l'orientant, au besoin, vers l'unité d'hospitalisation la plus appropriée.

Les SMUR, quant à eux, assurent une mission de « médicalisation hors les murs », à travers, d'une part, la prise en charge des patients dont « l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation »³ et, d'autre part, pour les transferts inter-hospitaliers.

À côté des SAMU-SMUR, les transporteurs sanitaires privés apportent également un concours à l'aide médicale urgente. L'agrément dont ils bénéficient leur ouvre droit à titre principal à la participation à l'aide médicale urgente et, à titre subsidiaire, aux missions de transport sanitaire sur prescription⁴.

Depuis plusieurs années, émerge un troisième acteur, les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS). Les missions exercées au titre du secours à personne en font désormais un acteur incontournable aux côtés des SAMU. Ce rôle croissant des SDIS en matière d'aide médicale urgente renforce la nécessité d'une meilleure coordination entre les intervenants, dans un souci d'efficacité et de bon usage des moyens. Très présents en ville, les SDIS, de suppléants en zone rurale, sont devenus essentiels.

¹ Article L. 6311-1 du code de la santé publique.

² Article R. 6311-2 du code de la santé publique.

³ Article R. 6123-15 du code de la santé publique.

⁴ Article R. 6312-11 du code de la santé publique.

Résumé des principes

S'ils sont chargés « *des secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes* », les SDIS interviennent en coordination avec les services d'aide médicale d'urgence (SAMU), à la suite d'un appel au centre de traitement de l'alerte géré par le SDIS, qui déclenche un départ réflexe. Lorsque la gravité de la situation sanitaire est incertaine, une coordination entre le SDIS et le médecin régulateur du SAMU s'opère.

La mission des SAMU consiste¹ à « *répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence* », à partir d'une appréciation par téléphone et par un médecin, de la situation médicale. Une fois la régulation médicale opérée, le SAMU peut faire appel au SMUR pour un transfert médicalisé, ou à un transporteur sanitaire privé pour un transport non médicalisé vers le service d'urgence d'un établissement de santé, ou encore au SDIS.

Les ambulanciers privés ont pour mission la prise en charge des urgences pré-hospitalières à caractère sanitaire qui ne nécessitent pas la présence d'un médecin. Un SDIS ne peut pas être sollicité par le régulateur du centre « 15 » pour un simple transport sanitaire, sauf en cas de carence ambulancière privée, c'est-à-dire si aucune ambulance privée n'est disponible. Cette carence donne droit à un défraiement du SDIS par l'assurance maladie sur des bases tarifaires réglementaires.

Les observations formulées par les SDIS en réponse au questionnaire adressé par vos rapporteurs révèlent, s'il en était besoin, le flou qui règne dans la mise en œuvre, au quotidien, des compétences de chacun.

Quelques exemples :

- le SDIS du Lot déplore l'absence de clarté dans la fixation des compétences des différents intervenants au secours à personne en notant que la plupart des hôpitaux situés hors zone urbaine ne disposent pas de moyens de transport des victimes ;

- le SDIS de Charente dénonce une compétence partagée entre plusieurs services dépendant de différents établissements publics et privés, un « *périmètre d'intervention complexe et parfois confus dans l'interprétation du référentiel commun* », en s'appuyant sur l'exemple de l'urgence vitale partagée entre secteur privé et SDIS ;

- le SDIS du Tarn note que le choix du médecin régulateur ne respecte pas toujours le logigramme du protocole opérationnel et, donc, les missions du SDIS ;

- un défaut de rigueur de la régulation médicale conduit à l'intervention des sapeurs-pompiers pour des urgences qui n'en sont pas, déplore le SDIS de Côte d'Or.

¹ Article R. 6311-1 du code de la santé publique.

b) Le « départ réflexe », ressort de la réactivité des SDIS

L'intervention des SDIS repose sur le principe du « départ réflexe », qui a succédé à celui du « prompt secours » : il permet d'engager les moyens des sapeurs-pompiers avant régulation médicale par le SAMU lorsque le délai de la réponse à l'appel est de nature à induire une perte de chance pour la personne en détresse. Il est mis en jeu dans trois cas :

- en cas de détresse vitale identifiée à l'appel du « 18 ». Si celle-ci n'est pas identifiée ou identifiable mais suspectée par l'opérateur recevant l'appel, un départ réflexe est alors justifié ;
- pour les interventions sur la voie publique ou dans les lieux publics ;
- pour certaines circonstances de l'urgence présentant des risques particuliers.

La régulation médicale intervient ensuite dans les meilleurs délais afin de s'assurer de la pertinence des moyens déjà engagés pour les compléter le cas échéant par l'envoi parallèle de véhicules du SMUR. L'absence de régulation médicale préalable est parfois inévitable en cas d'incertitude.

À la suite de la mission conjointe des inspections générales des affaires sociales et de l'administration (*cf. supra*), les motifs de départ réflexe des sapeurs-pompiers ont été actualisés par un arrêté interministériel du 5 juin 2015¹. Celui-ci ouvre aussi la voie à des circonstances supplémentaires tant en ce qui concerne les situations et conditions de réalisation du dommage que de son lieu de survenue : « Cette liste n'est pas exhaustive et peut localement faire l'objet d'ajouts consensuels notamment en ce qui concerne les lieux publics et les établissements recevant du public ». S'il s'agit d'une souplesse parfaitement compréhensible pour tenir compte des particularités locales, il importe que chaque partie délimite clairement les motifs complémentaires de cet élargissement des compétences du « 18 ». Ces ajouts doivent par ailleurs permettre d'améliorer le service à la population, remarque qui vaut pour l'ensemble du territoire.

Si le départ réflexe permet aux SDIS d'envoyer les moyens de secourir une personne dont la survie est mise en jeu, même en cas d'incertitude, le risque est, comme le souligne la Cour des comptes, de « générer des doublons injustifiés dans les interventions ». D'autant qu'aucune disposition n'empêche les SDIS d'intervenir dans les cas où leur présence n'est pas utile, ce qui peut expliquer une partie de la croissance du secours à personne dans leur activité.

D'où la nécessité d'une régulation commune capable de répondre très rapidement aux appels.

¹ Arrêté du 5 juin 2015 portant modification de l'annexe I et de l'annexe VI du référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente du 25 juin 2008.

Toujours selon la Cour des comptes, le référentiel commun « organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente » du 25 juin 2008 a paradoxalement accru la place du départ réflexe, celui-ci pouvant intervenir à la suite des appels arrivant au « 15 » et être mis en œuvre pour des motifs plus nombreux. Elle s'est d'ailleurs étonnée que pour des problèmes strictement médicaux, « *les textes entérinent une diminution du rôle de la régulation médicale. Ce référentiel, qui valide, certes, des pratiques qui existaient déjà, de fait, dans de nombreux départements, confère donc un rôle supplémentaire aux SDIS dans l'intervention sanitaire d'urgence, mais sans régulation médicale préalable. La possibilité d'une utilisation redondante des moyens s'en trouve accrue.* »

Cette situation a conduit, selon les différents représentants des ambulanciers, à un transfert de compétences entre les SAMU et les SDIS, en raison de la difficulté de trouver un médecin libéral de permanence, de la saturation des moyens hospitaliers et des temps d'attente du déclenchement d'une intervention.

Les SAMU en effet agissent après analyse des besoins du patient et les SDIS en application du principe de précaution.

Est-il illusoire d'espérer des moyens de régulation suffisamment efficaces permettant de concilier précaution et bon usage des moyens ?

Car ce succès des SDIS a sa contrepartie : les sapeurs-pompiers sont de plus en plus présents pour des interventions de « bobologie » ne relevant pas de leurs missions. Même si, comme l'ont noté plusieurs SDIS, le refus d'intervenir « *ne fait pas partie du logiciel des sapeurs-pompiers* ».

Le SDIS de Dordogne, par exemple, constate une sur-sollicitation des sapeurs-pompiers pour des opérations hors urgence ou de détresse vitale par des abonnés au service de télésurveillance à domicile¹. Le SDIS de la Haute-Vienne relève, quant à lui, un triplement, en 10 ans, du nombre de ces interventions qui représentent désormais 10 % de son activité.

Face à cette situation, plusieurs SDIS ont abandonné certaines des missions ne relevant pas *stricto sensu* de leurs attributions (guêpes, ascenseur) ou bien les facturent (*cf. infra*). Pour M. Jehan-Éric Winckler, membre de l'association du corps préfectoral et des hauts fonctionnaires du ministère de l'intérieur, l'efficacité du système de secours a engendré une forme de déresponsabilisation de nos concitoyens qui font de plus en plus appel aux SDIS pour des interventions de convenance.

Les SDIS sont en quelque sorte victimes de leur proximité et de leur efficacité.

¹ Laquelle a d'ailleurs entraîné une délibération du conseil d'administration du SDIS pour participation aux frais de 206 euros en cas d'appel abusif.

c) Une réponse à la désertification médicale dans une partie importante du territoire

La part croissante du secours à personne dans l'activité des SDIS s'explique également par l'évolution de la carte médicale et par la diminution des permanences médicales de proximité, en particulier dans les territoires ruraux.

Pour certains SDIS, la multiplication d'interventions ne présentant pas d'urgence est liée à la désertification médicale. Pour nos concitoyens, 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. Les SDIS, qui jouissent d'un maillage équilibré sur l'ensemble du territoire national, sont en effet perçus comme un service public de santé de proximité dans les territoires les moins densément peuplés, les plus enclavés, privés d'une présence suffisante de certaines spécialités médicales. Ils sont également perçus comme un « remède » à l'isolement des populations les plus fragiles.

Alors tirons-en les conséquences en cessant de faire comme si le problème n'existait pas et que la couverture de l'ensemble du pays par la médecine libérale fonctionnait toujours à la satisfaction générale.

La répartition des 6 897 centres de secours est à mettre en regard de l'organisation SAMU-SMUR qui repose principalement sur les établissements hospitaliers d'une certaine taille.

L'effectif des SMUR

463 point SMUR répartis sur le territoire en 2013 (dernier effectif connu), soit :

- 411 point SMUR implantés dans un établissement hospitalier public doté d'un service d'urgence ;
- 50 antennes SMUR adossées à un établissement non pourvu d'un service d'urgence ;
- 2 points SMUR rattachés à un établissement privé pourvu d'un service d'urgence.

Compte tenu de ce maillage, les SDIS deviennent la porte d'entrée des services médicaux et d'urgence, dans ces territoires. Ainsi, pour le bataillon des marins-pompiers de Marseille, le « *désengagement chronique de certains acteurs de la permanence des soins au premier rang desquels les médecins libéraux sur lesquels ne pèse plus aucune obligation de garde* » explique une part croissante du secours à personne dans l'activité des SDIS. En outre, il constate une « *augmentation de la demande [des SDIS] par les populations les plus précarisées qui n'ont pas accès par manque de moyens financiers ou par la*

localisation de leur habitat aux dispositifs libéraux de permanence des soins ambulatoires » ainsi qu'un sous-dimensionnement de ces permanences. Le constat du SDIS de Charente-Maritime est similaire ; il estime que si un certain nombre de tâches incombe désormais aux SDIS, c'est afin de pallier l'absence de praticiens dans les territoires ruraux ou les moins accessibles confrontés à la difficulté d'accéder à la médecine libérale hors rendez-vous. Enfin, l'une des causes de la croissance des missions de secours à personne du SDIS des Alpes-de-Haute-Provence est liée à l'éloignement des zones rurales et périurbaines du département aux lieux de stationnement des SMUR.

Cependant, ces facteurs n'expliquent toujours pas, à eux seuls, la part croissante du secours à personne dans l'activité des SDIS.

d) Une organisation sous-optimale

La part sans cesse croissante du secours à personne dans l'activité des sapeurs-pompiers renvoie à la nécessité de faire face aux évolutions du paysage médical, notamment aux restrictions budgétaires des établissements de soins. L'intervention des SDIS a permis d'y suppléer à la charge des collectivités territoriales. Solution de facilité bien tentante qui ne va pas sans effets pervers.

- **Des incohérences dans le traitement de l'alerte**

Elles procèdent de la coexistence de deux plateformes distinctes pour répondre aux appels d'urgence. Si le « 15 » est dédié au traitement des urgences médicales, force est de constater qu'un grand nombre d'entre elles transitent par le « 18 » de la sécurité civile qui doit en conséquence les transférer au centre de réception et de régulation des appels (CRRA) du « 15 ». Celui-ci d'ailleurs fait de même pour les appels égarés concernant les pompiers. Or, deux plateformes, c'est autant d'opérateurs, de moyens techniques nécessaires au fonctionnement de chacune d'entre elles.

Pourtant, la mutualisation de la gestion de l'alerte permet là où elle a été mise en place de réaliser des gains. Le SDIS de l'Ariège, à titre d'exemple, mesure les économies de personnel en résultant à 6 ETP pour chaque structure, soit, pour le SDIS, la moitié du personnel qui y est affecté (6 sapeurs-pompiers professionnels chefs de salle et 6 opérateurs).

Une autre difficulté résulte de l'absence de logiciel commun SDIS/SAMU qui contraint à l'installation d'une interconnexion, ce qui génère donc des coûts supplémentaires.

- **Les faiblesses de l'organisation territoriale de la santé**

Les éléments recueillis par vos rapporteurs font apparaître plusieurs déficiences de l'organisation de l'urgence médicale dans certains départements, lesquelles se répercutent sur l'activité des sapeurs-pompiers.

Il s'agit d'abord de l'organisation des permanences de soins ambulatoires qui peuvent être sous-dimensionnées. Tel est le cas dans les Bouches-du-Rhône : le bataillon des marins-pompiers de Marseille (BMPM) relève notamment le désengagement des médecins libéraux. De son côté, le SDIS de la Charente-Maritime mentionne la disparition totale de la permanence dans son périmètre. Ces défaillances impliquent alors le transport des personnes vers les services d'urgence.

Autre dysfonctionnement, celui de l'indisponibilité des transporteurs privés. Certains SDIS notent à cet égard une augmentation des carences ambulancières. À cela, plusieurs explications : organisation de la profession et dimensionnement des entreprises, répartition des ambulances sur le territoire - moins présentes dans les secteurs ruraux -, absence d'ambulances dans certaines zones rurales en nuit profonde... Inversement, pour M. Bernard Pelletier, président de la fédération nationale des ambulanciers privés (FNAP), certains SAMU sont plus enclins à appeler les sapeurs-pompiers qu'à activer les ambulanciers.

D'où les difficultés constatées dans l'organisation des gardes qui pourtant fonctionnent de façon satisfaisante dans d'autres départements, comme en Loire-Atlantique. Si ce département bénéficie d'un réseau dense et de la géolocalisation des véhicules permettant d'évaluer les délais d'engagement par le SAMU, ce résultat tient aussi à l'organisation mise en place avec la présence d'un coordinateur au sein de la régulation médicale sur des plages horaires déterminées.

Par ailleurs, les tableaux de garde prévus par les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) ne sont pas toujours parfaitement respectés, que ce soit par les médecins ou par les transporteurs sanitaires privés.

Autre facteur de confusion, une information parfois hasardeuse quant à la disponibilité des lits à l'hôpital, ce qui entraîne des réorientations dans le transport des malades, un inconfort pour celui-ci et la prolongation de la mobilisation des moyens opérationnels des SDIS.

Enfin, la saturation des services d'urgence contribue à immobiliser déraisonnablement les moyens opérationnels des sapeurs-pompiers. Durant le temps d'attente à l'accueil des urgences, les équipages sont indisponibles pour d'autres interventions. À Marseille, le délai moyen de prise en charge des victimes s'élève à 25 mn dans certaines structures. À Angers, l'attente aux urgences est parfois de 40 mn.

- **Une sous-utilisation des services de santé et de secours médical (SSSM)**

Créés il y a plus de deux siècles pour assurer le soutien sanitaire des sapeurs-pompiers en intervention et soigner les victimes d'asphyxie, les missions des SSSM se sont élargies au cours des dernières décennies, ce qui ne plaît pas à tout le monde.

Les services de santé et de secours médical

Aujourd'hui présents dans chaque SDIS¹, ils exercent toujours leurs attributions originelles auxquelles se sont principalement ajoutées la médecine professionnelle, d'aptitude et de prévention des sapeurs-pompiers, la formation des sapeurs-pompiers au secours à personne, la gestion de la pharmacie à usage intérieur (médicaments et matériels médico-secouristes nécessaires aux interventions) et la participation aux opérations des SDIS impliquant des animaux ou concernant les chaînes alimentaires ainsi qu'au secours d'urgence².

Il comprend des médecins, pharmaciens, infirmiers, vétérinaires, soit plus de 10 000 personnes à 95 % sapeurs-pompiers volontaires. 204 médecins, 98 pharmaciens et 196 infirmiers sous statut professionnel assurent l'encadrement des services.

Les SSSM sont l'objet de différents conflits, le principal touchant à leur place dans le secours à victime. Les médecins du SAMU se plaignent parfois de leur comportement considérant qu'ils prétendent à intervenir à la place des personnels des SMUR, notamment celle des infirmiers. Difficulté tenant peut-être au fait que les volontaires sont souvent des infirmiers hospitaliers, voire du SMUR. Dans certains cas signalés à vos rapporteurs, leurs interventions ne tenaient pas toujours compte de l'organisation des permanences de l'hôpital. Ainsi que le soulignait M. Sébastien Delavoux, secrétaire général pour le collectif CGT des SDIS, cette double appartenance peut créer des difficultés d'effectifs opérationnels dans les deux structures. Est également visée la formation des médecins du SSSM qui ont d'abord une expérience de médecine du travail puisqu'elle est leur première mission.

Parallèlement, certains médecins sapeurs-pompiers s'interrogent sur la création des médecins correspondants du SAMU qui sont parfois d'anciens volontaires du SSSM. Ils considèrent que leur fonction n'est pas suffisamment exploitée. Plus généralement, l'association nationale des infirmiers sapeurs-pompiers (ANISP), par la voix de son président, M. Franck Pilorget, considère que le SSSM n'est pas respecté et note l'absence de médecin ou d'infirmier sapeur-pompier au centre de traitement de l'alerte (CTA) du « 18 », le seul référent étant le SAMU.

• Une répartition opérationnelle des hélicoptères précédée d'aucune réflexion d'ensemble

Chacun des trois numéros d'urgence - « 15 », « 17 » et « 18 » - dispose de sa propre flotte d'hélicoptères.

¹ Cf. art. L. 1424-1 du code général des collectivités territoriales.

² Cf. art. R. 1424-24 du code précité.

Les héliSMUR

Les aéronefs (au nombre de 45 selon les derniers chiffres connus) sont loués auprès d'opérateurs privées, dans le cadre de marchés publics, par les établissements de santé autorisés par l'ARS à exercer une activité de médecine d'urgence.

Les pilotes, les assistants de vol et le personnel de maintenance sont employés par l'entreprise privée.

