

Versailles, le 31 janvier 2020

Mesdames, Messieurs les parlementaires des départements franciliens.

Mesdames, Messieurs les élus des départements franciliens.

Madame, Monsieur,

Le 6 octobre 2017, le Président de la République a exprimé la volonté de disposer en France, comme dans bien d'autres pays européens, d'un numéro d'appel d'urgence unique, le 112, permettant d'offrir une réponse lisible, rapide et efficace aux situations de détresse rencontrées par la population.

Cet engagement traduit le souhait de mettre à un terme à une situation héritée de l'histoire, conduisant à la juxtaposition de treize numéros d'appels d'urgence (18, 17, 15, 112, 115...) apparus successivement à mesure de la structuration des services chargés de délivrer une réponse opérationnelle : sapeurs-pompiers, gendarmerie, police puis SMUR et SAMU social.

Contrairement à d'autres Etats-membres de l'Union européenne¹, le 112 n'est pas mis en avant auprès du grand public, et a longtemps été considéré en France comme subsidiaire sinon anecdotique.

Après de quarante ans de mise en œuvre, notre modèle actuel est fragilisé par la conjugaison de deux phénomènes qui rendent nécessaire sa modernisation.

En premier lieu, les appels reçus au 15 et au 18 ne correspondent plus, majoritairement, à des situations relevant de l'intervention des services receveurs.

En effet, seuls 2% environ des appels reçus au 15 entraînent l'intervention d'une unité mobile hospitalière (SMUR). Comme l'illustre encore l'épisode du Coronavirus 2019-nCov, les autres font l'objet soit d'un conseil, soit de la sollicitation d'une réponse tierce (visite d'un médecin, ambulance privée, sapeurs-pompiers). De ce fait, les performances du 15 (délais de décroché, accès à un médecin...) sont loin d'atteindre les *minima* exigés pour la réponse aux situations d'urgence immédiate.

Simultanément, un nombre croissant d'appels reçus au 18 ne concerne pas une situation relevant du secours d'urgence mais plutôt d'une demande d'assistance ou de soins non programmés qui peine à trouver une réponse de la part des acteurs de santé, générant un recours aux sapeurs-pompiers, volontaires à 80%, au prix d'une explosion de leur

¹ Espagne, Finlande, Irlande, Luxembourg, Portugal, Suède...

sollicitation opérationnelle, d'une perte de sens des missions et de transferts de charges indues vers les collectivités territoriales.

En second lieu, les centres opérationnels des acteurs de l'urgence (sapeurs-pompiers, gendarmerie, police et SAMU) demeurent, dans 80% des départements, disjointes.

Indépendamment de ces effets financiers, cette coexistence de quelque 450 centres opérationnels est, sur le plan opérationnel, doublement inefficace.

Au quotidien, l'articulation entre les réponses opérationnelles n'est pas optimale et l'interopérabilité des systèmes d'information ne suffit pas à pallier ce défaut d'interface physique et de coordination.

En situation de crise, comme cela a été tristement illustré à Paris lors des attaques terroristes de novembre 2015, il n'est pas possible de coordonner efficacement des services opérationnels dont les centres de commandement ne sont pas co-localisés.

Dans ce contexte et en second lieu, la création d'un service d'accès aux soins (SAS), mesure phare du « Pacte de refondation des urgences » remis en décembre 2019 à la ministre des Solidarités et de la Santé et des solidarités a été perçue par les professionnels du secours et de santé comme l'opportunité de créer un accès unifié aux demandes de soins non programmés, et de mettre en place une organisation en deux numéros : demandes de soins non programmés et secours d'urgence, seule en capacité de rompre avec le déversement actuel d'appels d'urgence qui asphyxie les hôpitaux et les services d'incendie et de secours, pour construire une organisation lisible pour nos concitoyens permettant à chaque acteur de recevoir les appels de son ressort pour le bon exercice de sa mission.

Las, la préconisation de la mission de préfiguration du SAS, confiée au député Thomas Mesnier et au Professeur Pierre Carli, chef du SAMU de Paris, d'introduire un nouveau numéro d'appel 113 assorti d'un périmètre élargi aux situations d'urgence immédiate ne répond guère aux attentes des services opérationnels et apparaît périlleuse pour deux raisons principales.

D'une part, elle introduit, du fait des liens patents d'intérêt entre la mission et le syndicat Samu-Urgences de France, une analogie délibérée mais totalement inopportune avec le numéro 112 ayant pour objet et pour effet de l'empêcher de devenir l'unique numéro d'appel de toutes les urgences.

D'autre part, les SAMU, qui connaissent des difficultés majeures à répondre aux sollicitations de leur périmètre actuel, ne sont plus en capacité de répondre aux demandes les plus urgentes. Les ressources humaines considérables qui seraient nécessaires à l'atteinte de performances acceptables – à supposer qu'elles existent – correspondraient à une dépense nouvelle non budgétée dans le « Pacte de refondation des urgences » et manifestement irréaliste.

Le volume et la nature des demandes de soins non programmés ne permettent pas de les mêler aux urgences immédiates, tout en conservant des performances acceptables en termes de délai et de qualité de réponse.

En d'autres termes, il n'est pas souhaitable d'insérer l'arrêt cardiaque dans la même file d'attente que la grippe.

