



**Une force  
à vos côtés**

**WWW.CGTDESSDIS.COM**

# RAPPORT IGA/IGAS 15,18,112

## L'essentiel pour tout savoir sans l'avoir lu

Légende :

**Préconisations de la mission** *A cette heure le rapport n'est toujours pas disponible*

En caractère 10, précisions

*Sur le site IGA ni IGAS*

En caractère 8, annotations ou références

Né des déclarations du pdt de la République du 6/10/17 qui appelait une simplification pour les appels d'urgence (un numéro unique susceptible de concerner l'ensemble des services d'urgence).

**La mission souligne que la qualité du service rendu à la population pour répondre à des situations de détresse dans les années à venir dépendra avant tout**, et quel que soit le scénario d'évaluation des numéros d'urgence retenu, **des améliorations apportées au cadre d'intervention des secours d'urgence** (nécessité d'une mise à jour du référentiel, soutenabilité du modèle actuel compromise).

### Le cadre juridique dans lequel interviennent les services d'urgence :

Pour les sapeurs-pompiers, les missions de secours sont inscrites dans le code des collectivités locales et territoriales et dépasse le seul aspect de la protection et de la lutte contre les incendies.

L'aide médicale urgente relève du service public de la santé, le SAMU dispose d'un monopole consacré par la loi de réforme hospitalière du 31 juillet 1991, (une exception notable à Paris et petite couronne du fait de la reconnaissance d'une coordination médicale propre au SSSM de la BSPP).

Depuis 40 ans, la population peut joindre les services d'urgence par trois numéros principaux (15 : Urgences médicales, 17 Police-secours, 18 : les sapeurs -pompiers) auquel s'est ajouté le 112 européen sans les remplacer.

### Les quatre grands services d'urgence présentent des identités fortes

**Les « blancs »** : médecins urgentistes, infirmiers, aides-soignantes, des ambulanciers, assistants de régulation médicale.

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

**Les « bleus »**, policiers et gendarmes chargés de la « force publique » aux cultures différentes auxquels il convient d'ajouter celle des policiers municipaux considérée dans un récent rapport parlementaire comme la « 3ème force de sécurité du pays ».

De grands projets de modernisation sont menés par chaque service pour corriger l'éclatement des systèmes d'information.

Le projet SAMU (Confié à un opérateur national, l'ASIP-Santé pour 165,7 M€, développement achevé pour les JO de 2024)

Le Projet NexSIS (interopérabilité très étendue avec les partenaires extérieurs pour 192,8M€)

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

Les deux projets SAMU et SDIS conçus dans des logiques métiers ne le sont pas à partir d'une évolution qui rendrait probablement inéluctable la mise en œuvre d'un numéro unique.

La population française sollicite les services d'urgence de manière croissante, ce qui place le système de secours et de soins d'urgence sous tension (Pour les 15-17-18-112 environ 70 millions d'appels en 2016). (P24)

La hausse moyenne est de 12% pour le SAP entre 2014/2017 (P25). Les SDIS estiment souvent que cette hausse de l'activité est liée à une augmentation des tâches indues ne relevant pas de leurs compétences.

Cette hausse les conduit à rechercher un recentrage sur le « cœur de mission ».

Les CRRA des SAMU doivent répondre à une demande croissante de soins non programmés auxquels ne peut répondre que partiellement la médecine ambulatoire. Les visites aux urgences ne cessent d'augmenter (+2,5Millions de passages entre 2013 et 2017) (P28).

**La trajectoire de hausse des sollicitations adressées au CRRA n'est pas compatible à court terme avec le maintien de la qualité de service rendu à la population (P29).**

Un bilan très mitigé de l'application du référentiel de 2008 (P30) qui visait à consacrer trois principes destinés à remédier aux dysfonctionnements antérieurs :

Envoi immédiat de moyens sapeurs-pompiers « départ réflexe » sur urgences vitales et VP ou lieu public,  
Régulation médicale de tout appel  
le doute médical profite à l'appelant.