Les hélicoptères de la gendarmerie nationale

La flotte de la gendarmerie nationale comprend 56 hélicoptères répartis en trois groupes :

- 15 EC 145 biturbines opérant essentiellement dans les unités de montagne de métropole et d'outre-mer, à Villacoublay pour les unités des forces d'intervention, et en Guyane ;

- 15 EC 135 biturbines dédiés aux missions de sécurité publique générale au profit des forces de police (gendarmerie et police nationales) ;

- 26 écureuils implantés dans les unités métropolitaines de plaine et littorales ainsi que dans les unités ultramarines.

En 2014, les pelotons de gendarmerie de haute montagne (PGHM) ont effectué 4 425 interventions de secours et d'assistance, dont 2 507 assistées d'un hélicoptère.

Les hélicoptères de la sécurité civile

Le groupement d'hélicoptères de la sécurité civile (État) est constitué de 35 hélicoptères EC145 d'abord destinés aux missions de secours à personne et d'aide médicale urgente puis aux missions de police en subsidiarité des moyens aériens de la gendarmerie.

Ces appareils sont rattachés aux 24 bases opérationnelles dont 21 en métropole et 3 outre-mer (2 aux Antilles, 1 en Guyane). S'y ajoutent sept détachements temporaires.

L'échelon central du groupement est situé à Nîmes Garons. Il s'occupe de la préparation et de la formation des équipages ainsi que de la maintenance des appareils et du soutien des bases.

En 2015, les missions de secours à personne ont représenté 81,24 % du total des missions, soit 16 038 personnes secourues (+ 2,08 % par rapport à 2014), une personne toute les 33 minutes. Le coût d'une mission de secours est évalué à 2 794 euros par la DGSCGC qui avait observé en 2015 « *une nette progression des secours SMUH (...) par rapport à la même période de 2014 et ce malgré l'implantation d'hélicoptères du SAMU à proximité des bases de la sécurité civile (Clermont-Ferrand, Besançon)* ».

Source : éléments recueillis auprès du ministère des affaires sociales et de la santé et réponses du ministère de l'intérieur aux questionnaires budgétaires des rapporteurs pour avis de la commission des lois

Ainsi que le remarquaient les représentants de SAMU de France, la politique d'emploi des hélicoptères n'est ni claire ni logique. Les moyens hélicoptérés soulèvent un double problème : celui de leur implantation et celui de leur utilisation.

Sur le premier point, chacune des trois autorités - sécurité civile, gendarmerie et santé - décide seule du format et de la localisation de sa flotte selon ses missions : le secours à la population ; l'ordre public, excepté le secours en montagne, confié aux gendarmes et aux CRS à une époque où la sécurité civile n'était pas structurée ; l'urgence médicale.

L'absence de règles relatives à l'implantation des hélicoptères, ajoutée à la coexistence des trois flottes, ne donne aucune assurance sur la pertinence des choix au regard des caractéristiques des territoires. Certes, la gendarmerie nationale a récemment révisé sa carte des moyens hélicoptérés, mais c'est uniquement en la calant sur ses brigades afin qu'un détachement soit à 30 mn d'un autre. Comme l'a indiqué à vos rapporteurs le lieutenant-colonel Jean-Jacques Bozabalian, responsable de l'état-major interministériel de la zone de défense et de sécurité Sud (EMIZ) par intérim, un certain nombre de territoires devraient accueillir une base en raison de leur nature rurale. Mais il rejette l'idée de critères homogénéisant les implantations territoriales afin de tenir compte d'autres contraintes et ne pas affaiblir les synergies nécessaires, particulièrement dans les circonstances de crise telle la survenance d'une crue.

Si les gendarmes (les « bleus ») et le SAMU (les « blancs ») décident de l'emploi de leurs appareils, une part de l'activité du groupement des hélicoptères de la sécurité civile relève de la décision des seuls SAMU, sans aucun droit de regard sur le bien-fondé de leur demande.

Selon les informations recueillies par vos rapporteurs lors de leur déplacement dans la zone de défense et de sécurité Sud, une instruction de 1992 fixe clairement les règles d'emploi des hélicoptères de la sécurité civile : le département siège de la base gère directement les missions tandis que les autres départements doivent saisir le centre opérationnel de zone (COZ), à charge pour celui-ci de leur fournir un appareil. En revanche, les relations avec la gendarmerie n'ont pas été formalisées. Elles fonctionnent de façon satisfaisante par la grâce des bonnes relations établies entre les deux entités. Cependant, hors les cas d'urgence, les gendarmes apprécieront le bien-fondé de la demande. Reste que l'ensemble fonctionne plutôt bien au niveau zonal. Mais les relations avec les SAMU s'avèrent plus complexes faute de relations directes entre les deux services : le COZ est saisi par l'intermédiaire du centre opérationnel départemental d'incendie et de secours (CODIS). Rappelons que la sécurité civile ne dispose pas d'un droit de regard sur la pertinence de la demande : le médecin régulateur est investi du choix des moyens.

Le Commandant Fabrice Chassagne, chef du centre opérationnel de zone, a illustré les difficultés qui peuvent en résulter par un exemple récent

survenu un soir de match du dernier Euro de football, alors qu'il importait de préserver la disponibilité des pilotes dans l'hypothèse d'un incident : le SAMU a actionné le COZ pour un transport interhospitalier entre Orange et Marseille, l'héliSMUR ne pouvant, selon lui, l'assurer. Compte tenu du délai de préparation de l'appareil de la sécurité civile, le transfert par la route aurait été plus rapide.

De son côté, Mme Marie-Claude Dumont, conseiller médical du directeur général de l'ARS PACA et conseiller sanitaire de la zone de défense Sud, regrettait un manque de lisibilité sur les indicateurs qualitatifs de sortie hélicoptée. Le Dr Marc Fournier, médecin référent du SAMU des Bouches-du-Rhône, soulignait le recours indispensable, en raison de leurs caractéristiques techniques, aux hélicoptères de la sécurité civile pour le secours en milieu périlleux. Mais il regrettait l'indisponibilité, parfois durant plusieurs jours, de ces appareils mobilisés par d'autres missions (inondation ...) alors que la médecine d'urgence doit pouvoir s'appuyer sur une continuité d'emploi des aéronefs. Il appelait en conséquence à la définition de critères d'emploi des hélicoptères.

Un groupe de travail a été créé entre la DGSCGC et la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) sur l'usage des hélicoptères des « blancs » et de la sécurité civile (les « rouges ») en 2014. Lors de sa première réunion, plusieurs mesures ont été retenues dont le gel de toute nouvelle implantation sans concertation entre les deux ministères de l'intérieur et de la santé, l'établissement d'une doctrine d'emploi commune sur le secours primaire et le transport interhospitalier et la fixation d'indicateurs communs. On attend toujours ses conclusions en voie de finalisation. On ne doute pas qu'elles seront pesées (cf. DGSCGC).

B. UN SERVICE COÛTEUX, CONFRONTÉ AUX RÉDUCTIONS BUDGÉTAIRES DES COLLECTIVITÉS

La loi du 3 mai 1996¹ a modifié l'organisation des services d'incendie et de secours, en transférant seulement à ce dernier la gestion des moyens de secours relevant antérieurement des communes ou de leurs établissements publics.

Confrontés aux évolutions inverses de leurs charges, notamment de personnels, et de leurs recettes aussi contraintes que les ressources des collectivités territoriales, les SDIS ont essayé depuis plusieurs années d'optimiser leurs moyens. À défaut, c'est le modèle français de sécurité civile qui serait menacé, situation d'autant plus dommageable que les services rendus par les SDIS sont reconnus de tous. Il y a donc urgence à appliquer le principe selon lequel « qui décide paye », à moins que ce ne soit « qui paie décide ». En l'espèce, constatons que l'État décide et les collectivités payent.

¹ Loi n° 96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours.

1. Une équation budgétaire à plusieurs inconnues

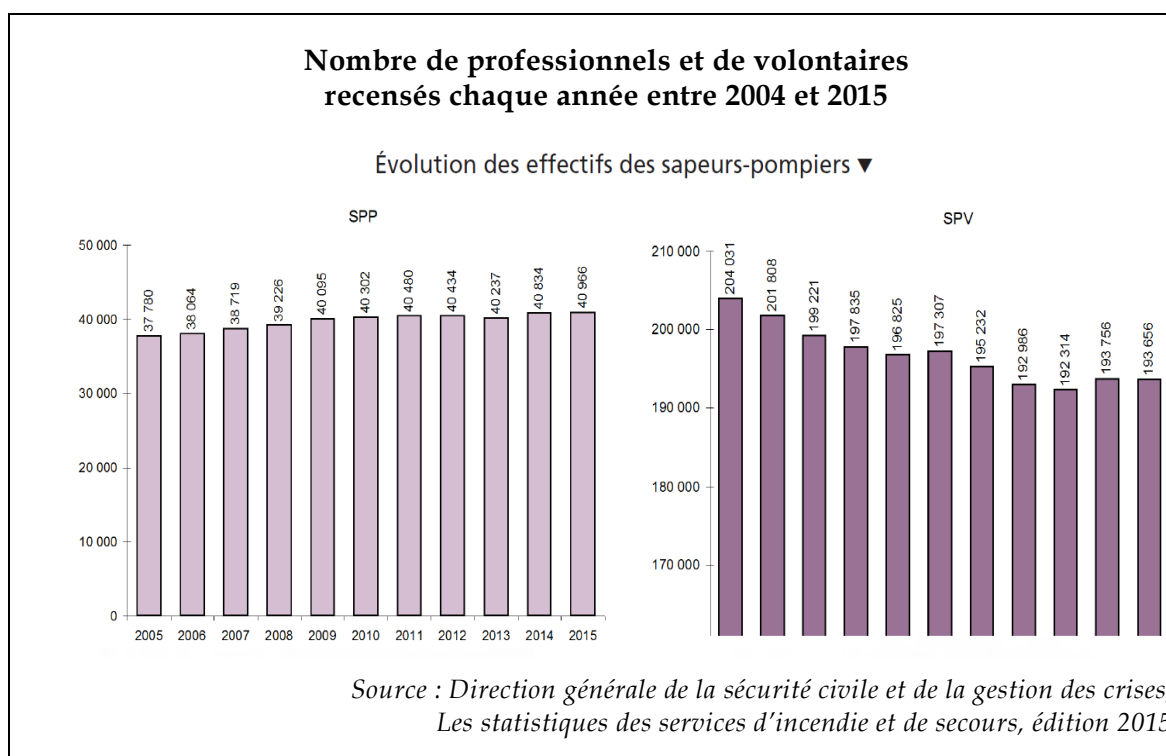
Les dépenses en matière d'incendie et de secours sont une obligation pour les communes et les départements.

a) Des sources de dépenses multiples et difficilement maîtrisables

Les communes contribuent aux dépenses de personnel et de matériel relatives aux services d'incendie et de secours, au travers d'une participation obligatoire versée au SDIS. La loi portant nouvelle organisation territoriale de la République du 7 août 2015 a élargi les possibilités de transfert de la cotisation des communes aux établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre.

- **Une masse salariale difficilement compressible**

Mécaniquement, **l'augmentation de la part des professionnels dans le total des effectifs**, passée de 15,07 % à 17,40% entre 2004 et 2014¹, sous l'effet d'un double mouvement de diminution des vocations de volontaires et d'une augmentation des effectifs de professionnels, s'est traduite par une pression budgétaire accrue sur les SDIS. Le recrutement de pompiers professionnels, dont le coût est plus élevé que celui des volontaires, pour pallier au moins la crise partielle des vocations qui a perduré jusqu'en 2014, ne pouvait avoir qu'un fort impact sur les budgets des SDIS.



¹ Hors BSPP et BMPM, Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises, Les statistiques des services d'incendie et de secours, édition 2015.

Ceci dit, ce constat global ne doit pas masquer les disparités entre SDIS, diversement confrontés à cette évolution.

Les SDIS des départements urbanisés disposent des moyens d'action matériels et humains les plus importants. Au contraire, on ne sera pas étonnés de constater que moins les SDIS ont de moyens, plus leur bon fonctionnement dépend de l'activité des volontaires et que l'effectif de ces derniers en découle.

Sur le plan budgétaire, le recul du nombre de volontaires, continu jusqu'en 2014, n'était donc pas tenable pour les SDIS, en particulier ceux des secteurs les plus ruraux. En effet, la mixité entre les professionnels et les volontaires, et l'équilibre du mode de financement qui en résulte, constitue l'assise du modèle français de sécurité civile. Or, malgré les progrès apportés successivement par le législateur¹, le nombre de volontaires a diminué jusqu'en 2014. Indéniablement, les contraintes, tant pour les intéressés que pour leurs employeurs, sont à l'origine de cette érosion. C'est la raison pour laquelle l'action en faveur du volontariat s'est poursuivie avec la signature, le 11 octobre 2013, de l'engagement national pour le volontariat, comportant un plan d'actions de 25 mesures². S'il semble que les premiers effets de cette politique se soient fait sentir, le mouvement reste fragile. En effet, si le nombre de volontaires a augmenté en 2014 – plus de la moitié des SDIS étant concernés – il s'est stabilisé en 2015. La DGSCGC recense 193 656 sapeurs-pompiers volontaires en 2015, soit une baisse de 0,05 % par rapport à 2014.

La masse salariale des SDIS est aussi fortement dépendante de la réglementation relative au temps de travail des sapeurs-pompiers professionnels. Or la France a dû tirer les conséquences de la mise en demeure, par la Commission européenne, le 27 septembre 2012, de se conformer à la directive communautaire 2003/88/CE qui fixe une limite maximale au temps de travail de 48 heures hebdomadaires, heures supplémentaires comprises. La Cour de Justice de l'Union européenne avait eu l'occasion³ de confirmer que cette directive, et la limite qu'elle fixe, s'appliquait aux pompiers professionnels. Saisie d'une plainte de deux syndicats relative à l'application en France de cette directive, la Commission a conclu que la France ne l'avait pas correctement transposée.

¹ Cf. loi du 31 décembre 1991 sur la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident ; loi du 3 mai 1996 sur le développement du volontariat et loi du 20 juillet 2011 relative à l'engagement des sapeurs-pompiers volontaires et à son cadre juridique.

² Convention signée par l'État, l'Assemblée des départements de France, l'Association des maires de France, la Conférence nationale des services d'incendie et de secours, le Conseil national des sapeurs-pompiers volontaires et la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France.

³ Ayant respectivement fait l'objet d'une ordonnance le 14 juillet 2005 et d'un arrêt le 14 octobre 2010.

C'est la raison pour laquelle un décret du 18 décembre 2013¹ instaure une semestrialisation du décompte du temps de travail et modifie les plafonds du temps d'équivalence dans le cadre des gardes de 24 heures. Ces modifications ramènent la période de référence pour l'appréciation de la durée maximale hebdomadaire de travail à six mois. La limite annuelle de 2 400 heures précédemment en vigueur devient un plafond semestriel de 1 228 heures qui, cumulé sur deux semestres, respecte la limite maximale de 48 heures hebdomadaires en moyenne sur 47 semaines de travail imposée par la directive 2003/88/CE. Le nombre de gardes de 24 heures est ainsi plafonné pour chaque sapeur-pompier professionnel à 47 pour chaque semestre. En outre, ce décret met fin à la possibilité de majorer le temps d'équivalence pour les sapeurs-pompiers professionnels logés, depuis le 1^{er} juillet 2016, et leur régime de travail est aligné sur celui des sapeurs-pompiers professionnels non logés.

- **Des équipements onéreux**

Les SDIS, compte tenu des risques auxquels ils sont confrontés, disposent d'un matériel divers, de qualité, correctement entretenu. Les normes techniques applicables se sont complexifiées avec le temps, normes relevant du droit commun mais également d'une réglementation spécifique².

Le catalogue publié par la DGSCGC recensant les normes potentiellement applicables aux sapeurs-pompiers et à la sécurité civile est à cet égard fort instructif. Ce catalogue recense, en effet, plus de deux cents normes applicables au matériel pouvant être utilisé par les services d'incendie et de secours. Ces normes régissent les moindres aspects du matériel utilisé, ce qui est rassurant pour les utilisateurs sauf si les coûts induits empêchent d'en acquérir d'autres plus utiles et peut-être moins coûteux.

- **Des coûts de formation non négligeables**

À cela s'ajoute le coût important des formations des sapeurs-pompiers professionnels et sapeurs-pompiers volontaires avec, notamment, la création dans certains départements de structures dédiées (écoles départementales...). À titre d'exemple, une « maison à feu », permettant de reproduire une intervention et de manœuvrer avec l'appareil respiratoire isolant, coûte environ deux millions d'euros.

¹ Décret n° 2013-1186 du 18 décembre 2013 relatif au temps de travail des sapeurs-pompiers professionnels.

² Par exemple, depuis le 31 décembre 2013, tous les véhicules neufs doivent être conformes à la norme Euro 6, en application du règlement n° 595/2009 du Parlement européen et du Conseil du 18 juin 2009. Il s'agit d'une nouvelle étape dans l'application de normes anti-pollution visant à réduire de manière drastique les émissions polluantes des véhicules. Ceux de la sécurité civile y sont donc naturellement astreints, ce qui représente une forte contrainte au regard des spécificités de ce type de véhicule et du fait qu'ils doivent être régulièrement remplacés.

- **Des coûts de sortie de véhicules de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) élevés, insuffisamment compensés par les carences ambulancières**

Les remboursements pour frais d'intervention en cas de carence ambulancière sont la seule contribution des organes de santé au fonctionnement des SDIS, alors même que le secours à personne est une mission du ministère de la santé, ce qui laisse rêveur sur la rationalisation budgétaire.

Le montant moyen d'une sortie résulte de l'addition des coûts des moyens humains et techniques engagés - trois sapeurs-pompiers dans un VSAV.

À cela s'ajoutent les conséquences en termes d'effectifs des recours peu justifiés aux sapeurs-pompiers qui se répercutent nécessairement sur l'encadrement du temps de travail : gardes, effectifs...

Le poids des carences ambulancières est très disparate sur l'ensemble du territoire. Calculé sur la base des informations transmises à vos rapporteurs par les SDIS, il constitue en moyenne 7 % du total des interventions annuelles. Ce taux renvoie cependant à 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 %).

- **Un transfert de charge dont bénéficient les autres acteurs du secours à personne**

Le remboursement aux SDIS de leurs frais d'intervention pour carence du transport sanitaire s'effectue sur la base d'un forfait fixé à 118 euros pour 2015¹. Rapporté au coût moyen d'une sortie, 500 euros restent donc à la charge des SDIS. Ce différentiel peut donc peser fortement dans le budget de certains d'entre eux.