Une nouvelle articulation des numéros d'appels d'urgence doit être mise en place. Elle doit être à la fois lisible, réaliste et efficiente.

A cet effet, et comme le demandent les sapeurs-pompiers, l'Assemblée des Départements de France et les syndicats de médecins généralistes, elle doit distinguer d'une part l'ensemble des situations d'urgence appelant l'intervention immédiate d'une réponse opérationnelle, et d'autre part les demandes de soins non programmés.

Le numéro 112 doit répondre sans délai à tous les « appels aux secours ». Les travaux de la conférence des citoyens menés dans le cadre du Livre blanc de la sécurité intérieure l'ont démontré : les Françaises et les Français sont attachés à la création d'un numéro unique d'appel d'urgence.

Afin de répondre de manière efficace aux situations nécessitant une réponse immédiate (sécurité publique, incendies, accidents, arrêts cardiaques, détresses vitales...), ce numéro d'appel doit répondre en moins de 15 secondes et être en capacité d'engager sans délai les ressources opérationnelles adéquates.

A cet effet, il apparaît nécessaire de développer des plateformes interservices (police, gendarmerie, sapeurs-pompiers) de réception des appels d'urgence. L'échelon départemental doit à cet égard, être privilégié pour des raisons liées à la nécessaire proximité de la réponse opérationnelle, à la gouvernance des services et à la valorisation d'opportunités immobilières.

Le schéma organisationnel de ces plateformes doit répondre à ces exigences opérationnelles sans pour autant être enfermé dans un schéma organisationnel univoque et rigide. Différents modèles de plateformes communes ont déjà fait la preuve de leur efficacité avec des configurations variables selon les territoires².

Quant à elles, **les demandes de soins non programmés doivent trouver une réponse au 116 117.**

Le 116 117 constitue le numéro européen d'assistance médicale. Mis en place en France en 2016, il a déjà fait l'objet d'une expérimentation depuis avril 2017 dans les régions Corse, Normandie et Pays de la Loire.

Le SAS, qui répond à un besoin largement constaté, doit donc naturellement répondre à ce numéro d'appel 116 117. Il n'a cependant pas vocation à recevoir les appels relevant d'une urgence immédiate, même si une interconnexion bilatérale avec le 112 doit permettre de réorienter les appels qui n'auraient pas initialement été adressés au service adéquat.

Contrairement à ce qui est parfois affirmé, ce modèle existe dans la grande majorité des pays développés et, du fait de l'interconnexion entre les plateformes, n'expose pas les usagers à un risque particulier s'ils ne venaient pas à se tourner initialement vers la plateforme la mieux adaptée.

Au contraire, **la mise en œuvre d'un numéro 113, juxtaposé à un 112 qui deviendrait alors en France dépourvu de sa vocation universelle, consisterait à maintenir *de facto* le modèle actuel 15-18 qui ne répond plus aux besoins des usagers : peut-on prétendre avoir raison, seul contre tous ?**

Des arbitrages de la ministre de la Santé et du Gouvernement sont attendus en février sur le SAS et la création d'un numéro unique d'appel d'urgence.

² Exemple de la plateforme 3 S (secours, social, soins) 18-15-115 inaugurée le 8 novembre 2019 par M. Christophe Castaner, ministre de l'Intérieur à Montauban (Tarn-et-Garonne).

Ils auront des conséquences profondes et pérennes sur la distribution des secours et l'accès aux soins des populations dans votre territoire.

Les sapeurs-pompiers de l'ensemble de l'Ile-de-France souhaitent vous alerter dans cette perspective.

Ils sollicitent votre soutien par tout moyen à votre convenance (prise de position dans les médias et sur les réseaux sociaux, question d'actualité, question écrite, courrier, motion...).

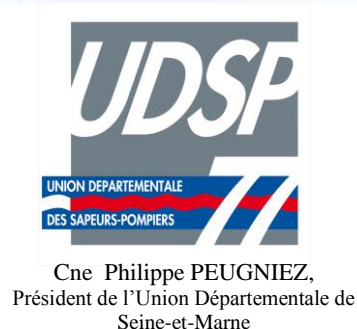
Notre pays doit sortir du tout urgences, source de la crise profonde des hôpitaux et du malaise des services d'incendie et de secours.

A travers les numéros d'appel, il est aujourd'hui indispensable d'offrir à la population la possibilité de distinguer la réponse à l'appel d'urgence et l'accès aux soins de premier recours, en remettant les professionnels de santé de proximité au cœur de ces derniers.

L'appel aux secours urgents, c'est le 112 !

Une demande de soins ou de conseil médical, c'est le 116 117.

Vous remerciant de votre soutien, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.



Contacts locaux :

- UDSP des Yvelines : BP 30030 - 78192 TRAPPES Cedex - udspy2@wanadoo.fr
- UDSP de l'Essonne : 11, avenue des Peupliers – 91700 FLEURY-MEROGIS - secretariat-udsp91@sdis91.fr
- UDSP du Val d'Oise : 1 rue Pierre de Coubertin - 95150 TAVERNY - andré.verlande@sdis95.fr
- UDSP de Seine-et-Marne : BP 70109 - 77001 MELUN Cedex - udsp@sdis77.fr