Dans son rapport de 2014 de l'IGA/IGAS relatait 4 points de crispations majeurs.

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

Les travaux des missions ont confirmé l'importance croissante de nouveaux points de crispations, comme celui du temps d'attente des équipages des véhicules de secours dans les services d'urgences.

**La mission préconise comme en 2014, la nomination d'un délégué interministériel et d'une équipe resserrée, qui aura la légitimité nécessaire pour porter dans la durée un travail qui permettrait l'amélioration globale de l'efficacité du dispositif, réactualisation du référentiel, élaboration de coûts standards pour les prestations entre services d'urgence, la modernisation des SI (P32).**

Améliorer la relation SAMU-SDIS, le rapport souligne l'absence des ambulanciers privés assurant les urgences pré-hospitalière dans les conventions (seulement 20% tripartite SDIS-SAMU-ATSU) (P33).

- des échanges réguliers et opérationnels entre acteurs de terrain. (P34).
- le bilan de la coordination SAP/AMU soit inscrit au moins une fois par an à l'ordre du jour du comité de l'administration régionale (CAR) (P35)
- à l'échelle de chaque région que le DG de l'ARS et les préfets de départements élaborent conjointement en lien avec les présidents de conseil départemental, un document commun de planification stratégique des secours et soins d'urgence. (P36)
- demander par instruction aux préfets et DG ARS de rendre compte de la qualité de la liaison téléphonique entre SAMU et SDIS et en l'absence de ligne dédiée ou équivalent, imposer un plan d'action pour une mise en conformité vis à vis du référentiel à l'échéance du 1er juillet 2019 (P37)
- Du constat que les échanges de bilan entre le SDIS et le SAMU n'est pas effectué dans des conditions satisfaisantes ; difficulté de téléphonie faute de l'utilisation du réseau numérique ANTARES, manque de moyens pour veiller le réseau SSU, (50% des SDIS disent avoir des difficultés à joindre le SAMU et 66% pour joindre le médecin régulateur)
- **les outils actuels ne sont pas adaptés à la transmission des bilans.**
- prévoir que l'accès à l'applicatif de transmission des bilans soit étendu aux SDIS. (P37)

#### Les départs réflexes VSAV

Les dispositions législatives et réglementaires relatives aux missions propres du SDIS demeurent relativement imprécises. (Le référentiel SAP/AMU de 2008 a défini le champ du « départ réflexe » à trois types de situations, la détresse vitale identifiée à l'appel, l'intervention VP ou lieux publics et certaines circonstances de l'urgence en précisant que dans ces situations l'engagement des moyens du SDIS doit précéder la régulation médicale) (P39).

**Définir par décret en CE, le « départ reflexe » comme l'engagement des moyens du SDIS, quel que soit le numéro d'urgence initialement composé par l'appelant, dans des circonstances particulières de l'urgence qui nécessitent un prompt secours et qui sont précisées par arrêté.**

Les SDIS portent dans l'ensemble une appréciation positive sur les évolutions introduites par l'arrêté et la circulaire du 5 juin 2015 relative aux départs réflexes.

Les SAMU déplorent pour leur part que le champ des départs réflexes génère trop systématiquement l'envoi de moyens pour des cas non urgents (14% de victimes laissées sur place, 11% ont donné lieu à l'envoi d'un renfort médical) (P40).

**Elaborer un arbre décisionnel intégré dans le référentiel pour expliciter le champ du départ réflexe et ses modalités de traitement (P41).**

Les carences ambulancières (transport d'un patient par le SDIS à la demande du CRRRA lorsque celui-ci constate l'indisponibilité dans un délai raisonnable des transporteurs sanitaires privés) (P42).

**Fixer par voie réglementaire à 3 le nombre minimal de transporteurs sanitaires à solliciter avant de demander au SDIS d'intervenir pour carence.**

La mission pose une question : Les départs réflexes font partie des missions propres du SDIS, Il reste alors à savoir si le transport du patient par le SDIS vers un établissement de santé dans le cadre d'une des interventions relève aujourd'hui de ses missions ou d'une carence ambulancière. (P44).