Plusieurs SDIS, dont ceux des Ardennes ou de la Corrèze - où le nombre de carence a presque triplé en quatre ans, croissant de 466 en 2010 à 1 360 en 2014 - ont indiqué que le montant de l'indemnisation pour carence ne couvrirait pas les charges réellement supportées. Le SDIS de l'Ariège a mis en avant le « scandale de l'insuffisance du remboursement au titre des carences ambulancières », expliquant que le montant remboursé, en l'espèce 118 euros, devait être mis en rapport avec le coût d'une intervention qu'il évalue à 500 euros.

Au-delà de la dépense budgétaire, certains SDIS dénoncent un recours trop complaisant aux moyens des sapeurs-pompiers. Le SDIS du Calvados souligne que le SAMU l'utilise comme variable d'ajustement des ambulanciers privés sans qu'il ne dispose de moyens de contrôle ou de maîtrise tant opérationnels que financiers. Le SDIS des Alpes-de-Haute-Provence regrette le trop faible montant du coût des carences, non dissuasif

¹ Cf. arrêté du 30 novembre 2006 modifié par l'arrêté du 9 décembre 2014.

pour le médecin régulateur. Il souligne également que « les transporteurs privés préfèrent souvent privilégier leurs transports planifiés rentables en semaine plutôt que de réserver un véhicule pour une urgence hypothétique. Il en est parfois de même en période de garde rémunérée. »

Or les carences ambulancières peuvent entraver la capacité opérationnelle des SDIS. C'est le cas du Jura – qui pressent une croissance inexorable des carences –, de la Corrèze ou de l'Oise qui regrette le nombre très élevé des carences et ses répercussions sur le fonctionnement des centres de secours. Ce constat apparaît d'autant plus insupportable aux services qu'ils voient leurs ressources se raréfier.

Surtout, le recours aux sapeurs-pompiers pour des interventions qui ne relèvent pas de leur ressort représente un avantage financier pour les établissements hospitaliers, comme l'avaient souligné la Cour des comptes ainsi que notre collègue Dominique de Legge¹, les SDIS ne facturant pas toujours leurs interventions ou ne se les faisant pas toujours rembourser. Et la Cour des comptes de souligner qu' « il paraît parfois moins coûteux de faire appel au SDIS, car il ne facture pas toujours son intervention ou ne se fait pas rembourser par le centre hospitalier, faute de disponibilité financière de ce dernier »².

Le bataillon des marins-pompiers de Marseille regrette à cet égard l'absence de respect des tableaux de garde prévus par le schéma régional d'organisation des soins (SROS) aussi bien par les médecins eux-mêmes que par les transporteurs privés. Le SDIS de Dordogne a recensé 2 000 interventions destinées à pallier la carence d'ambulanciers privés, dans le cadre du secours à personne. Le SDIS du Jura s'interroge sur la compétence des SDIS à évacuer des personnes vers des centres hospitaliers éloignés.

Certes, il serait utile de mettre en place, comme dans le Bas-Rhin, des échanges téléphoniques quotidiens pour décompter les carences. Le suivi des interventions pour carence ambulancière pourrait même faire l'objet d'une mutualisation au niveau régional, dans l'optique d'en réduire la fréquence.

Mais c'est tout le dispositif et la notion même de carence qu'il faudrait revoir.

¹ Rapport n° 148 (2012-2013) de M. Dominique de Legge, rapporteur spécial, fait au nom de la commission des finances sur le projet de loi de finances pour 2013, Sécurité civile. Ce rapport est consultable à l'adresse suivante : <http://www.senat.fr/rap/112-148-328/112-148-3281.pdf>

² Cour des comptes, rapport public thématique, Les services départementaux d'incendie et de secours, novembre 2011, p. 84. Ce rapport est consultable à l'adresse suivante : <http://www.ccomptes.fr/fr/Publications/Publications/Les-services-departementaux-d-incendie-et-de-secours>

b) Un coût budgétaire entièrement supporté par des collectivités territoriales de plus en plus réticentes

Les réponses au questionnaire soulignent l'inadéquation du mode de financement des SDIS aux besoins actuels. La répartition entre les collectivités territoriales, d'une part, et le désengagement progressif de l'État, d'autre part, conduisent de nombreux départements à demander une refonte de leur mode de financement. La répartition du financement se fait au détriment des départements : la croissance des dépenses des SDIS, difficilement maîtrisable, repose principalement sur ces derniers.

Ceci dit, il faut constater que la part des recettes de fonctionnement allouée par le conseil départemental varie beaucoup d'un département à l'autre : sans être exhaustif, la plupart des départements ayant répondu au questionnaire font état d'une prise en charge variant entre un tiers et les trois quarts des dépenses de fonctionnement.

Constatons aussi que c'est le président du conseil départemental ou son représentant qui préside le conseil d'administration du SDIS et que les communes, directement ou indirectement à travers les EPCI, n'y sont pas en position dominante.

Exemples de part des recettes de fonctionnement des SDIS émanant du conseil départemental

| | |
|-----------------------|---------|
| Bas-Rhin | 35,61 % |
| Loiret | 36,43 % |
| Hérault | 40 % |
| Eure-et-Loir | 41 % |
| Finistère | 43 % |
| Haute-Garonne | 47 % |
| Creuse | 48,1 % |
| Indre | 48,5 % |
| Isère | 50,5 % |
| Côte d'Or | 51,2 % |
| Doubs | 55,5 % |
| Dordogne | 56 % |
| Drôme | 58,86 % |
| Côtes d'Armor | 59 % |
| Deux-Sèvres | 59,5 % |
| Landes | 60,46 % |
| Loir-et-Cher | 61 % |
| Orne | 61 % |
| Eure | 61,28 % |
| Haute-Corse | 64 % |
| Haute-Saône | 68,76 % |
| Indre-et-Loire | 73,16 % |

Si la part départementale du financement est très variable d'un SDIS à l'autre, la tendance globale est à l'augmentation des besoins de financement, situation difficilement conciliable avec des budgets subissant par ailleurs des transferts de compétences partiellement compensés. C'est la raison pour laquelle certains départements ont été conduits à figer la dotation allouée à leur SDIS. En 2015, plusieurs conseils départementaux ont ainsi reconduit en euros courants la dotation de 2014, comme en Dordogne. Cette pression budgétaire nouvelle sur les départements rend d'autant moins tenables deux contraintes parallèles : le désengagement de l'État dans le financement des SDIS et le contingentement de la contribution du bloc communal.

- **Le désengagement de l'État à travers la disparition progressive du FAI**

Créé en 2003¹, le fond d'aide à l'investissement (FAI) des SDIS était destiné à soutenir ces derniers dans leurs efforts d'investissement en équipements et en matériels. Les autorisations d'engagement décidées en loi de finances ont augmenté jusqu'en 2006, puis progressivement diminué jusqu'à disparaître en 2013, le fonds ayant été soldé, en crédits de paiement, en 2016.

Pour justifier une telle disparition, le Gouvernement a fait valoir que l'État a pour objectif prioritaire d'achever le développement et d'améliorer la qualité de la couverture du réseau opérationnel des transmissions ANTARES², le réseau numérique des services publics qui concourent aux missions de sécurité civile. Vos rapporteurs considèrent qu'il n'y avait aucune raison valable pour justifier un désengagement de l'État dont l'impact sur les budgets départementaux n'est pas négligeable.

La solution de facilité serait de transférer la charge sur les communes en mettant un terme au contingentement de leur contribution.

- **La question du contingentement de la contribution communale**

Les réformes de la fiscalité locale qui ont privé le département de ressources aussi évolutives que la taxe professionnelle et la taxe d'habitation, conjuguées à la croissance de leurs dépenses à caractère social qu'ils ne peuvent que subir, posent le problème du maintien ou non du contingentement de la contribution communale aux dépenses des SDIS.

¹ Article 129 de la loi n° 2002-1575 du 30 décembre 2002 de finances pour 2003.

² Acronyme d'Adaptation Nationale des Transmissions Aux Risques Et aux Secours.

Le contingentement de la contribution communale

En application de l'article L. 1424-35 du code général des collectivités territoriales, le conseil d'administration du SDIS fixe les modalités de calcul des contributions des communes et des EPCI au vu des critères qu'il définit.

Ces critères tiennent généralement compte de la population, du potentiel fiscal et de l'existence ou non d'un centre de secours sur le territoire de la commune.

On constate, en règle générale, des écarts de contributions très importants selon les départements et les communes, placés dans des situations financières équivalentes.

De plus, la loi du 20 juillet 2011 permet au conseil d'administration du SDIS de prendre en compte, lors de la délibération fixant les modalités de calcul et de répartition des contributions des communes et des EPCI, au profit de ces collectivités, la présence dans leur effectif d'agents publics, titulaires ou non titulaires, ayant la qualité de sapeurs-pompiers volontaires, la disponibilité qui leur est accordée pendant le temps de travail ou les mesures sociales prises en faveur du volontariat.

Le conseil d'administration peut également considérer la situation des communes et des EPCI situés dans les zones rurales ou comptant moins de 5 000 habitants. Le montant global des contributions des communes et des EPCI ne peut excéder le montant global de leurs contributions à l'exercice précédent augmenté de l'indice des prix à la consommation. À cet égard, il appartient aux élus du conseil d'administration du SDIS de décider annuellement du choix de l'indice à prendre en compte (avec ou sans tabac) pour calculer l'évolution du montant global de ces contributions.

L'article 116 de la loi n° 2008-1443 du 30 décembre 2008 de finances rectificative pour 2008 maintient les contributions communales et leur contingentement au budget des SDIS, ce qui a pour conséquence que toute dépense nouvelle doit être prise en charge par le département.

Pour vos rapporteurs, si la suppression de ce contingentement communal devait être décidée, ce ne pourrait être sans une étude préalable de l'évolution comparée des ressources et charges du département et du bloc communal lui aussi confronté à une diminution de ses dotations et à des transferts de charges indus.

Elle devrait par ailleurs s'accompagner d'une homogénéisation des règles de calcul des participations communales, très disparates et pas toujours équitables sur l'ensemble du territoire, ainsi que d'une représentativité plus importante du bloc communal au conseil d'administration du SDIS (CASDIS).

Elle supposerait enfin un lissage de sa mise en œuvre.

- **Des mesures de péréquation entre départements insuffisantes ?**

Pour faire face à cette situation, resterait à mettre en œuvre une politique de solidarité interdépartementale.

Au regard du succès des propositions successives de ce type, cette remarque n'est formulée que pour mémoire.

2. Des expérimentations d'organisations moins coûteuses

Ces contraintes budgétaires ont conduit, depuis plusieurs années, les collectivités à modérer les dépenses des SDIS en recourant aux mutualisations, en créant des services communs avec l'administration départementale, ce que le législateur a encouragé en élargissant les modes de coopération.

Les élus réclament aussi un allègement des normes mieux adaptées à la réalité des interventions. Ces préconisations n'étant pratiquement jamais suivies d'effets, nous ne mentionnons cette piste d'économies substantielles que pour mémoire aussi.

a) La recherche de mutualisations

L'acquisition en commun de fournitures et de certains services devrait être une évidence, le groupement des achats réduisant les coûts. Il en est également ainsi du traitement de la paye et de l'entretien des matériels. Notre collègue Yves Rome, alors président de la conférence nationale des services d'incendie et de secours, le relevait lors de son audition. Certaines missions techniques des SDIS peuvent aussi être mutualisées : il citait l'exemple des « hommes grenouilles » et des scaphandriers.

Comme le mentionnait notre ancien collègue François Trucy¹ « *afin de répondre à des risques spécifiques [...] les SDIS maintiennent en condition opérationnelle des équipes spécialisées. Outre que ces équipes mobilisent des effectifs conséquents, elles présentent un coût non négligeable en dépense de personnel et d'équipement. Au regard de leur niveau d'activité, la question du regroupement de certaines de ces unités se pose* ». De nombreux SDIS ont fait état de la mise en place de politiques de mutualisation des interventions spécialisées, dont la présence homogène sur l'ensemble du territoire n'est pas toujours possible. Les SDIS des départements de la Grande couronne francilienne ont, par exemple, mis en place un projet zonal de « complémentarité opérationnelle » avec la brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP).

Le législateur a aussi offert une large palette d'outils pour favoriser les mutualisations. Les SDIS ont la faculté de se regrouper au sein d'un établissement interdépartemental chargé d'effectuer pour leur compte et à leur demande l'entretien de leurs moyens matériels ; un conventionnement

¹ Rapport d'information n°165 (2013-2014) de M. François Trucy « Mieux mutualiser les moyens des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) : une urgence déclarée », 21 novembre 2013. Ce rapport est consultable à l'adresse suivante :

<http://www.senat.fr/rap/r13-165/r13-165.html>

peut régir des services fonctionnels communs aux SDIS et aux conseils départementaux.

Cette mutualisation des ressources et des achats représente concrètement une des rares marges d'action réelle sur les coûts pour les SDIS. Là encore, les formes de ces mutualisations sont variables d'un SDIS à l'autre¹.

S'agissant des **politiques d'achat**, compte tenu des économies d'échelle potentielles, l'Union des groupements d'achat public (UGAP) a notamment signé plusieurs conventions avec des SDIS pour que soit centralisé l'achat de solutions de mobilité (véhicule de lutte contre l'incendie, véhicules de secours, moyens élévateurs, etc.) et d'équipements de protection individuelle (accessoires hydrauliques, tuyaux, matériel de sauvetage, etc.). C'est le cas du SDIS de Haute-Garonne.

Étonnamment, la mutualisation des achats par la voie de l'UGAP reste insuffisamment pratiquée par les SDIS. La Cour des comptes relève que moins de 10 % des achats sont réalisés par le biais de l'union des groupements d'achats publics en 2013. Il ne semble pas que cette situation ait beaucoup évolué depuis cette date.

La mutualisation de l'achat peut également prendre la forme de **groupements de commande entre SDIS** : les SDIS de l'ancienne région Midi-Pyrénées ont ainsi constitué un groupement de commandes pour l'acquisition de matériel médico-secouriste, d'habillements, de véhicules de secours ou encore de récepteurs d'appels sélectifs.

En matière de gestion des ressources humaines se développe notamment l'organisation de concours communs de recrutement de sapeurs-pompiers².

Cette pratique est désormais répandue. C'est le cas, depuis 2007, du Rhône qui organise des concours communs de recrutement de sapeurs-pompiers professionnels. Le SDIS de Gironde s'est également porté volontaire pour organiser les concours au titre de l'ensemble de la zone de défense et de sécurité sud-ouest. Il a ainsi constitué une mission concours, composée de dix agents pour en gérer l'organisation et la liste complémentaire, fédérant par la même occasion 15 SDIS. Ce sont ainsi 6 000 copies, ayant fait l'objet d'une double correction, émanant de 3 000 candidats qui ont mobilisé près de 100 correcteurs pendant trois jours consécutifs.

¹ Cf. *Rapport d'information n° 495 (2009-2010) de MM. Alain Lambert, Yves Détraigne, Jacques Mézard et Bruno Sido, fait au nom de la délégation du Sénat aux collectivités territoriales, « Un nouvel atout pour les collectivités territoriales : la mutualisation des moyens »*. Ce rapport est consultable à l'adresse suivante : <http://www.senat.fr/notice-rapport/2009/r09-495-notice.html>

² Cf. *article 9 du décret n° 90-850 du 25 septembre 1990 portant dispositions communes à l'ensemble des sapeurs-pompiers professionnels* : « Le service départemental peut, par voie de convention, confier à un autre service départemental d'incendie et de secours l'organisation matérielle des concours et examens ».

La mutualisation prend également la forme de conventions d'assistance mutuelle entre SDIS.

La quasi-totalité des SDIS interrogés fait en outre état de la mutualisation de moyens avec les collectivités territoriales.

Les SDIS d'Ille-et-Vilaine, de l'Isère, de la Loire-Atlantique et de Maine-et-Loire, par exemple, bénéficient de la politique d'achat de leurs départements respectifs, qu'il s'agisse de bureautique, de téléphonie, de carburant, de fluides, d'entretien des espaces verts ou de maintenance des bâtiments.

Les départements mettent également à disposition des SDIS de nombreuses fonctions supports : c'est le cas par exemple du conseil départemental des Landes (vérification technique des véhicules, alertes adressées au personnel d'astreinte), celui de Loir-et-Cher (parc informatique) ou encore du Loiret (informatique, entretien des bâtiments ou moyens humains en matière budgétaire et comptable).

Ces évolutions ont été encouragées par la loi, par exemple avec la possibilité de créer « *un service unifié ayant pour objet d'assurer en commun des services fonctionnels* »¹ ou encore la faculté pour un conseil départemental de conclure des baux emphytéotiques administratifs en vue de construire des casernes au profit des SDIS².

Cette tendance devrait perdurer puisque, lors du troisième comité interministériel aux ruralités, le 20 mai 2016, seize mesures nouvelles de simplification des normes ont été annoncées par le Gouvernement, parmi lesquelles six concernent la sécurité civile, dont deux portent sur la mutualisation des moyens. Le Premier ministre s'est notamment engagé à favoriser la mutualisation des achats de véhicule des SDIS en mettant en place des cahiers des charges nationaux.

Ont également été annoncées la diversification de la gamme des véhicules autorisés aux SDIS pour leurs interventions, une coopération favorisée entre les pharmacies à usage intérieur (PUI) et la facturation sur l'ensemble du réseau autoroutier concédé et sous-concédé de la prise en charge des frais de secours.

La mutualisation des PUI dont la mise en place est coûteuse, particulièrement pour les SDIS de 5^{ème} catégorie (produits onéreux et peu utilisés, présence d'un pharmacien SPP à mi-temps au moins pour une activité insuffisante), constitue une demande insistante de nombreux SDIS comme vos rapporteurs ont pu le constater : c'est le cas de l'Aveyron, de l'Indre ou du Territoire de Belfort qui souhaitent pouvoir autoriser les mutualisations de PUI, y compris avec d'autres structures que les SDIS, tels les centres hospitaliers publics. D'autres SDIS, tel celui du Rhône, demandent la mutualisation des commandes et de la détention de « *certaines produits onéreux, à vie courte et à faible occurrence de service (antidote)* ».

¹ Cf. article L. 5111-1-1 du code général des collectivités territoriales.

² Cf. article L. 1311-2 du code général des collectivités territoriales.

En ce qui concerne les pharmacies à usage intérieur (PUI), les conditions dans lesquelles les produits ainsi que le personnel de ces pharmacies peuvent être mutualisés sont relativement strictes.

Non seulement elles ne peuvent s'approvisionner entre elles qu'à la condition qu'il n'existe pas d'autre source d'approvisionnement possible pour un médicament ou un produit déterminé, mais de surcroît l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) est requise. Par ailleurs, la législation impose la présence d'un pharmacien professionnel¹. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a habilité le Gouvernement à « *simplifier et harmoniser [par ordonnance] le régime des autorisations des pharmacies à usage intérieur (...) tout en facilitant la coopération entre celles-ci ou, pour le recours aux pharmacies à usage intérieur, avec ou entre les services d'incendie et de secours et réviser les procédures autorisant la vente au public et au détail des médicaments par les pharmacies à usage intérieur autorisées à assurer cette activité ainsi que les procédures fixant les conditions de prise en charge des médicaments concernés par l'assurance maladie* ». Le délai d'habilitation ouvert court jusqu'au 25 janvier 2017.

Soulignons enfin que des SDIS peuvent recourir à la coopération transfrontalière : le SDIS du Haut-Rhin collabore avec les autorités suisses et allemandes (canton de Bâle, canton du Jura suisse et le Bade-Wurtemberg).

Bien que des progrès aient été indéniablement accomplis pour optimiser les moyens dont disposent les SDIS à travers des politiques de mutualisation, force est de constater une approche trop parcellaire de la mutualisation. Celle-ci se concrétise, au cas par cas, au gré des bonnes volontés, voire des affinités politiques sans qu'aucune approche globale de la mutualisation des moyens entre SDIS ne soit envisagée. En outre, si l'État se montre, sur le plan théorique, favorable aux initiatives de mutualisation, des obstacles, notamment juridiques, liés par exemple aux règles de la commande publique, demeurent.

Visiblement, la pulsion réglementaire de l'État est plus puissante que ses tentatives de déréglementation.

b) Des tentatives de rationalisation de la carte des implantations territoriales

En 2014, on répertoriait :

- 332 centres de secours principaux (CSP) ;
- 2 773 centres de secours (CS) ;
- 2 633 centres de première intervention (CPI) intégrés au corps départemental ;

¹ L'article L. 5126-5 du code de la santé publique prévoit en effet que « la gérance d'une pharmacie à usage intérieur est assurée par un pharmacien. Il est responsable du respect de celles des dispositions ayant trait à l'activité pharmaceutique. » Une telle obligation peut s'avérer, pour les SDIS de cinquième catégorie notamment, une contrainte non négligeable.

- 1 277 centres de première intervention (CPI) non intégrés, leur nombre de ces derniers reculant d'année en année (- 7 % en 2014 par rapport à 2013). S'ils ont disparu dans certains départements tels le Maine-et-Loire, la Meuse, dans d'autres, en revanche, les CPI sont encore très nombreux, voire prédominants telle la Marne où ils représentent plus de 72 % du total des centres d'incendie et de secours du département.

Les centres sont généralement organisés en groupements territoriaux qui couvrent tout le territoire départemental.

Les critères de classification des centres

(art. R. 1424-39 à R. 1424-41 du code général des collectivités territoriales)

Les centres d'incendie et de secours sont les unités départementales chargées principalement des missions de secours.

Les centres de secours principaux assurent simultanément au moins un départ en intervention pour une mission de lutte contre l'incendie, deux départs en intervention pour une mission de secours d'urgence aux personnes et un autre départ en intervention.

Les centres de secours assurent simultanément au moins un départ en intervention pour une mission de lutte contre l'incendie ou un départ en intervention pour une mission de secours d'urgence aux personnes et un autre départ en intervention.

Les centres de première intervention assurent au moins un départ en intervention.

Ces critères de classement déterminent les moyens humains correspondants : le centre doit disposer d'un effectif lui permettant au minimum d'assurer la garde et les départs en intervention de sa catégorie.

Les centres d'incendie et de secours sont placés sous l'autorité d'un chef de centre.

Un centre est dit mixte lorsqu'il comprend à la fois des sapeurs-pompiers professionnels et des sapeurs-pompiers volontaires.

Le commandement d'un centre mixte est assuré par un sapeur-pompier professionnel quand il comprend au moins huit sapeurs-pompiers professionnels et par un officier de sapeurs-pompiers professionnels au-delà de trente sapeurs-pompiers, dont huit sapeurs-pompiers professionnels.

Le maillage territorial est non seulement un atout pour la réactivité, donc l'efficacité des secours, mais il permet également d'assurer la vitalité et la force du volontariat par la proximité des casernes des lieux de vie des sapeurs-pompiers et leur présence parmi la population. Il explique peut-être aussi la sur-sollicitation des sapeurs-pompiers, suppléant souvent à la désertification médicale, comme le remarque le SDIS des Alpes-de-Haute-

Provence : les sapeurs-pompiers « sont encore très souvent au plus près [de la population], comme le dernier service public de proximité ».

Ce maillage répond aussi à l'objectif fixé par le président de la République, rappelé le 12 octobre 2013 à Chambéry lors du congrès de la fédération nationale des sapeurs-pompiers (FNSP), de « permettre l'accès aux soins urgents depuis n'importe quel point de notre territoire en moins de 30 minutes ». Reste à savoir quel type de soins.

Cependant, si cette bonne couverture territoriale contribue à la bonne qualité du secours en France, elle présente un coût certain pour les collectivités territoriales. À l'heure où ces dernières recherchent toutes les sources d'économie pour des budgets sans cesse plus contraints, des SDIS s'interrogent sur la pertinence de leur organisation territoriale, sur l'existence de centres doublons du fait de leur trop grande proximité géographique, et tentent d'adapter au mieux la carte de leurs implantations. Ainsi, le SDIS de Maine-et-Loire a établi un plan quinquennal de suppression d'une dizaine de centres, sur un total de 78, répartis en quatre groupements territoriaux, après un audit diligenté par l'inspection de la défense et de la sécurité civile.

Cette démarche ne doit cependant pas aboutir à l'abandon de territoires déjà fragilisés. C'est pourquoi il est légitime que des communes, faiblement peuplées mais couvrant un vaste territoire, disposent d'un centre. Inversement, l'existence de centres très proches, distants de 5 ou 6 kilomètres, ne se justifie pas. Là encore, seule une réflexion d'ensemble permet la juste réforme.

La rationalisation des implantations doit également tenir compte de la place qu'occupent les sapeurs-pompiers dans la population. Ainsi que l'observait M. Rodolphe Amailland, maire de Vertou, le centre de secours demeure le « marqueur » de la présence régaliennne de l'État. Il importe de préserver un maillage suffisant pour assurer la rapidité des secours et fidéliser les sapeurs-pompiers volontaires (SPV).

La mesure n° 7 de l'engagement national pour le volontariat¹ s'inscrit dans cette optique : « Pérenniser le maillage territorial actuel » des CIS en concédant toutefois « les fermetures inévitables décidées après concertation entre l'État, les SDIS, les maires et les sapeurs-pompiers ». Le bilan d'étape, établi en 2015, soulignait une stabilisation du nombre des centres. Sur la période 2008-2010, 516 d'entre eux ont été supprimés, 126 pour le triennat 2011-2013 pour atteindre un effectif total de 7 151 centres, fin 2013. Cependant, l'année 2014 a été marquée par un regain du mouvement de réduction des implantations avec la suppression d'environ 135 centres.

¹ Signé le 11 octobre 2013 à Chambéry par le ministre de l'intérieur, les présidents de l'assemblée des départements de France, de l'association des maires de France, de la conférence nationale des services d'incendie et de secours, du conseil national des sapeurs-pompiers et de la fédération nationale des sapeurs-pompiers.

Encore faut-il savoir si le degré d'activité est le résultat d'un manque de demande et de besoin ou d'une volonté de concentration des moyens dans quelques gros centres. Convenons aussi qu'il importe que chaque centre ait une activité minimale à même de préserver tout à la fois l'intérêt des volontaires et leur capacité opérationnelle.

À titre d'exemple, la Loire-Atlantique répertorie 97 centres d'incendie et de secours répartis en cinq groupements territoriaux dont deux urbains - ceux de Nantes et Saint-Nazaire - et trois ruraux - ceux de Bourgneuf-en-Retz, Riaillé et Blain comportant respectivement 23, 23, 15, 15 et 19 centres d'incendie et de secours. Or, comme le précisait le premier vice-président du CASDIS, M. Gilles Nicolas, la moitié des interventions des sapeurs-pompiers concerne la circonscription de Nantes. En d'autres termes, la rationalisation de la carte des implantations passe donc à la fois par la prise en compte du maillage territorial et par l'activité opérationnelle de chaque caserne.

Une autre voie de rationalisation du maillage passe par la mutualisation des casernes. C'est l'exemple de la Haute-Savoie qui a organisé sa carte des implantations territoriales en communautés de centres.

Mutualisation aussi entre SDIS, par exemple entre CIS frontaliers, ce qui suppose qu'ils puissent intervenir hors de leurs frontières départementales. Une telle coopération permettrait de réduire le délai d'intervention et de mieux utiliser les moyens engagés.

Le Conseil national des sapeurs-pompiers volontaires, présidé par M. Jean-Paul Bacquet, a examiné, le 30 juin 2016, le rapport établi par son groupe de travail « maillage territorial ». S'appuyant sur l'expérience de six SDIS de différentes catégories choisis en raison d'une réduction importante du nombre de leurs centres d'incendie et de secours sur la période 2007-2014¹, le rapport recommande diverses mesures de « bonnes pratiques », à commencer par le « temps de la concertation » qui conditionne l'acceptation de la réorganisation des implantations de casernes. Par ailleurs, s'il appelle à veiller aux conséquences des fermetures de centre sur l'activité opérationnelle des autres casernes, le rapport constate la non-corrélation automatique entre réduction des effectifs et rationalisation, en raison d'une plus grande motivation des sapeurs-pompiers bénéficiant alors de meilleurs équipements et encadrement.

c) La tarification d'opérations facultatives et l'abandon de certaines prestations non obligatoires

Face à la hausse des interventions de secours à personne, pour lesquelles les pompiers sont parfois sollicités abusivement, certaines de leurs prestations sont progressivement facturées, dès lors qu'il s'agit d'interventions dites « de confort ». De récents exemples très médiatisés ont

¹ Ain, Ardennes, Cantal, Côte d'Or, Jura et Savoie.

illustré cette tendance à la facturation, en réalité ancienne. Le 21 mars dernier, le CASDIS du Calvados a adopté une délibération prévoyant la facturation de sollicitations répétitives et émanant de personnes solvables.

Plus généralement, la facturation d'opérations facultatives suit un double objectif : trouver des sources de financement et recentrer l'activité des SDIS sur les missions premières que lui a assignées le législateur.

De nombreuses demandes d'interventions relèvent en effet d'autres acteurs publics ou privés.

C'est le cas des carences ambulancières dont la refacturation, comme on l'a vu, est indéniablement en deçà de son coût réel.

Il faudrait aussi revoir la pratique consistant à solliciter les pompiers lorsqu'une personne se trouve sur la voie publique en état d'ébriété, alors même qu'il s'agit d'une prérogative relevant d'un pouvoir de police¹. Là encore, la facilité et la disponibilité des SDIS prennent le pas sur la réglementation.

Cette tendance à la refacturation suscite inévitablement un débat sur la gratuité du service public. Rappelons cependant que, s'il n'existe aucun principe général de gratuité du service public et si rien ne s'oppose juridiquement à la mise en place d'une telle refacturation, on constate que celle-ci demeure pour l'instant l'exception et circonscrite à des comportements exceptionnels. Elle présente au moins l'avantage de contribuer à la prise de conscience du coût des prestations fournies, pour des interventions parfois très éloignées de l'objectif assigné à la sécurité civile.

Si vos rapporteurs ont bien conscience du rôle social des SDIS, ils ne confondent pas pour autant service public et droit de tirage illimité sur le budget de la collectivité. Comme le soulignait M. Claudy Lebreton, alors président de l'Assemblée des départements de France (ADF), le financement des SDIS pourrait prendre la forme d'une taxe affectée, afin que chaque contribuable prenne conscience du niveau de dépenses correspondant.

Ceci dit, s'il n'est pas toujours facile de faire le tri entre sollicitations légitimes, comme le relevage d'une personne âgée isolée, et celles qui ne le sont pas, l'explosion de ce type d'interventions n'en suscite pas moins réflexion. Ainsi le relevage de personnes âgées a triplé en 10 ans en Haute-Vienne, soit 1 800 interventions de ce type en 2014, et 10 % de son activité totale. Le SDIS de Dordogne constate aussi une sur-sollicitation des sapeurs-pompiers, hors urgence ou détresse vitale, par des administrés pourtant abonnés au service de télésurveillance à domicile. Le CASDIS a délibéré d'une participation aux frais de 206 euros en cas d'appel abusif.

¹ Article L. 3341-1 du code de la santé publique.

Pour faire face à cette situation, la quasi-totalité des SDIS est favorable à une clarification de leurs compétences sans toutefois revenir sur leur obligation d'intervention. Pour que soient mieux effectuées les missions confiées, à moyens constants, vos rapporteurs conviennent que le champ de compétence des SDIS doit être énuméré limitativement. Dès lors, sans aller jusqu'à autoriser les SDIS à refuser toute sollicitation qui ne relèverait pas de l'urgence ou du départ réflexe, il convient au moins de clarifier le périmètre des missions des différents services. Vos rapporteurs sont par exemple sensibles à la proposition du SDIS du Finistère d'instaurer la faculté de « *re-catégoriser* » *a posteriori* en carence de « *fausses urgences* ». Cette compétence pourrait utilement être exercée par le comité de suivi d'application du référentiel, à la demande d'un SDIS.

d) À la recherche d'une optimisation de l'emploi des moyens humains

Lorsque le SDIS effectue un transport sanitaire en lieu et place des ambulanciers privés alors indisponibles, l'équipage du véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) est le même que pour les interventions de secours à personne, c'est-à-dire trois sapeurs-pompiers.

Or, pour la même opération, la composition des équipages des ambulances s'élève à deux personnes¹.

• **Une expérimentation non conclusive de la BSPP**

La brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) vient d'expérimenter une sortie à deux pour les interventions « standard » qui représentent 70 % du total de son activité. Cette décision s'appuyait sur la croissance annuelle de 1,2 à 2 % du secours à personne depuis 35 ans qui résulte notamment de l'augmentation de la population et de la progression du tourisme. En outre, les travaux du Grand Paris Express, devraient drainer à compter de 2030 des flux supplémentaires, évalués à trois millions de personnes par an, dans le secteur de compétence de la brigade².

Précisons que la brigade reçoit, chaque jour, 6 000 à 7 000 appels qui donnent lieu à 1 250 départs dont un cinquième ne justifie pas l'intervention des sapeurs-pompiers. À effectifs humains constants, la brigade recherche les moyens d'améliorer sa réponse aux demandes de secours.

L'expérimentation s'inscrivait dans ce cadre. Cependant, l'analyse des appels indiquait que 85 % des demandes de secours nécessitaient un équipage de trois sapeurs-pompiers. Le commandant de la brigade, le général Philippe Boutinaud, a indiqué qu'à ce résultat, il fallait également joindre le besoin, dans différents cas, d'un troisième homme pour les opérations de levage des victimes, les relations avec leur entourage très souvent affecté par leur état, sans omettre le cadre juridique opérationnel. Le

¹ Cf. art. R. 6312-10 du code de la santé publique.

² Paris, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne.

format nécessaire à l'intervention s'avérait parfois difficile en raison des imprécisions de l'appelant. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, le commandant de la brigade a mis un terme à l'expérimentation dont l'intérêt s'avérait très relatif.

- **La nécessité cependant d'offrir un cadre d'intervention plus souple aux sapeurs-pompiers**

Pourtant, un tel changement permettrait théoriquement une économie de moyens humains. Si seuls deux ambulanciers sont jugés nécessaires pour ces transports sanitaires, il n'y a pas de raison de contraindre à la sortie d'un équipage à trois lorsque la même opération est effectuée par les sapeurs-pompiers intervenant pour pallier une carence desdits ambulanciers. N'y a-t-il pas là une incohérence inexplicquée qui aggrave le poids des indisponibilités ambulancières sur les SDIS ? Contraints non seulement d'opérer en lieu et place de professionnels défaillants pour des motifs divers - mauvaise organisation des permanences ; délaissement de certaines parties du territoire départemental -, les sapeurs-pompiers sont sanctionnés une seconde fois par des critères plus sévères. En tout état de cause, le format pourrait être, le cas échéant, réévalué. Mais l'engagement d'un équipage à trois doit nécessairement découler de l'appréciation de la situation de la victime.

Par ailleurs, cet assouplissement logique permettrait d'alléger les difficultés résultant des conséquences sur les gardes de l'annualisation du temps de travail des SPP (*cf. supra*). Cette donnée n'affecte pas la couverture opérationnelle de la BSPP dans les mêmes termes que celle des SDIS dans la mesure où ses effectifs relèvent du statut militaire.

Dans leurs réponses au questionnaire de vos rapporteurs, plusieurs SDIS ont appelé à un assouplissement en ce sens du cadre d'intervention des sapeurs-pompiers, lequel permettrait d'alléger la charge des services comme le note le SDIS de l'Ariège. Celui de la Dordogne appelle à de tels allègements. Le SDIS du Jura demande en ce sens une adaptation de l'armement en personnel au type de mission.

Proposition :

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.

II. RÉFLEXIONS POUR UNE MEILLEURE RATIONALISATION DE L'ORGANISATION DES SERVICES D'URGENCE

Les constats de plusieurs mois de rencontres des différents acteurs du secours à personne conduisent naturellement vos rapporteurs à prôner une meilleure articulation des différents services, des coopérations renforcées, des assouplissements ... Ils se déclarent cependant convaincus que toute évolution sera impossible tant que l'État ne s'impliquera pas, tant que chacun des deux ministères concernés - l'intérieur et la santé - s'obstinera à « jouer dans son coin », à privilégier sa propre « boutique » au nom des différences de « culture ». Si professionnels de la santé et de la sécurité civile peuvent s'entendre sur le terrain - vos rapporteurs ont pu le constater -, pourquoi cette volonté de travailler ensemble est-elle absente au niveau national ?

C'est à l'exécutif qu'il appartient d'agir s'il entend préserver un modèle français dont l'incontestable efficacité, soumise à des contraintes budgétaires nouvelles, est finalement victime de son succès. L'enjeu, c'est d'optimiser l'usage des moyens, seul à même de préserver la qualité du service public.

A. UNE ARTICULATION RENFORCÉE ENTRE LES DIFFÉRENTS SERVICES

Une plus grande efficacité et un meilleur emploi des moyens dédiés au secours passent nécessairement par des coordinations renforcées, des mutualisations élargies et une planification souple mais contrôlée.

1. Dans l'attente de la généralisation de la mutualisation des centres d'appel « 15-18 »

Si aujourd'hui, règne d'abord le « chacun chez soi » - dans la très grande majorité des départements, SDIS et SAMU disposent chacun de leur centre d'appel - on relève aussi des coopérations réussies entre les deux services.

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 (SAP).

a) Des plateformes mutualisées, physiques ou dématérialisées

L'état des lieux établi d'après les réponses recueillies indique que 20 SDIS disposent d'un centre commun « 15/18 ».

(1) Une cohabitation physique

Quatorze d'entre eux ont créé des plateformes mutualisées logées dans les mêmes locaux : Ain, Ardèche, Ariège, Aude, Cher, Hérault, Indre-et-Loire, Lot-et-Garonne, Puy-de-Dôme, Pyrénées-Orientales, Haute-Savoie, Vaucluse, Vosges, Essonne.