La circulaire du 5 juin 2015 précise « réaliser l'évacuation éventuelle de la victime »

**Clarifier le fait que les transports qui prolongent les « départs réflexes » relèvent des SDIS (P45)**

Une baisse structurelle des carences ambulancières passe par un réengagement des transporteurs sanitaires privés sur l'urgence pré-hospitalière. (P46) pour permettre au SDIS de se concentrer sur les interventions qui relèvent de leur cœur de métier.

Le désengagement des transporteurs sanitaires privés était prévisible dès lors que le service public fait appel à des acteurs privés qui ont leurs impératifs de rentabilité (en 2014 le seuil de rentabilité ambulancier évalué à 62€/h alors que le financement conduit à un taux de 40€) (P46).

**Il est urgent, d'apporter une refonte du modèle économique et organisationnel de l'urgence pré-hospitalière (horizon 2019) (P48) :**

- instauration d'une permanence de garde H24
- Une approche par revenu-cible en secteur urbain et par forfait de garde revalorisé en rural
- La révision des secteurs de garde : « il est en effet envisageable que certains CIS prennent le relais des transporteurs privés sur certaines tranches horaires et dans des secteurs à faible activité (P50) (ex bouches du Rhône, BPM prend le relais de minuit à 6h)
- la mise en place d'un mécanisme de responsabilisation des transporteurs privé
- **mise en place d'un coordinateur ambulancier s'appuyant sur un dispositif de géolocalisation**

Ou confier une enveloppe globale aux ARS pour couvrir le financement des transports pré-hospitaliers, des carences, des sorties blanches (ne faisant pas l'objet d'un transport et non rémunéré), et des mesures organisationnelles nécessaires à l'optimisation de la réponse ambulancière (coordinateur, geoloc) (P51).

**Cette option ne saurait être retenue qu'à la condition de réévaluer l'enveloppe actuelle dédiée au financement de l'urgence pré-hospitalière et à la faire évoluer en fonction des besoins.**

Les économies doivent être recherchées par la réduction de demande de transports, par la mise en place de centre de soins non programmés, télé-médecine, prise en charge de la dépendance. Les établissements de santé ne devraient pas avoir à supporter les insuffisances de la réponse apportée.

**Le nombre de sorties blanches devrait être amené à augmenter** (outils de télé-médecine améliorant le diagnostic à distance du SAMU). **Pour que les transporteurs privés ne se désengagent pas des interventions pour « levée de doute » elles doivent être financées** (P53).

Le rééquilibrage des missions entre les SDIS et les transporteurs privés ne doit pas conduire les patients à renoncer à des soins d'urgence. Si une grande partie des transports pré-hospitaliers sont gratuits, la mission a constaté que contrairement à la réglementation elle n'est pas toujours effective. La DGOS travaille sur la réforme du « reste à charge hospitalier ».

Les transports sanitaires urgents, normalement pris-en à charge à 65%, peuvent conduire aux renoncements aux soins, la mission plaide pour une prise en charge à 100% des transports urgents demandés par le SAMU.

Elaborer des arbres décisionnels permettant de définir les situations autres que celles relevant des départs réflexes nécessitant l'intervention d'un transport sanitaire en urgence.

Le réengagement des ambulanciers privés dans l'urgence pré-hospitalière prendra un certain temps, or la nécessité de contenir l'évolution des carences et leur incidence opérationnelle pour les SDIS se pose à très court terme. **La volonté de certains SDIS à refuser les carences sollicitées par le SAMU génère des cas de « carences de carence »** (P54).

La gestion des carences pourrait être optimisée par la généralisation des postes de coordinateur ambulancier et la géolocalisation des véhicules.

Les ARS devraient être responsables de l'optimisation de la réponse ambulancière par les SAMU.