Trop souvent, cependant, cette coopération repose sur la bonne volonté des personnes, tant du côté des SAMU que des SDIS, qui conduisent un travail aussi remarquable qu'opiniâtre, dépassant les pesanteurs de leurs administrations respectives.

La plateforme d'Indre-et-Loire présente une organisation intégrée qui permet de répondre à tous les appels reçus sur les trois numéros d'urgence. Cependant, la coexistence de deux cultures - santé et sécurité civile - répondant à des impératifs différents fragilise la plateforme commune. Mais cette mutualisation résiste malgré les changements de responsables par la volonté des deux acteurs à la soutenir.

Le CETRA de Tours

Créé en 2007, le centre de traitement et de régulation de l'alerte (CETRA) est implanté au centre hospitalier universitaire régional Trousseau.

Le décroché est unique pour les appels aux « 15 » et « 18 » (et « 112 ») : les opérateurs des deux entités (21 en permanence) répondent indifféremment aux deux numéros d'urgence.

Sont également présents sur la plateforme :

- une permanence des ambulanciers (2 personnes) - financée par l'association des ambulanciers - mais seulement de 8 h à 20 h ;
- un régulateur libéral pour la permanence de soins.

Par ailleurs, le sas CETRA permet le réarmement des véhicules des sapeurs-pompiers après intervention et évite donc le passage par la caserne.

Le service est optimal quand la profession ambulancière est associée à la coopération SAMU/SDIS et organise la permanence des transports sanitaires sur la plateforme. À Tours, l'élargissement de la présence des ambulanciers est envisagée jusqu'à 1 h du matin.

À Annecy, ce service est assuré 24 h/24 depuis 2007 : la nuit, deux ambulances sont prépositionnées dans chacun des cinq secteurs qui couvrent tout le territoire départemental.

La plateforme de réception des appels d'urgence de la Haute-Savoie

La mutualisation des appels « 15 », « 18 » et « 112¹ » remonte à 1996. Elle résulte de la rencontre de deux hommes, un médecin urgentiste et le 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 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 ».

À Annecy, la permanence ambulancière permet de trancher le règlement des carences puisqu'il lui revient de les constater et de les signaler au SAMU, et donc de déclencher le départ des sapeurs-pompiers. Le taux de carences en Haute-Savoie s'élève à 6 %. Il convient de souligner que la permanence ambulancière s'avère plus facile à mettre en place quand la profession est organisée autour d'entreprises d'une certaine taille. Les petites structures, en effet, peinent à assurer des gardes, faute d'un nombre suffisant d'ambulances.

(2) Une communauté virtuelle

Pour leur part, six centres « 15/18 » sont organisés selon le mode d'une plateforme virtuelle : Corrèze, Ille-et-Vilaine ; Loire ; Loire-Atlantique ; Maine-et-Loire ; Oise. Chacun est « chez soi » mais les deux entités sont interconnectées par un logiciel dédié.

¹ Numéro unique d'urgence européen.

L'exemple de la Loire-Atlantique

À Nantes, les numéros d'appel « 15 » et « 18 » (et « 112 ») disposent chacun de leur propre plateforme, lesquelles sont interconnectées. Pourtant, le bâtiment abritant le CODIS a été construit à l'origine pour accueillir le SAMU.

Pour tout appel relevant du secours à personne reçu au 18, une fiche est transmise au SAMU et les deux entités s'entretiennent par téléphone.

Un coordinateur ambulancier est présent au centre de réception et de régulation des appels (CRRA) sur des plages horaires déterminées. Un canal dédié au « 18 » permet un décrochage prioritaire.

Le département du Maine-et-Loire constitue un exemple original en ce que les plateformes d'appel « 15-18 », auparavant mutualisées dans le même lieu, sont désormais reliées virtuellement.

De la mutualisation physique à l'interconnexion des plateformes en Maine-et-Loire

Il s'agit d'un cas spécifique puisqu'en 1999 avait été mise en place une plateforme unique SAMU/SDIS, laquelle a malheureusement disparu 10 ans plus tard lorsque la nouvelle équipe du SDIS a décidé de construire un nouveau centre d'appel dans un lieu distant de 15 minutes du centre hospitalier. Cet éloignement a été jugé excessif par le SAMU qui a réinstallé son CRRA à l'hôpital. Les deux centres sont cependant équipés du même outil, opérationnel. Le projet de l'ARS de mettre en place un logiciel unique pour l'ensemble des SAMU des Pays-de-la-Loire inquiète cependant, à juste titre, la direction du SDIS.

b) Des plateformes dédiées « 15 » et « 18 »

Les raisons du « chacun chez soi » ne manquent pas.

Le docteur François Braun, chef des urgences de l'hôpital de Metz, et le professeur Pierre Carli, médecin chef du SAMU de Paris, respectivement président et vice-président de SAMU de France, invoquent le double inconvénient de l'éloignement physique du SAMU de l'hôpital en cas de création d'une plateforme commune avec le SDIS. Cette dissociation de la communauté hospitalière entraîne une perte de lien pour le personnel médical et constitue un déficit de renforts par les médecins du SMUR. Cet inconvénient a été résolu à Tours, par l'implantation de la plateforme commune dans l'enceinte du CHU.

Autre raison invoquée : la différence de régime de rémunération entre les opérateurs du « 15 » et ceux du « 18 », qui relèvent respectivement des statuts de la fonction publique hospitalière et de la fonction publique territoriale.

Mais l'obstacle majeur au regroupement serait surtout la spécificité de chacun des deux métiers et le fait qu'en matière de secours à la personne,

c'est l'expertise du médecin qui s'impose. Argument assez étonnant dans la mesure où, précisément, la création de plateforme commune, comme l'élaboration d'un référentiel commun, vise à séparer la masse des appels qui ne nécessitent pas d'expertise médicale de ceux qui la requièrent tout en permettant le traitement rapide des cas douteux puisque, de toute façon, les régulateurs médicaux sont là.

Comme l'a fait remarquer M. Patrick Pelloux, président de l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF), rien ne s'opposerait à ce que les pompiers reçoivent une formation minimale leur permettant de conditionner les blessés pour pouvoir les évacuer dans de bonnes conditions, alors même - comme c'est le cas lors d'attentats de masse - qu'aucun médecin n'est formé notamment au secours dans des situations extrêmes. Pour lui, cette culture commune à tous ceux destinés à intervenir dans l'urgence est absolument nécessaire si on veut pouvoir faire face aux défis du monde actuel.

Alors qu'ils ont constaté sur le terrain les gains tant opérationnels qu'organisationnels qui résultent de la mutualisation physique, vos rapporteurs sont déconcertés par le veto opposé par certains de leurs interlocuteurs à un tel projet. C'est la position de SAMU de France qui, s'appuyant sur l'analyse de la fonction de chacun - concept de soin/concept de secours -, conclut à la complémentarité des deux et non à leur superposition. Rappelant les missions de chacun, il conclut dans son livre blanc que « *Tout oppose donc ces deux cultures et il est contre nature de vouloir les faire cohabiter* » ! Sauf là où elle donne toute satisfaction. Probablement que ceux qui la pratiquent, comme les « antipodistes », marchent sur la tête.

Aujourd'hui encore, le traitement séparé est la pratique dans 77 départements.

c) Des modalités diverses de coordination

La coexistence de centres d'appel dédiés au « 15 » ou au « 18 » n'interdit pas cependant des coopérations entre le SDIS et le SAMU. Les éléments transmis par les SDIS témoignent d'une grande variété de coordinations. On peut y voir une preuve de l'effritement des barrières entre services.

- **La mise en place de rencontres régulières**

Dans les Alpes-de-Haute-Provence, une réunion est organisée chaque mois pour analyser les carences et les événements indésirables et travailler en commun à l'organisation du secours à personne. Il en est de même régulièrement dans les Hautes-Alpes, dans l'Oise et tous les mois en Haute-Vienne pour prendre en compte les difficultés communes avec des contacts réguliers entre le médecin-chef du SDIS et le médecin responsable du SAMU/SMUR. Dans ce dernier département, la coopération est

formalisée par la désignation d'un médecin référent SDIS au SAMU pour le contact du chef de groupement de gestion des risques.

Dans l'Aveyron, sont organisées des réunions trimestrielles SDIS/SAMU/SMUR ainsi que des rencontres bipartites régulières ; dans les Bouches-du-Rhône, des rencontres bimensuelles SAMU/SDIS/BMPM ; dans la Manche, des réunions bimensuelles avec les cadres, permanenciers SAMU/SSSM et chefs de salle ; dans le Loiret, les acteurs se réunissent toutes les huit semaines pour faire le point sur la situation du SAP et évoquer les problématiques éventuelles.

Enfin, dans l'Eure, a été mise en place une évaluation, chaque mois, de l'activité de SAP. Dans l'Orne, une réunion mensuelle - en intégrant les ambulanciers privés - permet d'évaluer l'activité des acteurs et de résoudre les dysfonctionnements dans le SAP.

- **Des travaux communs pour améliorer le traitement des appels**

En Gironde, un partenariat a été institué pour définir la notion de secours d'urgence. Il s'est traduit par l'adoption d'une nouvelle procédure de traitement des demandes de secours ; un travail partenarial a également lieu dans le Lot.

Dans le Morbihan où la convention opérationnelle SDIS/CHU, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2010, a permis une amélioration des relations entre le CTA-CODIS et le SAMU, il a été procédé à un travail commun sur l'interopérabilité « 15/18 » au sens de la norme GT399. S'y ajoutent un projet de déploiement de tablettes secouristes et la médicalisation conjointe de l'hélicoptère de la sécurité civile pendant l'été (dispositif « Héli Médic 56 »).

Dans l'Allier, une cellule « retour d'expérience » (« CREX ») a été créée pour analyser tout événement indésirable afin de proposer des mesures correctives.

À Marseille, malgré l'absence de centre commun, le traitement des appels au « 18 » et celui du « 15 » font l'objet de procédures communes destinées à faciliter les transferts d'appel et les réponses opérationnelles (les médecins du BMPM participent à la régulation médicale du centre « 15 », ainsi qu'un opérateur du Bataillon au titre de la convention AP-HM/BMPM).

Dans le Val d'Oise, SDIS et SAMU ont conclu une convention pour l'organisation du SAP et de l'aide médicale urgente. La mise en place d'un comité de suivi permet aux deux services de dialoguer. En outre, deux projets sont en cours de réalisation : l'interconnexion des systèmes d'informations opérationnelles pour permettre une transmission immédiate des données et la mise en place d'un réseau « secours et soins d'urgence » pour permettre aux équipes des sapeurs-pompiers sur le terrain de transmettre plus rapidement au SAMU le bilan des personnes secourues.

Dans le Rhône, différentes initiatives ont été prises : élaboration d'un recueil de procédures opérationnelles partagées, guide de mise en pratique du référentiel SAP, directive organisant le partage des informations, transmission des bilans, mise en œuvre des bilans simplifiés et réunion mensuelle pour analyser l'activité commune.

- **Un suivi commun des carences ambulancières**

Dans le Bas-Rhin, des échanges téléphoniques quotidiens permettent le décompte des carences.

On recense un suivi des interventions pour carence ambulancière, dans les Alpes-Maritimes, au moyen d'un outil informatique régional de suivi des indisponibilités ambulancières (fourni par l'observatoire régional des urgences - ORUPACA) mis à la disposition du CRRA 15 de Nice et du SDIS, à compter de 2015.

Dans les Bouches-du-Rhône, on note les bonnes relations entre le CRRA et le CODIS pour gérer les carences.

Dans le Bas-Rhin, ont été mises en place des séquences de formation commune aux agents de la régulation médicale du SAMU et aux personnels du CTA-CODIS. Il est aussi procédé à une évaluation croisée et aux améliorations communes pour le traitement de l'alerte. Enfin, des échanges téléphoniques quotidiens interviennent pour le décompte des carences.

Dans les Hautes-Alpes, sont aussi organisées des formations communes aux protocoles infirmiers de soin d'urgence - PISU.

Enfin, à Mayotte, la réorganisation du secours à personne est en cours par un travail partenarial avec le SAMU.

2. Des démarches originales d'association avec d'autres acteurs

Afin de pallier l'éparpillement des acteurs et le chevauchement de leurs compétences, plusieurs dispositifs ont émergé afin d'améliorer l'entrée des patients dans le parcours de soins et de mieux coordonner les rôles de chacun.

a) La mise en place de permanences ambulancières

La mise en place de permanences ambulancières vise à garantir une prise en charge des patients nécessitant des transports urgents vers des établissements de santé. Ces transports sont réalisés par ambulance et régulés par le SAMU dans le cadre de l'aide médicale d'urgence, ce dernier établissant une priorité dans la prise en charge de ces transports.

Les permanences ambulancières

Le préfet de département arrête un tableau de garde mensuel dans lequel les entreprises de transport ambulancier s'engagent à réserver, durant leur garde, un ou plusieurs véhicules et leurs équipages pour répondre aux demandes de transport adressées par le SAMU. Ce tableau est fixé par arrêté préfectoral sur proposition de l'association des transports sanitaires la plus représentative du département, sur la base du volontariat¹. Pour chaque jour est précisé la ou les entreprises assurant les urgences pré-hospitalières. Si le tableau proposé par l'association ne couvre pas toutes les plages horaires, le préfet arrête le tableau pour les périodes de garde en intégrant les entreprises tenues de participer à la garde départementale. On précisera toutefois que l'adhésion à une association départementale de transports sanitaires n'est pas nécessaire pour participer à la prise en charge des urgences pré-hospitalières.

On constate toutefois une mise en œuvre différenciée selon les territoires. Par exemple, dans le Maine-et-Loire, six des quarante-trois entreprises d'ambulances ne font plus de gardes car elles ne peuvent répondre aux astreintes demandées, puisqu'elles ne disposent pas des moyens matériels et humains pour les assumer.

Selon vos rapporteurs, la meilleure association des ambulanciers privés au service public du secours à personne consisterait à les inclure dans une plateforme commune, problématique que l'on abordera plus loin.

b) La sectorisation des médecins de garde et l'organisation d'une permanence des soins en milieu rural

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a confié aux ARS l'organisation de la permanence des soins ambulatoires. À ce titre, elles ont compétence pour définir les modalités de mise en œuvre de ce dispositif ainsi que le montant des indemnités versées aux médecins volontaires participant à la permanence des soins.

Dans le département de Loire-Atlantique, 600 médecins libéraux, sur les 1 500 que compte le département, participent à la permanence des soins ambulatoires. Ils interviennent partout où ils sont demandés, à l'intérieur du secteur qui leur a été attribué. Pour toute intervention où la situation vitale du patient est en jeu, le SAMU est alors appelé. Les médecins sont rémunérés pour ces astreintes.

Selon l'ARS des Pays de la Loire, les résultats de cette permanence sont satisfaisants, aussi bien pour la motivation des médecins volontaires, pour lesquels on constate le « réveil d'une fibre déontologique », que pour le maintien d'une continuité de l'aide médicale dans les territoires les plus

¹ Article R. 632-18 du code de la santé publique.

éloignés des centres hospitaliers, notamment ruraux. Elle permet également de moins solliciter les SDIS pour des interventions de « bobologie » ou qui ne relèvent pas de leur mission.

Le succès de cette permanence des soins ambulatoires repose sur une sectorisation pertinente, prenant en compte les spécificités géographiques de certaines parties de territoires ainsi que la durée pour aller à l'établissement hospitalier le plus proche.

Proposition :

Généraliser et organiser la sectorisation territoriale pour la permanence des soins ambulatoires, avec un système d'astreintes, comme porte d'entrée des secours.

3. Quels enseignements ?

Si vos rapporteurs ont pu constater sur le terrain le foisonnement des initiatives, la qualité des acteurs, l'organisation actuelle du secours reste décalée par rapport à l'évolution de l'offre de soins et des moyens. Si, année après année, se succèdent les tentatives pour y remédier, les problèmes demeurent.

Ce sont les principes sur lesquels repose le secours à personne qu'il importe de revoir.

a) La nécessité de mutualiser le traitement des appels « 15/18 »

Vos rapporteurs ont constaté lors de leurs déplacements comme au cours de leurs auditions que le bon fonctionnement du traitement du secours à personne dépendait de la volonté des acteurs locaux, qu'il s'agisse des responsables du SAMU, du SDIS ou de l'ARS. L'implication du préfet est également souvent déterminante.

À l'issue de leurs travaux, il leur apparaît indispensable, compte tenu des nombreux avantages qu'ils ont pu constater sur le terrain, de généraliser à terme la mutualisation physique des centres d'appel « 15 » et « 18 ». La réussite, dans plusieurs départements, de tels projets démontre leur faisabilité. Seule la volonté des responsables locaux manque. Est-ce à eux de décider de l'organisation du service public de secours à personne ou à l'État ? De leurs différents entretiens, vos rapporteurs ont retenu l'enchevêtrement des fonctions entre le SAMU et le SMUR, les uns volant au secours des autres pour les seconder lors de pics d'activité. C'est pourquoi ils préconisent, chaque fois que cela est possible, de privilégier une implantation de la plateforme proche du siège de l'hôpital. Ce qui n'empêche pas, comme à Tours, de prévoir des locaux permettant d'assurer sur place le réarmement des VSAV.

Vos rapporteurs conçoivent aussi qu'une telle révolution culturelle demandera du temps et que le passage par une mutualisation virtuelle constituerait déjà une étape significative.

Ils considèrent enfin que les projets de regroupement des SAMU ne constituent pas un obstacle à leur proposition, différentes techniques permettant de s'y adapter.

(1) Des gains de tous ordres

Les plateformes communes permettent de rationaliser l'envoi des moyens nécessaires à une urgence alors que le « 15 » et le « 18 » déclenchent leurs moyens respectifs selon deux logiques différentes : la régulation médicale, qui n'implique pas toujours une intervention sur place ; le départ réflexe qui entraîne parfois les départs de plusieurs véhicules, certains inutiles.

Le centre commun permet, par le filtre de la régulation médicale, d'écartier un grand nombre des difficultés résultant de l'existence parallèle de plusieurs numéros d'appel. D'où des économies en personnels et en équipements.

Enfin et surtout, la réponse aux demandes de secours pourrait ainsi être encore plus rapide : plus grande facilité pour joindre le médecin régulateur, souvent sur-sollicité - des délais de 12 à 15 minutes ont été ainsi signalés à vos rapporteurs par le CODIS de Loire-Atlantique ; prise en charge plus pertinente des victimes.

(2) Le choix d'un environnement favorable

● **Intégrer à la plateforme commune la permanence ambulancière**

Pour que la mutualisation des plateformes soit pleinement efficace, la première condition est que toutes les parties prenantes y soient présentes : SAMU ; SDIS ; ambulanciers.

Les carences en seraient réduites, ce qui ne peut que satisfaire à la fois les pompiers et les ambulanciers.

● **Guider les opérateurs**

L'élaboration d'arbres d'aides à la décision s'impose pour permettre aux opérateurs d'évaluer plus justement et rapidement leur réponse.

● **Suivre en temps réel les moyens disponibles**

La possibilité de « tracer » les moyens disponibles s'avère également indispensable. Il s'agit d'abord de connaître les vacances des lits afin d'éviter des transports non pertinents : trop d'exemples de refoulement par des hôpitaux surchargés, suivi d'une réaffectation du transport sanitaire. Ces tâtonnements sont préjudiciables à la victime tandis que les équipages sont inutilement mobilisés. Un système d'information pertinent permettrait d'éviter ces erreurs.

La connaissance des disponibilités ambulancières éviterait aussi des gardes stériles et la multiplication des carences. Aujourd'hui, la géolocalisation des véhicules peut y pourvoir. Lors de leur déplacement à Nantes, vos rapporteurs ont pu constater les mérites de ce système qui conduit à un nombre réduit de carences (1,9 % des interventions du SDIS).

• **Rapprocher les régimes d'emploi des personnels**

Il importe aussi d'anticiper des points possibles de crispation entre les personnes affectées à la plateforme afin que chacun, « blanc » ou « rouge », y trouve justement sa place.

C'est la question du régime d'emploi des opérateurs du « 15 » et du « 18 », dont au premier chef, celle de leur régime indemnitaire. Il apparaît indispensable de les rapprocher afin que d'un même travail ne résultent pas des disparités importantes d'emploi. Il en va de la cohésion de l'équipe et donc du bon fonctionnement de la plateforme. On attend les courageux cabinets ministériels qui feront de ce lourd chantier une priorité.

(3) Des adaptations territoriales

Les SAMU évoluent vers une régionalisation de leurs structures afin de mutualiser leurs moyens pour mieux répondre à leur mission.

Une réflexion analogue peut s'envisager pour les petits CTA traitant quotidiennement un faible volume d'appels, particulièrement la nuit. Mis en réseau, ils pourraient mieux employer leurs moyens. D'après les statistiques de la DGSCGC, en 2014, dans 17 départements, un opérateur du CTA traitait moins de 60 appels par jour alors que, pour 22 SDIS, chaque opérateur recevait plus de 120 appels quotidiens¹. Parallèlement, le taux d'appels pour 100 000 habitants varie de moins 22 000 (16 départements) à plus de 34 000 (25 départements). Ces disparités démontrent tout l'avantage que les uns et les autres retireraient d'une mutualisation de leurs moyens : les centres moins sollicités pourraient mieux ajuster l'effectif de leur CTA à leur activité réelle de jour comme de nuit et les plus surchargés pourraient profiter de cette mutualisation pour mieux lisser dans l'année leurs pics d'activité.

Plus généralement, la régionalisation ou le regroupement envisagé des SAMU ne devrait pas bloquer la mutualisation des plateformes « 15/18 ». Il conviendrait, pour les SDIS concernés, de s'organiser « en miroir », par une répartition de plages horaires durant lesquelles un ou plusieurs des CTA traiteraient les appels en tenant compte des capacités en effectif de chacun.

Le président du conseil départemental de Loire-Atlantique et président du CASDIS, M. Philippe Grosvalet, a indiqué que, selon lui, la bonne échelle pour le CTA est le périmètre régional, ajoutant que la gestion

¹ Calcul réalisé sur la base de la moyenne du nombre d'opérateurs présents le jour et la nuit (Cf. Les statistiques des services d'incendie et de secours 2015).

de l'appel est liée à l'efficacité de son traitement et non à la proximité géographique de l'appelant.

La régionalisation du CRRA 15 de l'ancienne région Franche-Comté s'avère préfigurateur puisque, comme l'a indiqué le SDIS du Jura à vos rapporteurs, cette fusion des SAMU a conduit à une collaboration étroite entre les quatre SDIS concernés. L'ensemble fonctionne bien au dire de SAMU de France.

Enfin, comme l'observait le président de l'association nationale des infirmiers sapeurs-pompiers (ANISP), M. Franck Pilorget, la géolocalisation permet de compenser l'éloignement géographique de la plateforme et donc d'écarter la crainte d'une altération de la connaissance du terrain par les opérateurs.

Dans cet esprit, pour la délégation territoriale de l'ARS en Loire-Atlantique, la qualité du système d'information est l'enjeu de la réussite.

Proposition :

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, en prévoyant parallèlement une mutualisation des centres de traitement des appels (CTA) avec un partage de plages horaires adapté à l'effectif en personnel de chaque centre.

b) Pour un meilleur emploi du service de santé et de secours médical (SSSM)

Les SSSM des SDIS sont un gisement de professionnels qu'il convient aujourd'hui de mieux employer. Il ne s'agit pas de concurrencer les SMUR mais d'utiliser cette ressource en complément pour secourir plus promptement les victimes.

Ainsi, pourquoi ne pas élargir le dispositif des médecins correspondants du SAMU aux médecins des SSSM ?

Proposition :

Intégrer tous les médecins sapeurs-pompiers volontaires, quel que soit leur statut de praticien, au dispositif des médecins correspondants du SAMU.

En ce qui concerne les infirmiers, vos rapporteurs se réjouissent de l'avancement de leur dossier de formation. Mme Anne-Marie Armanteras de Sacxé, directrice générale de l'hospitalisation et de l'offre de soin, et M. Benoît Trevisani, sous-directeur des services d'incendie et de secours et des acteurs du secours (DGSCGC) leur ont indiqué que les protocoles infirmiers d'urgence - au nombre de neuf - avaient été validés par l'ensemble des sociétés savantes de médecins - auparavant divisées sur ce point. Ils permettront aux infirmiers des SSSM de prendre en charge les victimes dans les mêmes conditions que leurs homologues urgentistes, sans en référer au préalable au médecin régulateur.

Cette nouvelle compétence, logique, permettra de mieux employer les ressources humaines et de renforcer la cohésion des équipes.

Qu'on en soit là est emblématique des rivalités de structures et de la déperdition de moyens qui en résultent.

B. LA NÉCESSITÉ D'UNE PLUS GRANDE COORDINATION POUR UNE MEILLEURE ALLOCATION DES MOYENS

Vos rapporteurs proposent de réaffirmer l'autorité de l'État, de repenser les documents de planification et de territorialiser les compétences des acteurs.

1. L'exigence d'une autorité nationale unique pour l'application du référentiel commun

Vos rapporteurs n'ignorent pas les efforts déployés pour mieux délimiter les missions de chaque service. On ne compte plus les rapports et les tentatives de clarification des procédures successivement engagées, la dernière, le 5 juin 2015, à la suite de la remise du rapport IGAS-IGA. En liminaire de leur circulaire aux préfets et directeurs généraux des ARS, les ministres de l'intérieur et de la santé rappellent que « *La coordination des interventions, la complémentarité des moyens et, plus généralement, la coopération entre ces acteurs constituent un impératif reposant sur un objectif de qualité du service rendu aux usagers mais recouvre également une exigence d'efficience globale du dispositif* ». Cependant, ces vœux resteront pieux tant qu'une autorité nationale ne les fera pas appliquer et ne fera pas prévaloir l'intérêt général sur celui d'acteurs qui se croient concurrents.

C'est pourquoi vos rapporteurs pensent utile la désignation d'une autorité unique, rattachée aux services du Premier ministre, responsable de l'application du référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente.

Proposition :

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.

Il est aussi désolant, voire inadmissible, que les services de l'État ne parviennent pas à coopérer, chacun préférant, dans son coin, régler ses affaires sans tenir compte de la dimension générale de la mission.

À cet égard, le lancement, par le ministère de la santé, d'un appel d'offres pour la fourniture d'un nouveau logiciel appelé à équiper les SAMU sans consultation de la sécurité civile et sans tenir compte des besoins des CTA, est incompréhensible. Résultat, les SDIS vont être contraints d'acheter les dispositifs permettant d'assurer l'interopérabilité des deux plateformes.

Visiblement, il manque un pilote national dans l'avion de l'État.

2. Une meilleure allocation des moyens hélicoptérés

On s'accorde généralement à réclamer l'établissement d'une doctrine d'emploi claire et rationnelle des moyens hélicoptérés pour le secours à personne, à l'instar de SAMU de France qui appelle à mettre en place un maillage territorial cohérent.

Vos rapporteurs proposent de mutualiser les hélicoptères de la sécurité civile et ceux de la santé en un service unifié placé auprès du Premier ministre mais dont l'emploi serait décidé au niveau de la zone de défense.

Le choix de la centralité apparaît tout d'abord indispensable pour décider des implantations territoriales des différentes flottes : la carte doit être établie à l'aune de l'ensemble des ressources et compte tenu des besoins spécifiques de chaque territoire (caractéristiques géographiques, saisonnalité, ...). Il apparaît à cet égard indispensable de fixer des règles garantissant une couverture optimale du territoire. La mutualisation des aéronefs permettrait aussi de résoudre les problèmes de frontières et les disparités de facturation en résultant selon que sont ou non franchies les limites de la circonscription. La DGSCGC conserverait néanmoins la gestion opérationnelle de ses moyens.

La disparition d'une ressource commune permettrait de mieux répondre aux demandes par le choix de l'appareil disponible le plus pertinent pour l'intervention. Tous n'ont pas en effet les mêmes capacités. Elle permettrait d'optimiser l'emploi de ces appareils sur l'année, de limiter les pertes de temps en négociation entre services.

Ce serait aussi une source d'optimisation des coûts, la location des appareils par les hôpitaux s'avérant coûteuse.

Il va de soi que la mutualisation proposée par vos rapporteurs respecterait la régulation médicale du SAMU qui, pour le secours à personne, déciderait de la demande. Cependant, l'autorité zonale pourrait apprécier la pertinence du choix du moyen hélicoptéré requis au regard des différentes contraintes et des conditions du transport, et décider du meilleur vecteur - aérien ou routier. Dans tous les cas, la demande du SAMU se verrait attribué un moyen de transport, quel qu'il soit.

La procédure actuelle des demandes transitant par le CODIS serait maintenue afin de permettre à la sécurité civile d'arbitrer entre les différents besoins pour pouvoir assumer ses autres missions comme l'hélicoptère des victimes qu'on ne peut pas évacuer autrement.

Proposition :

Mutualiser les hélicoptères des services d'urgence et de sécurité au niveau zonal et établir des règles d'implantation des appareils.

3. Pour une planification efficace et coordonnée

Une meilleure articulation entre les différents services concourant à l'organisation des services d'urgence passe également par une planification efficace et coordonnée.

La réflexion de vos rapporteurs a porté sur le contenu des schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) et de leur articulation avec les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS).

a) Le schéma départemental d'analyse et de couverture des risques : un document stratégique qui ne joue pas son rôle

Moins connu que d'autres schémas ou plans, le SDACR n'en est pas moins utile, à condition d'être bien élaboré et actualisé et de ne pas le limiter à un inventaire de besoins théoriques et de moyens en regard.

Or comme le regrettait notre collègue Dominique de Legge, « ce schéma est devenu dans de nombreux départements totalement obsolète et n'est pas appréhendé comme l'outil d'aide à la décision qu'il est pourtant. »¹ La Cour des comptes fait le même constat : « l'existence d'un schéma à jour ne garantit pas les SDIS contre une mauvaise estimation des besoins, car l'élaboration d'un nouveau SDACR repose rarement sur le bilan d'application du document précédent. Une fois

¹ Rapport d'information n° 33 (2012-2013) de M. Dominique de Legge, « Les investissements de la sécurité civile : intérêt national, enjeux locaux – Gérer les risques au meilleur coût ». Ce rapport est consultable à l'adresse suivante : <http://www.senat.fr/notice-rapport/2012/r12-033-notice.html>

le SDACR arrêté, sa mise en œuvre est rarement évaluée, faute d'indicateurs quantifiés. »¹

Les SDACR n'abordent pas non plus ou peu la question des implications financières du document.

Généralement, ils ne tiennent pas non plus compte des moyens dont disposent les partenaires du SDIS, notamment les collectivités, pourtant mobilisables, en cas de catastrophe, ni même l'État s'agissant des moyens de la sécurité civile susceptibles d'intervenir et des risques spécifiques (nucléaires, bactériologiques, etc.).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cet état de fait.

C'est un exercice bureaucratique qui ne fait pas vraiment l'objet de concertation. Il est présenté finalisé à l'ensemble des parties qui le votent, alors qu'en théorie, son élaboration repose sur un travail partenarial entre le représentant de l'État dans le département, le conseil départemental, le SDIS et son conseil d'administration. En réalité, le préfet se contente de valider les propositions – il n'a pas les moyens de faire autrement – qui lui sont faites par le SDIS, lequel dispose de l'ingénierie nécessaire, et le président du conseil départemental rejette rarement les demandes de son SDIS. Ainsi, le SDACR se transforme en une justification des moyens nécessaires aux services de la sécurité civile pour assumer leurs missions et permettre une couverture des risques satisfaisante sur le territoire départemental. Ce n'est en rien l'outil stratégique qu'il est censé être.

C'est pourquoi vos rapporteurs se félicitent que l'article 96 de la loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République, issu d'une initiative de notre collègue Jacques Mézard, prévoit au moins une révision tous les cinq ans de ces schémas, précédée d'une évaluation des objectifs du précédent schéma.

b) Vers l'élaboration d'un SDACR « dynamique »

Il faudrait pourtant que le SDACR devienne le texte de référence en matière de sécurité civile.

M. Yves Rome, président de la Conférence nationale des services d'incendie et de secours, estime qu'une part de l'origine de l'augmentation des coûts des SDIS est liée aux SDACR. Faute d'un « regard national » efficient sur leur contenu, chaque SDIS détermine les moyens dont il estime avoir besoin pour faire face aux risques préalablement définis. Or il n'existe pas de lien clair entre la survenue d'un risque et les moyens envisagés pour y faire face. Le SDACR prévoit, pour des risques rares, des équipes dédiées, souvent sous-utilisées, source de coût mais également d'une perte

¹ « Les services d'incendie et de secours », Rapport public thématique, Cour des comptes, 2011. Ce rapport est consultable à l'adresse suivante : <http://www.ccomptes.fr/fr/Publications/Publications/Les-services-departementaux-d-incendie-et-de-secours>

d'efficacité. Les moyens destinés à y faire face devraient faire l'objet d'une réflexion supradépartementale ou interdépartementale pour certains risques spécifiques.

Au-delà de la nécessaire révision périodique de ces schémas, vos rapporteurs préconisent de réorienter les objectifs du SDACR pour en faire un document plus dynamique prenant mieux en compte l'augmentation des risques, leurs évolutions ainsi que celles des technologies de secours, les modifications des obligations réglementaires incombant aux différents acteurs de la sécurité civile afin de permettre une adaptation régulière et continue des services d'urgence.

Pour que le SDACR devienne un outil d'aide à la décision, il faut qu'il procède d'une collaboration associant l'ensemble des acteurs de la sécurité civile au terme d'une procédure contradictoire arbitrée par le préfet.

Et pour qu'il devienne également un outil d'aide à la planification des besoins et des moyens d'intervention, il doit nécessairement comporter un volet financier.

Proposition :

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.

Une troisième voie d'évolution des SDACR touche aux périmètres des schémas. Plusieurs personnes rencontrées ont proposé une approche soit régionale, soit interdépartementale, soit zonale. Une voie médiane pourrait consister à distinguer, au sein d'un SDACR, les risques qui relèvent du périmètre départemental de ceux qui relèvent d'un périmètre supradépartemental, avec un volet spécifique pour ces derniers.

c) Mieux articuler SDACR et SROS

Ainsi que vos rapporteurs l'ont regretté précédemment, les préfets et leurs services ne sont pas toujours aussi impliqués qu'ils devraient l'être dans l'élaboration des SDACR, peut-être faute de moyens liée aux restrictions de personnels. Or, comme le note la Cour des comptes, « *en intervenant de manière si limitée, le préfet se prive du rôle de mise en cohérence qui devrait être le sien.* »

En effet, le préfet, en arrêtant le SDACR, devrait veiller à sa compatibilité avec les différents schémas concourant, à des degrés divers, à l'organisation des secours sur le territoire départemental, en particulier le SROS ou le plan ORSEC, sans compter les multiples plans d'intervention relevant de sa compétence. Cette articulation entre les différents documents

est nécessaire car elle permettrait de contribuer au rapprochement des centres de traitement des appels d'urgence du « 15 » et du « 18 ».

Par ailleurs, on peut regretter qu'une grande majorité des SDACR analysés par vos rapporteurs ne prennent pas en compte les moyens de l'État en matière de sécurité civile ainsi que, plus largement, l'ensemble des moyens spécifiques destinés à faire face à certains types de crise (tels que les risques nucléaire, chimique ou bactériologique).

Les communes et les divers intervenants en cas de catastrophe nationale sont importants.

Lors de leurs déplacements, les personnes rencontrées par vos rapporteurs ont affirmé l'importance d'une meilleure articulation entre SDACR et SROS, d'autant plus indispensable que l'activité prédominante des SDIS est désormais le secours à personne : toute réorganisation de l'offre de soins a désormais des répercussions sur l'activité des SDIS. C'est pourquoi, au lieu d'une élaboration des SDACR par les SDIS suivie par une validation préfectorale, vos rapporteurs préconisent une véritable co-production du SDACR afin de mieux articuler l'analyse des risques avec les orientations du SROS, sous la double conduite du président du SDIS et du préfet.

Une telle co-production doit s'accompagner d'échanges d'informations réguliers entre les différents acteurs afin d'assurer la meilleure cohérence entre les deux schémas, ce qui nécessite une **information mutuelle des services** des SDIS et préfectoraux par les outils jugés, par les agents de terrain, les plus pertinents.

Proposition :

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).

Proposition :

Prévoir un échange régulier de données entre les différents acteurs de la sécurité civile, en particulier entre les SDIS et les préfets de département.

Si, dans certains départements, on peut constater une réflexion commune entre les deux principaux acteurs de la sécurité civile, l'échange régulier de données mérite d'être généralisé.

Une meilleure articulation des SDACR et des SROS pose la question du périmètre d'élaboration des SDACR par rapport à celui des SROS. Outre cette question, les objectifs de ces schémas doivent être repensés : le SDACR vise à définir les moyens à mettre en œuvre face à un risque tandis que le SROS prévoit les objectifs à atteindre.

4. Pour une territorialisation des responsabilités

Le pragmatisme commande de tirer les conséquences des dérives du système. La part prédominante du secours dans les interventions des sapeurs-pompiers conduit vos rapporteurs à proposer de sectoriser leur activité.

La répartition des tâches entre les « blancs » et les « rouges » doit être fondée sur la disponibilité de leurs moyens humains et matériels respectifs.

Comme l'a souligné le SDIS du Lot, la plupart des hôpitaux n'ont pas de moyens de transport des victimes, hors les zones urbaines. Dans ce cas, il serait logique de confier la mission de transport d'urgence aux SDIS, forts de leur maillage territorial.