Pour réduire l'incidence opérationnelle des carences pour les SDIS la mission identifie 3 pistes :

- développer les jonctions VSAV/ambulances privés suite à un départ réflexe pour tout transport supérieur à un certain seuil exprimé (temps ou kilomètres).
- Reconnaître la possibilité au SDIS de reporter le départ pour carence
- Permettre aux SDIS qui le souhaitent le dimensionnement à deux pour carence (P55) générant la modification de l'article R1424-42 (VSAV à 3 ou 4).

**L'appui logistique** (situation dans laquelle un établissement de santé qui ne dispose pas de moyens de transports suffisants pour faire fonctionner une ligne SMUR fait appel à un tiers pour lui mettre à disposition les équipements nécessaires pour obtenir l'autorisation SMUR).

Les SDIS interviennent comme prestataires de service pour le compte du SMUR et sous l'autorité du chef de service du SMUR. (P56). Ces interventions font l'objet de nombreux contentieux.

Urgent, de clarifier la réglementation et de prévenir une propagation des contentieux.

Hors cadre conventionnel d'appui logistique, il n'est pas conforme à l'esprit des textes que les SAMU aient régulièrement recours au SDIS pour du transport médicalisé.

Que les interventions nécessitant la médicalisation des VSAV, ne soient pas qualifiées « en appui logistique », mais plutôt en « recours ponctuel à un moyen du SDIS pour le fonctionnement d'un SMUR », et justifie la logique de l'indemnisation d'un VSAV aligné sur celle de la carence ambulancière. (P58). Cette notion pourrait intégrer d'autres types d'interventions (le renfort brancardage, transport bariatrique, etc, voir tableau 13) (P59).

Chaque type d'intervention doit être assorti d'une tarification nationale.

L'allongement de la durée des opérations, temps de transports du fait de l'évolution de l'offre de soins et des délais d'attente dans les services d'urgence **dénoncé par les 2/3 des SDIS.** (P60) (Opportun de prévoir une procédure pour les attentes >30').

Les relevages de personnes (en 2017 190 000 réalisés par les SDIS) et aide simple au brancardage apportée à un effecteur SMUR ou Ambulance privée 6000 en 2017

La mission considère que le relevage à domicile qui peut être rattaché aux « missions de protection des personnes » et de « secours suite à un accident » (domestique) doit être renforcé (P61),

(clarifier le cadre juridique pour permettre aux SDIS d'intervenir à 2).

**Les Conseil Départementaux qui ont la compétence de la dépendance peuvent conventionner d'autres acteurs pour décharger le SDIS.**

Les Interventions de nature sociale ou médico-sociale, hors du cadre des interventions présentant un caractère sanitaire ou concernant la voie ou lieux publics, pouvant être aussi associées à des troubles à l'ordre public mettant en situation de danger les secouristes intervenants qui mettent potentiellement en jeu d'autres acteurs (force de l'ordre), **les conseils départementaux doivent conduire à de nouvelles modalités de suivi de personnes en situation de grande vulnérabilité à leur sortie des services d'urgence** (P62).

Les interventions de l'urgence doivent pouvoir bénéficier d'un contexte d'intervention sécurisé.

**Préciser les modalités suivant de sollicitation des forces de l'ordre pour les accompagner.**

La réponse paramédicale dans les secours et soins d'urgence doit être confortée et développée (P63).

En 2014 l'IGA avait identifié que les SAMU sont réticents à solliciter les ISP, en 2016 14 PISU ont été définis, (appliqué dans 75% des SDIS). certains SAMU considèrent toujours que l'intervention ISP est une « réponse dégradée ».

**Confirmer par voie réglementaire que l'ISP est placé sous l'autorité fonctionnelle du médecin régulateur du SAMU pendant tout le temps de l'intervention (P63) et poursuivre le travail d'élaboration de PISU.**

« Normaliser » la participation de ressources paramédicales aux secours et soins d'urgence », supprimer certains freins règlementaires au développement d'une capacité d'intervention paramédicale propre au SMUR, (veille à la bonne articulation avec le dispositif des ISP). (P64).