Vos rapporteurs privilégient une approche géographique. Le maillage territorial des casernes, dense dans les territoires ruraux, permet aux « rouges » de réagir promptement aux demandes de secours. Partout présents, il n'apparaît pas déraisonnable de leur confier le transport d'urgence dans les zones faiblement peuplées. Leur proximité leur permet d'assister très rapidement la victime.

C'est pourquoi il est proposé de sectoriser la compétence des services de secours : les sapeurs-pompiers seraient engagés en premier rang dans les territoires ruraux, délimités selon leur éloignement d'une antenne SMUR et la prise en compte des bassins de population. Les SMUR, moins nombreux, interviendraient d'abord dans les agglomérations et, évidemment, partout en cas de besoin. Dans les zones éloignées des hôpitaux capables de traiter les cas graves, les transports hélicoptérés interviendraient ou, éventuellement, il serait recouru à une intervention conjointe des pompiers et du SMUR, chacun faisant une part du chemin.

Proposition :

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.

EXAMEN EN COMMISSION

MERCREDI 12 OCTOBRE 2016

M. Pierre-Yves Collombat, co-rapporteur. - Notre mission avait initialement pour objet d'examiner l'avenir des SDIS dans l'hypothèse d'une suppression des départements alors envisagée. Les départements n'ayant pas disparu, nous l'avons recentrée sur la place des SDIS dans le secours à personne, mission à laquelle collaborent de nombreux acteurs et dont le financement n'est pas parfaitement assuré. L'assurance de recevoir les soins que leur état requiert en cas d'accident est l'une des principales préoccupations de nos concitoyens. C'est particulièrement vrai dans les zones rurales, désertées par des praticiens libéraux déchargés depuis 2001 de toute obligation en matière de gardes, et dans lesquelles hôpitaux et maternités de proximité ferment les uns après les autres au profit de grands hôpitaux plus performants certes, mais à condition d'y arriver à temps...

Le défi est donc simple : assurer une présence médicale minimale permettant le traitement sur place des cas simples, et disposer d'un service de transports médicalisés permettant l'évacuation rapide des cas les plus sérieux vers les plateaux techniques où ils seront pris en charge.

Jusqu'à présent, malgré les problèmes et les dysfonctionnements sur lesquels Catherine Troendlé reviendra et qui justifieraient à eux seuls une réforme en profondeur du secours à personne, le système remplit sa mission. La question est de savoir pendant combien de temps encore il pourra résister à une double évolution : d'une part, les sollicitations de plus en plus nombreuses des SDIS, du fait de la concentration de l'offre de soins dans les secteurs les plus urbanisés, du transfert sur ces services de missions jusqu'alors assumées par d'autres et de leur moindre coût pour les bénéficiaires ; d'autre part, l'impossibilité pour les financeurs des SDIS - les départements et le bloc communal - de continuer à assumer l'essentiel du coût de cette inflation de la demande. Nous nous sommes en conséquence attachés à comprendre comment nous étions arrivés à cette situation, et à formuler des réponses pour y faire face.

En matière de secours à personne, sur le « papier réglementaire » en tout cas, tout est clair : les SDIS, financés par les collectivités locales mais sous tutelle du ministère de l'intérieur, sont sollicités lorsque la dimension médicale de l'intervention est faible ; les services d'aide médicale urgente (SAMU), relevant du ministère de la santé, appuyés par les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) et les ambulanciers privés, interviennent lorsque la dimension médicale domine. Les SDIS

n'interviennent donc hors de leurs attributions qu'en cas de carence des moyens des SAMU, à leur demande ou avec leur accord.

Preuve que cette répartition n'était pas aussi pertinente qu'il y paraissait : les conflits de territoires n'ont pas manqué, empoisonnant les relations entre services en cas de crise d'égotisme des responsables locaux, que l'on s'est contenté de régler par l'adoption de chartes de bonnes conduites ou référentiels communs. En même temps, et paradoxalement, les missions relevant des SAMU exécutées par les SDIS prenaient de plus en plus d'importance. De supplétifs, les SDIS sont devenus indispensables dans le domaine du secours à personne, tout particulièrement dans les territoires ruraux.

Ainsi, s'est construit progressivement et pragmatiquement un système de secours à personne qui, pour répondre aux besoins, s'est affranchi du plan initial de ses architectes. Les raisons en sont multiples : certaines sont bonnes, d'autres mauvaises. Parmi les bonnes figurent l'image très positive des pompiers dans la population, leur proximité et leur présence sur l'ensemble du territoire, même là où le service public de santé s'est fait particulièrement discret, les SDIS réalisant le travail délaissé par d'autres car n'ayant pas les moyens de faire autrement... Parmi les mauvaises raisons, citons, d'une part, l'aisance budgétaire des SDIS, aux frais des collectivités locales, situation appréciée par un ministère de la santé vertueux et, en réalité, pas fâché de voir sa charge réduite d'autant ; d'autre part, la nécessité de justifier, par un supplément de charges de travail, la montée en puissance des moyens et des effectifs des SDIS.

Les évolutions du mode d'occupation et d'équipement sanitaire du territoire et le bon usage des deniers publics ne permettent plus de maintenir le *statu quo*, sous peine de décevoir les attentes – légitimes – de nos concitoyens. Une réorganisation de notre dispositif de secours à personne est indispensable. Elle passe par quatre principes : coordination et généralisation des plateformes communes, sectorisation des intervenants de premier rang en fonction des moyens disponibles et des territoires, mutualisation de l'usage des hélicoptères, mutualisation et mise en cohérence des moyens. Mais nous ne nous berçons pas d'illusions : nos conclusions ont peu de chances de trouver un écho favorable chez des responsables qui estiment que tout fonctionne très bien... Cela n'empêche toutefois pas de faire des propositions !

Mme Catherine Troendlé, co-rapporteur. – Lorsque nous avons débuté cette mission, Pierre-Yves Collombat et moi-même avons conclu un pacte : prendre beaucoup de recul et ne rien laisser au hasard ; approfondir toute question qu'il nous semblerait utile de clarifier, sans préjugé ni complexe. C'est ainsi que nous avons, au gré de nos auditions et de nos déplacements et par la synthèse des questionnaires que nous avons adressés à tous les SDIS de France, mis en évidence un véritable décalage entre ce qui devrait être et ce en quoi consiste réellement le secours à personne. Aller au

bout de cette démarche a été très valorisant pour moi, qui présente chaque année un rapport pour avis sur le budget de la sécurité civile et qui n'avais à ce jour pas trouvé le temps nécessaire pour mettre en lumière ces difficultés.

Premier axe de réflexion : les carences ambulancières. Les SDIS sont amenés à intervenir, à la demande des SAMU, en cas d'indisponibilité d'une ambulance privée. Ces carences ambulancières sont réparties de façon très variable sur le territoire : si elles constituent en moyenne 7 % des interventions des SDIS, le taux est de 0,5 % dans l'Indre, 25 % dans l'Oise et 53,33 % à Mayotte. Cette part s'explique tout d'abord par le sous-dimensionnement des permanences de soins ambulatoires, le désengagement des médecins libéraux ou la disparition totale de la permanence dans tel département ; ensuite, par l'indisponibilité des transporteurs privés en raison de l'organisation de la profession, de la taille des entreprises ou de la répartition géographique des ambulances, moins nombreuses, voire absentes, dans certains territoires ruraux.

Le remboursement aux SDIS de leurs frais d'intervention pour carence du transport sanitaire s'effectue sur la base d'un forfait fixé à 118 euros en 2015. Plusieurs SDIS, dont le nombre de carences a presque triplé en quatre ans, entre 2010 et 2014, estiment que le montant de l'indemnisation pour carence ne couvre pas les charges réellement supportées. Certains évoquent même le « *scandale de l'insuffisance du remboursement au titre des carences ambulancières* », et avancent que le coût d'une intervention s'élève parfois jusqu'à 500 euros. Le remboursement pour frais d'intervention en cas de carence ambulancière représente la seule contribution des organes de santé au fonctionnement des SDIS, alors même que l'aide médicale d'urgence est une mission du ministère de la santé.

Deuxième axe de réflexion : la part croissante du secours à personne dans l'activité des SDIS. Les SDIS sont chargés de la prévention, de la protection et de la lutte contre les incendies, qui constitue leur cœur de métier, et dont ils ont l'exclusivité. À titre supplétif seulement, en collaboration avec les autres services et professionnels concernés, ils concourent aux secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi qu'à leur évacuation. Pourtant, cette dernière mission représente aujourd'hui 69 % de leurs interventions, la lutte contre les incendies seulement 8,5 %. Entre 2004 et 2014, alors que le nombre des interventions des SDIS a crû de 20 %, leurs interventions au titre du secours à personne ont augmenté de plus de 55 %. Cette tendance de fond cache des disparités selon les départements : cette part représente 55,5 % dans la Sarthe, 87,2 % dans le Lot.

Outre la popularité des pompiers auprès de nos concitoyens, cette part croissante s'explique par l'évolution de la carte médicale et par la diminution des permanences médicales de proximité, en particulier dans les territoires ruraux. Pour certains SDIS, la multiplication des interventions ne présentant pas d'urgence est liée à la désertification médicale. Pour nos

concitoyens, elle est compensée par le maillage territorial des casernes de sapeurs-pompiers. Aussi les SDIS sont-ils sollicités pour des interventions de « bobologie » qui ne relèvent pas de leurs compétences...

Troisième axe de réflexion : les compétences respectives du SAMU, du SMUR et du SDIS dans l'aide médicale urgente. Le service public de l'aide médicale urgente n'est pas clairement organisé, et les moyens qui y sont consacrés ne sont pas rationnellement utilisés. Les missions du SAMU reposent sur une logique de régulation : le médecin régulateur du SAMU détermine et déclenche la réponse médicale qu'il estime la plus adaptée à l'état du patient, en l'orientant au besoin vers l'unité d'hospitalisation la plus appropriée. Les SMUR sont chargés, par le SAMU, des patients dont l'état requiert une prise en charge médicale et de réanimation urgente ainsi que des transferts inter-hospitaliers. Les transporteurs sanitaires privés apportent un concours à l'aide médicale urgente : l'agrément dont ils bénéficient leur ouvre droit à titre principal à la participation à ce service public et, à titre subsidiaire, aux missions de transport sanitaire sur prescription.

Aux côtés des SAMU, des SMUR et des transporteurs privés, les SDIS sont très actifs en matière d'aide médicale urgente. Leur intervention repose sur le principe du « départ réflexe » qui leur permet d'engager des moyens avant régulation médicale par le SAMU lorsque le délai de la réponse à l'appel est de nature à induire une perte de chance de survie pour la personne en détresse. Ainsi, les missions exercées au titre du secours à personne pour les SDIS en font un acteur incontournable de l'aide médicale urgente, ce qui renforce la nécessité d'une meilleure coordination entre les intervenants. Mais le risque du départ réflexe est, comme le souligne la Cour des comptes, de « *générer des doublons injustifiés dans les interventions* », car rien n'empêche les SDIS d'intervenir dans les cas où leur présence n'est pas utile, ce qui peut aussi expliquer la part croissante du secours à personne dans leur activité. Une solution réside dans une régulation commune SAMU-SDIS : c'est le quatrième axe de nos réflexions.

Pour répondre aux appels d'urgence, toute personne peut composer le « 15 » pour le SAMU, le « 18 » pour le SDIS, et le « 112 » qui est le numéro d'appel européen unique. Si le « 15 » est dédié au traitement des appels d'urgence médicale, un grand nombre d'entre eux transitent par le « 18 » qui doit en conséquence les transférer au centre de régulation des appels du « 15 », celui-ci faisant de même à l'attention du « 18 ». La mutualisation de deux plateformes - « 15 » et « 18 » - en relation quotidienne permettrait de réaliser des gains d'efficacité importants. Si 19 SDIS ont mis en place un centre commun avec le SAMU, le « chacun chez soi » prédomine encore largement. D'abord en raison de l'éloignement physique du SAMU de l'hôpital : la dissociation de la communauté hospitalière entraînerait une perte de lien pour le personnel médical et conduit à un déficit de renforts par les médecins du SMUR. Cet inconvénient peut être réglé par l'implantation

de la plateforme commune dans l'enceinte du centre hospitalier universitaire (CHU).

Autre raison invoquée : les différents régimes de rémunération des opérateurs du « 15 » et du « 18 », qui relèvent respectivement de la fonction publique hospitalière et de la fonction publique territoriale. L'obstacle majeur au regroupement résiderait surtout, selon certains, dans la spécificité des deux métiers et le fait qu'en matière de secours à personne, c'est l'expertise du médecin qui s'impose. Argument étonnant dans la mesure où la création de plateformes communes et l'élaboration de référentiels communs vise à séparer la masse des appels qui ne nécessitent pas d'expertise médicale de ceux qui la requièrent tout en permettant le traitement rapide des cas douteux puisque les régulateurs médicaux sont là.

M. Pierre-Yves Collombat, co-rapporteur. – Nous avons formulé dix propositions. Je présenterai les cinq premières qui nous paraissent fondamentales.

Notre première proposition vise à programmer la mutualisation physique des plateformes d'appel « 15/18 » dans l'ensemble des départements, en y intégrant les permanences ambulancières, et à prescrire à court terme l'obligation d'interconnecter les deux centres.

Deuxième proposition : sectoriser les compétences des différents services intervenant dans le secours à personne : les sapeurs-pompiers seraient compétents dans des territoires ruraux précisément délimités selon leur éloignement d'une antenne SMUR, ces derniers le seraient dans les agglomérations et partout en cas d'urgences graves.

Notre troisième proposition tend à mutualiser les hélicoptères des services d'urgence au niveau zonal et à établir des règles d'implantation des appareils.

Quatrièmement, 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 car, sauf dans les colloques, les services ne coopèrent guère.

Cinquième proposition : généraliser et organiser la sectorisation territoriale pour la permanence des soins ambulatoires, avec un système d'astreintes comme porte d'entrée des secours.

Mme Catherine Troendlé, co-rapporteur. – Toutes ces propositions que je qualifierai de « décomplexées » ont été construites sur la base des réponses au questionnaire que nous avons soumis à tous les SDIS de France, des auditions et des déplacements que nous avons effectués. Elles ne sont donc pas théoriques, mais bien empiriques.

M. Philippe Bas, président. – Ce rapport est au confluent de plusieurs problèmes. D'abord, il pose la question de la santé en milieu rural, alors que l'offre de soins se concentre sur des plateaux techniques

performants pilotés par des équipes expérimentées, mais plus éloignés des territoires ; or cela ne peut fonctionner qu'avec des services d'urgence efficaces. Le dispositif actuel a été construit de manière très empirique, en s'écartant des principes proclamés, puisque les SDIS participent désormais massivement aux missions qui relèvent en principe du ministère de la santé. Pour l'instant, il tient la route, mais rien ne garantit sa pérennité. Or la santé est le premier sujet de préoccupation des Français avant même l'emploi. Il n'est pas dit que les SDIS pourront supporter longtemps leur saturation.

Ce rapport soulève ainsi un deuxième problème, que notre commission connaît bien : celui du transfert de charges insidieux et sournois qui résulte de la prise en charge par les services départementaux de missions qui incombent à l'État, alors même que leur situation financière se dégrade... Est-ce durable ? La réponse ne peut être que négative.

M. Alain Vasselle. – Je veux d'abord féliciter les deux rapporteurs pour la pertinence de leur analyse et de leurs propositions. Je ne suis toutefois pas convaincu que nous arriverons à régler ce problème, qui se pose depuis au moins trente-cinq ans. Nous en parlions déjà régulièrement lorsque je suis entré au Sénat, en 1992, mais aucune solution n'a jamais pu aboutir... Vous avez concentré votre propos sur l'aspect opérationnel du problème, en passant sous silence son volet financier. Qui paye quoi ? Voilà la vraie question, à laquelle le président Bas a fourni une piste de réponse. Vous avez cité deux chiffres, 118 euros et 500 euros, mais quel est le véritable coût de revient d'une intervention du SAMU d'une part, du SMUR de l'autre ? Je rêve de l'époque où, maire d'une petite commune, je ne payais que 1 300 francs au titre de la contribution communale au budget du SDIS... qui sont devenus 5 000 euros en raison de la professionnalisation des sapeurs-pompiers. L'engagement des sapeurs-pompiers volontaires est victime d'une véritable crise des vocations, en raison des normes de plus en plus fortes qui leur sont imposées.

La réglementation est de plus en plus exigeante. Même s'ils suivent des formations, les jeunes s'investissent de moins en moins dans le corps des sapeurs-pompiers volontaires.

Enfin, c'est enfoncer une porte ouverte que de pointer le problème de la carte médicale. Dans l'Oise, les sapeurs-pompiers interviennent dans 25 % des cas, lorsqu'il s'agit du secours à personne. L'ex-Picardie souffre d'une désertification du service de médecine de proximité. On peine à créer et à développer les maisons médicales. La mutualisation peut être une solution ; pourquoi ne pas mettre en place un guichet unique d'appel ? Cela pose le problème de l'expertise médicale. Doit-on considérer que le médecin pompier a les mêmes capacités d'appréciation et les mêmes compétences que le médecin urgentiste d'un CHU ? Telle est la question. Il faudra établir clairement qui paie quoi, entre les départements et les assurances, notamment.

M. Michel Mercier. – Je remercie les deux rapporteurs pour leur travail intéressant et d'autant plus difficile que les situations varient d'un département à l'autre. Monsieur Vasselle, votre analyse se justifie certainement dans votre village. Pour avoir présidé le SDIS du Rhône pendant plus de vingt ans, je ne me situe pas tout à fait sur la même ligne. Une solution efficace pour faire travailler ensemble les « blancs » et les « rouges », les médecins et les pompiers, consiste à leur proposer de travailler un jour sur deux en blanc, payés par la structure hospitalière, et l'autre jour en rouge, avec un salaire de sapeur-pompier volontaire, non imposable...

La proposition n° 7 des rapporteurs est particulièrement pertinente, qui ouvre la faculté pour les SDIS d'armer un véhicule de secours et d'assistance aux victimes avec un équipage de deux sapeurs-pompiers. Monsieur Collombat, vous avez dû vous faire violence, car on ne peut pas tout à la fois défendre les syndicats et l'économie !

M. Pierre-Yves Collombat, co-rapporteur. – Cette proposition ne me pose pas de problème.

M. Michel Mercier. – Les syndicats de sapeurs-pompiers sont favorables à un équipage de quatre sapeurs-pompiers. Cette proposition contribuera à diminuer le nombre des sapeurs-pompiers professionnels présents sur le lieu d'intervention, en ville comme à la campagne. La sectorisation que vous proposez – sapeurs-pompiers en milieu rural, SMUR en ville – n'est pas tenable. Quoi que l'on fasse, les pompiers arriveront toujours les premiers sur les lieux de l'accident. Et si vous choisissez de leur interdire les interventions en ville, vous n'aurez pas moins de six mois de grève.

Dans mon territoire, la départementalisation a eu pour effet d'augmenter le contingent des sapeurs-pompiers volontaires, avec plus de mille jeunes sapeurs-pompiers qui rejoignent les rangs chaque année, dont beaucoup d'étudiants, en ville, qui trouvent ainsi un moyen de financer leurs études. Votre proposition n° 7 est essentielle. Elle devrait conduire à maîtriser une part importante des dépenses car, dans 80 % des cas, les pompiers interviennent pour des missions de secours à personne.

M. Alain Marc. – Je remercie les rapporteurs. Les sapeurs-pompiers volontaires sont nombreux en milieu rural. On en compte plus de 1 000 dans l'Aveyron, contre 100 sapeurs-pompiers professionnels. On pourrait comparer les rapports entre les pompiers et le SAMU à ceux qu'entretiennent la police et la gendarmerie. La situation ne va pas de soi, malgré les principes affichés. Avez-vous eu accès à des enquêtes attestant que certaines victimes auraient été mises en danger par des problèmes de régulation entre les deux corps ?

En ce qui concerne les hélicoptères, on sait qu'ils ne peuvent pas fonctionner la nuit, ni en cas de tempête. Il me paraît également difficile

d'équiper les hélicoptères de la gendarmerie à des fins d'intervention médicale.

Le secours à personne doit être envisagé de manière globale. Il existe des maisons de santé et des permanences de soins. Cependant, en milieu rural, le maillage est extrêmement lâche, notamment les week-ends. Il faudra que nous légiférions un jour sur ce point. Les médecins français sont formés gratuitement, aux frais de l'État, pendant neuf à onze ans. Ce n'est pas le cas aux États-Unis ou en Grande-Bretagne. Ils sont redevables à la Nation. Il serait légitime qu'ils soient d'astreinte obligatoire certains jours de l'année, notamment les week-ends en milieu rural.

M. René Vandierendonck. – Je félicite le binôme décomplexé que forment nos rapporteurs. Leur travail ne manque pas d'intérêt. Comparer les performances économiques et le fonctionnement du service public d'un territoire à l'autre a son utilité. Un autre binôme formé par nos collègues Éric Doligé et Marie-Françoise Pérol-Dumont travaille, sous l'égide de la délégation sénatoriale aux collectivités territoriales et à la décentralisation, sur l'efficacité de l'État déconcentré. Je suis assez surpris par l'étanchéité quasi-absolue qui caractérise le fonctionnement de l'administration des agences régionales de santé (ARS) avec les autres services de l'État. Beaucoup de préfets se plaignent de ne pas pouvoir travailler avec l'agence. Tout cela manque de transversalité.

M. Jacques Bigot. – Je formule le vœu que les propositions concrètes des rapporteurs trouvent leur aboutissement. Le schéma départemental d'analyse et de couverture des risques (SDACR) est élaboré par le préfet ; le statut des sapeurs-pompiers professionnels et celui des volontaires sont fixés à l'échelle nationale, non pas par un ministre dédié, mais par des sapeurs-pompiers œuvrant au sein du ministère de l'intérieur. Aux départements d'assurer ensuite le financement, en fonction des ordres donnés. Cela pose une difficulté que nous devons dénoncer encore et encore.

Lorsque le SDIS a été créé dans mon département, un très grand nombre de volontaires se sont déclarés dans les communes hors Strasbourg, et très peu de professionnels. Les candidatures se sont ensuite tariées. Les pompiers volontaires ont été encouragés à suivre des formations de plus en plus longues, acquérant ainsi des compétences identiques à celles des professionnels sans en avoir forcément l'usage, ce qui n'a pas manqué de susciter un certain découragement. Mieux vaudrait déterminer précisément les missions qui reviendront aux pompiers volontaires, si l'on veut susciter les vocations. Pour l'instant, les jeunes pompiers volontaires n'aspirent qu'à passer le concours pour devenir professionnels. Ce n'est pas idéal.

M. Pierre-Yves Collombat, co-rapporteur. – Nous avons voulu mettre les pieds dans le plat. Faire la liste de toutes les réformes à mener n'aurait servi à rien, car nous savons tous que, tant que certains blocages subsisteront, elles ne seront pas appliquées. Il est essentiel de valoriser un

système centré sur la coordination, plutôt que chacun reste sur son pré carré. Les plateformes communes d'appel seront des gares de triage d'autant plus efficaces pour se répartir les tâches, qu'elles ne relèveront ni des services de santé, ni des sapeurs-pompiers. Dès que cette ventilation commune fonctionnera, on pourra parler d'argent et aborder la question du financement du service. En effet, on ne peut pas se contenter de diviser la somme des dépenses par le nombre d'heures d'intervention, sans tenir compte du coût marginal, car les pompiers mobilisés sont toujours plus nombreux que ceux qui interviennent.

Dans la flotte des hélicoptères, il y a ceux qui sont affrétés et payés par le ministère de la santé et ceux qui sont financés par la sécurité civile. La mutualisation fonctionne déjà au niveau local, en zone maritime, par exemple. Dans l'ensemble, la situation s'est rigidifiée et chacun campe sur ses positions, tant pour ce qui est des problèmes syndicaux, que pour les luttes de corporatisme ou pour les difficultés d'argent.

Loin de nous l'idée de confier le rural aux pompiers et le reste aux autres. En zone rurale, on recense davantage de centres de secours. Nos propositions consistent à favoriser les discussions entre les acteurs, à étendre la compétence des pompiers au domaine médical, et inversement celle des SMUR. Lors des auditions, M. Patrice Pelloux nous a indiqué que, dans certains cas, mieux valait l'intervention de pompiers musclés, capables d'agir dans la « pétarade », plutôt que celle d'un médecin qui n'aurait pas les moyens de parvenir jusqu'à la victime.

Quant à l'ARS, son fonctionnement n'est pas optimal, mais certaines agences ont commencé à évoluer dans certains endroits et la situation s'améliore. Quoi qu'il en soit, je ne suis pas persuadé que la socialisation des coûts et la privatisation des recettes constituent un mode de fonctionnement qui durera à perpétuité.

Mme Catherine Troendlé, co-rapporteur. – Malgré toutes les réticences, la plateforme commune de traitement des appels de Haute-Savoie est totalement aboutie et fonctionne parfaitement bien, avec une coopération entre les « blancs », les « rouges », le SAMU social et les ambulanciers. Pourquoi cela serait-il possible dans certains départements et pas dans d'autres ?

À la suite de la signature d'une charte de 25 mesures au Congrès des sapeurs-pompiers de France, en 2013, on a constaté un gel de la chute du nombre des sapeurs-pompiers volontaires, grâce à une formation allégée et plus spécialisée. Il y a également eu un regain d'engouement pour former les volontaires, avec la création de sections dédiées dans le système scolaire, et la possibilité donnée aux entreprises de signer des conventions avec les SDIS. L'hémorragie est désormais contenue. Dans ma petite commune de 800 habitants, certains sapeurs-pompiers volontaires assurent des gardes pour valoriser leur formation.

Pour les transports sanitaires, les sapeurs-pompiers sortent à quatre, alors que les ambulanciers se déplacent à deux. L'expérimentation d'une sortie de VSAV à deux à laquelle s'est livrée la brigade des sapeurs-pompiers de Paris s'est révélée peu concluante dans la mesure où les sapeurs-pompiers de Paris ont un statut militaire qui les oblige à être opérationnels à tout moment. Cependant, en raison du statut des sapeurs-pompiers professionnels qui relèvent de la fonction publique territoriale et du régime de leur temps de travail, cet exercice peut être transposé aux SDIS, ce qui leur garantirait une meilleure efficacité.

Il n'est pas envisageable que les sapeurs-pompiers n'interviennent qu'en ville. Cependant, il faut prioriser leurs interventions, en zone de désertification médicale et surtout en « nuit profonde ».

À Tours, la délégation de l'ARS a été très offensive, en dédiant une enveloppe financière sur le budget de l'agence à l'indemnisation des médecins libéraux qui assureraient des gardes.

M. René Vandierendonck. – C'est beau comme un conte de fée...

Mme Catherine Troendlé, co-rapporteur. – Cela fonctionne. Quand l'ARS veut être offensive....

M. Philippe Bas, président. – Nous vous remercions.

La commission autorise la publication du rapport.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises (DGSCGC)

M. Laurent Prévost, préfet, directeur général

M. Jean Benet, adjoint au directeur général, directeur de la direction des sapeurs-pompiers

M. Benoît Trevisani, sous-directeur des services d'incendie et de secours et des acteurs du secours

M. Jean-Philippe Vennin, sous-directeur des ressources, des compétences et de la doctrine d'emploi

Direction générale de l'offre de soins (Ministère de la santé)

Mme Anne-Marie Armanteras de Sacxcé, directrice générale

M. Samuel Prtmart, sous-directeur de la régulation de l'offre de soins

Association du corps préfectoral et des hauts fonctionnaires du ministère de l'intérieur

M. Jehan-Eric Winckler, sous-préfet de Chalon-sur-Saône, membre du Conseil d'administration de l'association

Conférence nationale des services d'incendie et de secours (CNCIS)

M. Yves Rome, président

Assemblée des départements de France (ADF)

M. Claudy Lebreton, président

M. Florent-Yann Lardic, directeur de cabinet

M. Benjamin Eloire, conseiller

Mme Marylène Jouvien, chargée des relations avec le Parlement

Cour des comptes

M. Géraud Guibert, magistrat

M. Jean-Louis Heuga, président de la chambre régionale des comptes de Bretagne

M. Christian Martin, conseiller maître

SAMU de France

Docteur François Braun, président

Professeur Pierre Carli, vice-président, médecin chef du Samu de Paris, président du Conseil national de l'urgence hospitalière

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP)

Mme Catherine Rea, médecin gériatre et conseiller médical à la FEHAP

Fédération hospitalière de France

Dr. François Lagarrigue, CHRU de Tours

Mme Marie-Claire Mariotat, CHRU de Tours

Fédération de l'hospitalisation privée

M. Thierry Béchu, délégué général de la FHP-MCO

Chambre nationale des services d'ambulances (CNSA)

M. François Bonnet, secrétaire national

M. Serge Nossovitch, délégué général

Fédération nationale des artisans ambulanciers (FNAA)

M. Serge Beaujean, secrétaire général adjoint, membre du groupe de travail concernant l'urgence

AMUF

Dr Patrick Pelloux, président

Fédération nationale des ambulanciers privés (FNAP)

M. Bernard Pelletier, président

Confédération générale du travail (CGT)

M. Sébastien Delavoux, secrétaire général pour le collectif CGT des SDIS

Association Nationale des Infirmiers Sapeurs-Pompiers (ANISP)

M. Franck Pilorget, président

Association Nationale des Médecins chefs et Médecins d'Encadrement de SDIS (ANAMNESIS)

Dr Jean-Louis Salel, président

Dr Michel Weber, secrétaire

Fédération nationale des sapeurs-pompiers

Colonel Éric Faure, président

M. Guillaume Bellanger, directeur de cabinet

LISTE DES DÉPLACEMENTS

Déplacement à Tours

(lundi 14 septembre 2015)

- Visite de la plate-forme du CETRA (centre de traitement et de régulation de l'alerte) au centre hospitalier régional universitaire Trousseau)
- Rencontre sur les points forts et les difficultés du dispositif avec **Mme Marie-Noëlle Gerain-Breuzard**, directrice du CHRU, **M. Marc Reverchon**, directeur départemental des services d'incendie et de secours, **M. Thierry Gautier**, directeur du SAMU et **M. François Breton**, représentant des ambulanciers privés
- Différents entretiens avec **M. Louis Le Franc**, préfet d'Indre-et-Loire, et **M. Loïc Grosse**, directeur du cabinet du préfet
- Entretien avec **Mme Myriam Sally-Scanzi**, déléguée territoriale de l'agence régionale de santé (ARS) d'Indre-et-Loire, **Mme Monique Titton**, référente régionale médecine d'urgence de l'ARS du Centre et **M. Alexandre Chas**, président du conseil d'administration du SDIS
- Rencontre sur le financement du SDIS et l'organisation des secours avec **Mme Nathalie Touret**, administrateur du conseil d'administration au titre du collège des conseillers départementaux, conseiller départemental du canton de Ballan-Mire, **M. Thomas Gelfi**, administrateur du conseil d'administration au titre du collège des conseillers départementaux, conseiller départemental du canton de Tours 04, **M. Antoine Trystram**, administrateur du conseil d'administration au titre du collège des conseillers des maires, maire de Semblancay, et **Mme Isabelle Pain**, administrateur du conseil d'administration au titre du collège des maires, maire de Panzoult.

Déplacement à Nantes

(lundi 26 octobre 2015)

- Entretien avec **M. Rodolphe Amailland**, maire de Vertou, membre du conseil d'administration du SDIS
- Visite du centre 15 et entretien avec le **Dr Antoine André**, praticien hospitalier, urgentiste du SAMU, CHU de Nantes, et le **Dr Emmanuel Bernigaud**, praticien hospitalier, CHU Nantes.
- Entretien avec **M. Henri-Michel Comet**, préfet de la Loire-Atlantique et **M. Laurent Buchaillat**, directeur de cabinet

- Entretien avec des membres de l'ARS des Pays de la Loire : **Dr Christophe Duvaux**, directeur général adjoint, chargé de la direction de la prévention et de la protection de la santé, **M. Pascal Duperray**, directeur de l'accompagnement et des soins, et **Mme Marie-Hélène Neyrolles**, déléguée territoriale de Loire-Atlantique
- Entretien avec **M. Gilles Nicolas**, adjoint au maire de Nantes, premier vice-président du conseil d'administration du SDIS
- Entretien avec **M. Philippe Grosvalet**, président du conseil départemental de la Loire-Atlantique, président du conseil d'administration du SDIS
- Visite du centre opérationnel départemental d'incendie et de secours et entretien avec le **Colonel Laurent Ferlay**, directeur du SDIS de Loire-Atlantique.

Déplacement à Annecy

(vendredi 13 novembre 2015)

- Entretien avec **M. Christian Monteil**, président du conseil départemental, président du conseil d'administration du SDIS
- Entretien avec le **Colonel Jean-Marc Chaboud**, directeur départemental du SDIS de Haute-Savoie
- Entretien avec le **Dr Didier Mathis** de l'ARS
- Entretien avec le **Dr Dominique Savary**, directeur du SAMU
- Entretien avec **M. Georges-François Leclerc**, préfet de la Haute-Savoie
- Entretien avec **M. Christian Heison**, deuxième vice-président du conseil d'administration du SDIS de Haute-Savoie, conseiller départemental du canton de Rumilly
- Entretien avec **Mme Agnès Gay**, conseillère départementale du canton de Bonneville et maire-adjoint
- Entretien avec **M. Lionel Pech**, président de l'association départementale de transports sanitaires d'urgence et **M. Côme Berthiaume**, conseil en transport sanitaire terrestre
- Entretien avec le **Médecin-colonel Olivier Baptiste**, médecin-chef du SDIS
- Visite de la plateforme de réception des appels d'urgence 15/18/112 avec le **Colonel Michel Anthoine** et le **Dr Thierry Roupioz**, responsable du SAMU.

Déplacement à Angers

(lundi 14 mars 2016)

- Entretien avec **Mme Marie-Pierre Martin**, conseillère départementale du canton de Beaufort-en-Anjou, adjointe au maire de Beaufort en Vallée, première vice-présidente du conseil d'administration du SDIS et **M. Nooruddine Muhammad**, conseiller départemental du canton de Tiercé, membre du conseil d'administration du SDIS
- Entretien avec **M. Patrice Brault**, conseiller départemental (Cholet), premier vice-président du conseil d'administration du SDIS et **M. Pierre Vernot**, conseiller communautaire d'Angers Loire Métropole, maire de Saint-Lambert-la-Potherie, deuxième vice-président du conseil d'administration du SDIS
- Entretien avec le **Colonel Fadin**, directeur adjoint du SDIS
- Entretien avec **Mme le préfet Béatrice Abollivier**, **M. Christian Gillet**, président du conseil départemental, le **Colonel Fadin**, directeur adjoint du SDIS, **M. Pascal Gauci**, secrétaire général de la Préfecture, et **Mme Sandra Guthleben**, directrice de cabinet du Préfet
- Entretien avec des membres de l'ARS des Pays de la Loire : **Mme Évelyne Rivet**, responsable département accès aux soins de proximité, **M. Jacques Bacher**, médecin du département accès aux soins de proximité, **M. François Beauchamps**, responsable départemental des politiques des territoires
- Entretien avec **M. François Templier**, directeur du SAMU
- Entretien avec des transporteurs sanitaires privés, membres du CNSA : **M. Vincent Juteau** (*Ambulances Choletaises*), **M. Hervé Raimbault** (*Ambulances des Mayes*)
- Entretien **M. Christian Gillet**, président du conseil départemental.

Déplacement à Marseille

(lundi 27 juin 2016)

- Entretien avec le **Lieutenant-colonel Jean-Jacques Bozabalian**, responsable de l'état-major interministériel de la zone Sud, le **Commandant Fabrice Chassagne**, chef du centre opérationnel de zone, et le **Lieutenant-colonel Guy Baumstark**, directeur de cabinet de la zone de défense et de sécurité Sud

- Entretien avec le **Général de corps d'armée David Galtier**, commandant la région de gendarmerie PACA et la zone de défense et de sécurité Sud et le **Lieutenant-colonel Jean-Paul Bloy**, pilote, chef des moyens aériens PACA, commandant des forces aériennes de gendarmerie de la zone de défense Sud
- Entretien avec **M. Pascal Boucher**, chef du groupement d'hélicoptères de la sécurité civile, **M. Yves Genty**, adjoint du chef du groupement d'hélicoptères de Nîmes et **M. Thierry Fruit**, pilote, chef de la base zonale sud hélicos de la sécurité civile
- Entretien avec **Mme Marie-Claude Dumont**, conseiller médical du directeur général de l'ARS PACA, conseiller sanitaire de la zone de défense Sud et le **Dr Marc Fournier**, médecin référent du SAMU des Bouches-du-Rhône.

**Déplacements dans les locaux de l'état-major
de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP)**

- mercredi 29 juin 2016

Entretien avec le **Général Philippe Boutinaud**, commandant la brigade, le **Colonel Jean-Marie Gontier**, chef d'état-major et le **Professeur Jean-Pierre Tourtier**, médecin-chef de la brigade

- jeudi 7 juillet 2016

Entretien avec le **Colonel Didier Chalifour**, chef de division emploi, le **Médecin-chef Olivier Stibbe**, bureau médical d'urgence (BMU), chef de la section de coordination médicale et le **Capitaine Denis Daviau**, bureau opérations préparation opérationnelle (BOPO), adjoint au chef de la section informations opérationnelle et prévisionnelle.