L'articulation entre médecins Sapeurs-pompiers et médecins correspondants du SAMU pourrait être renforcée (41 départements ont mis en place le dispositif Médecins Correspondants du Samu). Certains SDIS voient dans ce dispositif une menace pour le réseau de MSPV qui subit déjà une forte érosion. (P65)

10 ans après l'application du référentiel 2008, la démarche qualité est le parent pauvre (plus d'1/3 des SDIS et SAMU estiment que la démarche qualité n'a pas eu d'impact positif ou ne souhaite pas se prononcer sur la question).

**Réactualiser l'exigence de réunions conjointes SDIS-SAMU pour le RETEX des évènements indésirables sur une base au moins trimestrielle.**

**La mission déplore qu'il n'existe pas de démarche au niveau national pour mesurer la performance du système français**

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

La gestion de crise est devenue un enjeu essentiel de la coordination des différents services d'urgence. Des tensions persistantes existent quant aux responsabilités respectives des SAMU et SDIS dans la gestion de crise sur le positionnement et la formation des DSM. (P66). La nouvelle instruction interministérielle ORSEC-NOVI précise de façon plus concrète les missions du DSM.

Dès 2019 des formations communes des DSM devraient leur être dispensées.

ORSEC-NOVI fait apparaître deux points, la nécessité de « sécuriser la liaison entre les centres de réception des appels (CTA/CRRA/CIC/CORG) par ligne téléphonique dédiée et la réaffirmation du principe de régularisation par le SAMU (à la nuance « circonstances exceptionnelles » évacuations très rapides).

**La mission identifie 3 aspects principaux qui mériteraient d'être mieux définis en gestion de crise :**

- Modalités différenciées d'interventions et de coordination en cas de nombre très important de blessés à évacuer très rapidement
- formation et exercices communs la préparation de la gestion de crise
- modalités de coordination interdépartementales en présence de CRRA15 ayant une compétence supra-départementale quand la gestion de crise est une compétence départementale (P68)

### **Maintien des numéros d'urgence existants ou numéro unique ? (P68)**

**Le système actuel de réception et de traitement des appels d'urgences doit évoluer.**

La mission a conduit une comparaison européenne : l'existence de plusieurs numéros d'urgence n'est pas une spécificité française, (parmi les états membres de l'UE, 11 ont adopté le 112 comme numéro unique des appels d'urgence et 4 pays l'ont toutefois adopté comme numéro unique pour les urgences médicales et incendies tout en conservant un numéro séparé pour la police).

L'idée que la France dispose d'un trop grand nombre de numéros d'urgence mérite d'être relativisée.

La Question du regroupement des numéros se pose de façon effective pour 4 numéros seulement 15/17/18&112.

La principale spécificité française tient davantage à la forte utilisation des numéros d'urgence par la population (0,95appels/Hab./an contre 0,59 en moyenne en Europe) (P 70) qui peut s'expliquer par le fait que la France n'a pas encore généralisé de numéro unique pour les conseils médicaux et la permanence des soins ambulatoires, contrairement autres pays européens.

Faute de connaissance suffisante, une part importante de la population n'appellerait pas le numéro approprié (P71).

Les tendances européennes :

- La réduction du nombre de centre de réception des appels (meilleur dimensionnement des centres en termes d'opérateur, facilite la montée en charge en cas de pic d'appel, maîtrise les coûts de modernisation, et développe la compétence des opérateurs santé).
- La protocolisation du traitement des appels, notamment relatif aux urgences médicales
- La prise en compte du numérique dans la réception et le traitement des appels d'urgences favorise l'interconnexion

La mission propose 4 scénarios qui ne permettent pas une véritable amélioration du service rendu (72) si les recommandations précédentes ne sont pas mises en œuvre.

**Dans les 4 scénarios : généraliser les 116 117 aux soins non programmés 24h/24h et 7j/7.**

**Scénario 1 : maintien des 4 numéros 15, 17,18&112,** qui nécessite un réel effort de modernisation technique et organisationnelle. Les structures de réception des appels doivent poursuivre leur réorganisation interne et revoir leur coordination

Avantage :

- Pour l'usager, pas de modification des comportements, garantie du secret médical (Ex Drogue/Police), capacité de joindre un service en cas de non-réponse, et pas de réorientation des grands projets de modernisation des SI SAMU et NexSIS
- moins conflictuel et pas d'interférence avec les réorganisations en cours

Mais deux grands types de risques : (P73)

- La mise en place de SI unifiés ne suffirait pas à remédier à la différence de traitement des appels d'urgence, et si cette différence venait à disparaître, l'interopérabilité entre les SI SAMU et SDIS serait fragilisée en l'absence de gouvernance appropriée.
- La soutenabilité compromise : les SP auront de plus en plus de difficultés à faire face à la croissance de leurs sollicitations.

Nécessité d'un plan d'action vigoureux en sus de la réactualisation du référentiel SAP/AMU et mettre en place les actions nécessaires au maintien des numéros actuels et aux améliorations suivantes (P74):

- améliorer la connaissance des numéros d'appels d'urgences
- étendre le 116 117 à tout le territoire et l'élargir aux demandes de soins non programmés
- garantir l'interopérabilité des SI
- **professionnaliser la réception et le traitement des appels d'urgences, et mise en œuvre d'un protocole unifié au niveau national pour le traitement des appels au 15 et au 18**
- **regrouper des centres d'appels dans un souci d'efficience**
- moderniser des SI pour améliorer les possibilités de diagnostic médical à distance

Les inconvénients :

- une lisibilité difficile pour la population
- absence de possibilité de filtrer les appels polluants
- absence d'incitation à une amélioration de l'interopérabilité avec le 17
- moindre sources d'économie pour l'intégration des nouvelles technologies.

## **Scénario 2 : numéro de secours fusion 17&18, et un « numéro unique santé »** (P75)

Achever deux tendances à l'œuvre avec une sphère « intérieur » et une sphère « santé »  
Deux grandes options pour la sphère « santé »

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

Cela conduirait à une augmentation massive des appels avec des risques (retard de traitement pour les appels d'urgence vitale, augmentation des délais de décrochés, aggravation des « goulots d'étranglement » à la régulation médicale).

**La mission plaide pour écarter cette option** (nécessiterait une augmentation des moyens du 15 et accroîtrait les problèmes de coordination SAMU/SDIS).

Option 2 : 15 urgence santé et 116 117 étendu géographiquement et fonctionnellement. Avec deux sous options sur l'accès au 116 117 24/24 7/7 ou durant la seule PDSA

Le 116 117 est déployé à titre expérimental et jouit d'une faible notoriété 1% de la population. Il est vraisemblable que respectivement seul 3% et 7% des appels arrivant au 116 117 sont redirigés vers le 15 (P77)

**La fusion 17/18 a des inconvénients majeurs qui devraient conduire à l'exclure** (P78) :

- La simplification souhaitée n'est pas pleinement atteinte (l'appelant aurait à juger si son urgence relève du secours (112) ou du soin (15))
- Le cloisonnement des organisations par ministère de rattachement n'est pas propice au renforcement de la coordination et au dialogue. Aucun pays d'Europe n'a fait ce choix.

## **Scénario 3 : fusion du 15 et 18 dans le 112 par généralisation des plateformes communes**

(analyse réalisée par la mission d'après les expériences existantes) (P79)

17 départements sont dotés plateformes mutualisées 15, 18, 112 (selon divers modes d'organisation) (P80) :

- localisation de la plateforme dans le SDIS, à l'hôpital ou lieu neutre
- existence d'un plateau commun (souvent Co localisés et séparé par une cloison)
- existence d'un logiciel commun ou d'arbre commun d'aide à la décision.
- existence d'un décroché commun (remis en cause sur la plateforme 37)

**La mission identifie des apports opérationnels et organisationnels mais n'est pas convaincue que la perspective de réaliser des économies d'échelle soit une motivation pertinente :**

- une communication plus fluide, le dialogue peut accélérer l'engagement des moyens les plus adaptés
- une incitation forte à approfondir le travail en commun pour améliorer la réponse opérationnelle, les échanges (SAMU/SDIS) ont pu préserver la ressource SPV.
- Le développement d'une culture commune (réduire les malentendus et désamorcer les « irritants »)
- une mutualisation des ressources pour la réception des appels, permet de lisser les pics d'activité réduisant les délais

Des freins à la généralisation faute de volonté des ARS et SAMU, 3 obstacles objectifs (P81):

- la localisation des plateformes hors de l'hôpital doit être rendue compatible avec les contraintes en termes de ressource urgentiste
- le cadre organisationnel (gouvernance, finances, RH) est souvent précaire et n'est pas toujours perçu comme avantageux par l'ensemble des acteurs
- Le système de réception des appels d'urgences est rendu plus vulnérable en cas de panne informatique

### **3 conditions doivent être réunies pour assurer le bon fonctionnement d'une plateforme commune**

(opportunité immobilière, volonté partage dans la durée, préparation minutieuse des conditions pratiques de cohabitation).

Pour la mission ce scénario de fusion par généralisation des plateformes présente des difficultés :

- créer 80 plateformes communes serait couteux en temps et en investissement
- alternative de création de plateformes à un niveau supra difficilement envisageable, les SDIS relevant des CD et sont partagés sur la nécessité des rapprochements physiques
- nécessité de revoir les organisations locales pour le SAMU (moindre capacité de mutualisation de la ressource urgentiste)
- 

**De surcroît ce scénario reviendrait à exclure le 17 du numéro unique, or la mission estime qu'il est souhaitable d'intégrer le 17 au numéro unique (P82)** (lisibilité d'un numéro unique, coordination plus facile des services sur une même urgence)

La non intégration du 17 figerait une séparation entre les services de soins et de secours d'urgence et les services de sécurité ne favoriserait pas la convergence opérationnelle entre la sécurité publique les secours et les soins.

**La mission considère que les plateformes départementales SDIS-SAMU doivent pouvoir continuer à se développer lorsque les situations locales s'y prêtent** (compatible avec les scénarios 1&4).

**Scénario 4 : un numéro unique des urgences (112 remplaçant 15,17 et 18) (P83)**

**L'extension au 17 des plateformes 15/18 existantes n'est pas la voie adaptée au numéro unique.**

La mise en place de plateformes de premier niveau qui permettraient soit un débruitage avec transfert au service compétent, soit l'envoi immédiat des moyens du SDIS (prompt secours) (P84).

**Option 1 : rôle de débruitage seul**, la mission considère que cantonner au débruitage/orientation fait perdre la garantie de pouvoir obtenir rapidement l'intervention sur place des moyens de secours. La France serait le seul pays où les appels au 112 pourraient être réceptionnés et traités par 3 personnes (l'opérateur, l'ARM et le médecin), avec une réduction à 2 si arbre décisionnel permettant à l'ARM l'engagement de « départ réflexe » (P85).

**Option 2 : rôle de décroché débruitage/orientation et capable de déclencher un envoi de moyens du SDIS** (prompt secours), impliquant la mise en place d'arbres de décision. La mission préconise l'anonymisation vis à vis de police/gendarmerie pour prévenir au stade de l'engagement des secours tout comportement consistant pour des publics ou certaines situations à renoncer aux soins. (P86)

**Les numéros des centres antipoison et de toxicovigilance, et le numéro d'alerte et attentats pourraient être fusionnés avec le 112.**

Le projet de numéro 113 pour les alertes et la prévention des suicides, n'a pas vocation à intégrer le 112, mais la mise en place de plateformes 113 devrait être conditionnée à l'effectivité de l'interconnexion avec le

112 et les services d'urgence pour permettre le déclenchement d'une intervention tout en restant en ligne avec l'appelant. (P88)

**Le rapprochement 112/115 urgences sociales** nécessite non pas une fusion mais une clarification du rôle du 115 ; la fusion **présenterait un risque de saturation des lignes d'urgence**. Le 112 devra être en situation de repérer les urgences sociales. (P90).

La mission identifiée pour les urgences sociales (115) deux pistes pour un rapprochement des plateformes 15 et 115 :

- une meilleure articulation urgences/ acteurs sociaux pour le suivi des personnes faisant l'objet d'interventions répétées
- réorganisation des plateformes « santé », par la présence au CRRA d'un psychologue

**Le niveau géographique zonal (zone de défense) pourrait être retenu pour le développement des plateformes de premier niveau.**

Le nombre de plateformes dépendrait des hypothèses du volume d'appels d'urgence (70 millions en 2017).

La mise en place du numéro unique 112, (Déduction de 10M d'appels résultant de l'échange SDIS/SAMU, suppression d'appels multiples pour une même urgence, suppression d'erreurs de numérotation et saturation des lignes), doit permettre de ramener le nombre d'appels d'urgence entre 40 à 50 millions d'appels/an, cela représente entre 15600 et 19500 appels/jour/plateforme (7), Pays-Bas 1 centre d'appel 7400 appels/jour, Portugal 2 centres d'appel pour 12300 appels/jour (P91).

Gouvernance et financement de ces plateformes 112 (P92)

**Compte tenu des contraintes, aucune structure de réceptions des appels d'urgence n'est entièrement légitime pour porter seule ces plateformes 112.** Il convient d'envisager une gouvernance qui traduise l'importance d'un pilotage interministériel. **La forme de l'agence se prête bien à une gouvernance associant l'Etat, les collectivités territoriales et l'assurance maladie.** La loi doit prévoir la compétence exclusive de la réception des appels d'urgences à l'agence.

En terme de financement, hors coût infrastructure, le coût de fonctionnement pourrait être compris entre 48 et 100M€. La mission recommande par le biais d'une fiscalité affectée à l'agence d'une partie de la taxe sur les conventions d'assurances (finance déjà les SDIS) et la taxe de solidarité additionnelle (TSA qui finance notamment l'assurance maladie. Solution présentant l'avantage de lier le financement à la couverture des risques auxquels l'agence contribuera. (P93)

Conditions de réussite de la mise en place de centres 112 :

- Tenir compte des projets SI-SAMU et MCIC-2 (Modernisation des Centres d'Information et de Commandement) qui ont franchi des points de non-retour (P94)
- Définir au plus tôt le socle minimal d'interopérabilité « verticale » entre le SGA 112 et les projets SI-SAMU et SI-SDIS, échange de données structurées et normalisées entre 112 et les plateformes métiers.
- Tirer le meilleur parti des améliorations technologiques disponibles pour la gestion des appels et flux entrants (e-call, message d'alertes applications smartphone, « Advanced mobile location »).
- Intégrer au SGA 112 les arbres décisionnels permettant de traiter directement les cas relevant du départ réflexe, point essentiel à la bonne marche des plateformes
- Le cas particulier de Paris et petite couronne à traiter en simultané, caractère atypique qui place déjà sous l'autorité du préfet de police, la BSPP et la Direction de la Sécurité de Proximité de l'Agglomération Parisienne (le 17) l'organisation des SAMU reposant pour sa part sur 4 SAMU différents (P98)

Compte tenu du lancement parallèle de plusieurs projets de SI n'ayant pas intégré le concept du 112, **la mise en place n'apparaît pas réaliste à l'horizon 2022.**

**La mission conclue qu'au regard des points forts et points faibles présentés par chacune de ces options, elle considère que le bilan avantage/inconvénients est positif pour :**

- **le scénario 1** (même si elle estime que l'amélioration du service rendu est moindre)
- **le scénario 4** (même si les conditions d'acceptabilité/faisabilité sont plus exigeantes) (P102).