

**Mesdames et Messieurs les députés de la
Commission des lois**

Paris, le 8 mai 2021

Objet : PPL sécurité civile - Points d'alerte de la communauté hospitalière et hospitalo-universitaire.

Mesdames les députées, Messieurs les députés,

La proposition de loi *visant à consolider notre modèle de sécurité civile et valoriser le volontariat des sapeurs-pompiers* sera examinée en début de semaine prochaine en Commission des lois de l'Assemblée nationale, puis dans quelques semaines en séance publique.

La communauté hospitalière et hospitalo-universitaire souhaite vous alerter vivement sur plusieurs dispositions du texte initial, dont la rédaction nous semble à ce stade constituer un risque important quant au bon fonctionnement de la réponse aux besoins de santé de la population.

- Article 2 - **L'attribution d'une mission de « soins » aux services d'incendie et de secours** nous paraît inadaptée, au regard de l'organisation du système de santé, des missions et de la formation des professionnels de santé, et susceptible de constituer un élément de désorganisation dans la réponse aux besoins de santé de la population, sans plus-value avérée pour la réponse aux besoins en santé des populations ;
- Article 31 – Si les interconnexions et l'interopérabilité des systèmes d'information entre Services d'Incendie et de Secours et les Services d'Aide Médicale Urgente doivent être renforcés, **le choix du 112 comme numéro unique pour les appels d'urgence serait fortement préjudiciable à la réponse aux besoins médicaux d'urgence** et, loin de répondre à l'ambition d'une plus grande efficacité, entraînerait une augmentation de la surcharge opérationnelle des sapeurs-pompiers et induirait des transports inadaptés vers les services d'urgence, ce que démontrent les exemples étrangers ;
- Article 3 – La définition et le financement des carences ambulancières nous paraissent devoir être précisés, afin dans l'intérêt de la population de conserver toute sa place à la régulation médicale ;
- Article 33 – Faire des services d'incendie et de secours des terrains de stage pour les étudiants en santé ne paraît pas la solution adaptée pour mieux faire connaître les missions des SIS. **En revanche, toute augmentation du nombre de lieux de stage se ferait au détriment des terrains de stage existants** qui sont pourtant, souvent, indispensables dans les hôpitaux publics comme l'atteste depuis plus d'un an la crise sanitaire. Il s'agit également de conserver une cohérence et un encadrement les plus exigeants pour les étudiants en santé.

Nous vous adressons en pièce jointe des propositions de rédactions alternatives, constructives, qui permettent selon nous de répondre à l'objectif recherché par le législateur tout en préservant un système de santé qui, plus que jamais, a besoin d'être renforcé dans la cohérence.

Pleinement engagés dans la démarche de recherche de la meilleure réponse aux besoins de santé de la population que nous savons partager avec vous, nous vous prions d'agréer, Mesdames les députées, Messieurs les députés, notre haute considération.



Patrice Diot
Président de
la Conférence
Nationale des
Doyens de
Médecine



**Marie-Noëlle
Gérain
Breuzard**
Présidente
Conférence
des DG de
CHU



**Thierry
Godeau**
Président
Conférence
des PCME de
CH



**Christian
Muller**
Président
Conférence
des PCME de
CHU



**François-
René
Pruvot**
Président
Conférence
des PCME
de CHU



**Francis
Saint-
Hubert**
Président
Conférence
des
Directeurs
de CH



**Dr François
Braun**
Président
de Samu-
Urgences de
France



**Pr Karim
TAZAROURTE**
Président de
la SFMU



**Frédéric
Valletoux**
Président
FHF

Proposition de loi visant à consolider notre modèle de sécurité civile et valoriser le volontariat des sapeurs-pompiers

Position de la communauté hospitalière

Dans le cadre de la PPL portant sur notre modèle de sécurité civile, la FHF soutient et partage les propositions d'évolutions portées par la communauté hospitalière.

Les évolutions proposées ci-dessous sont formulées avec :

- les associations représentatives des SAMU et des Urgences (Samu Urgences de France, Société Française de Médecine d'Urgence) ;
- les conférences de présidents de communautés médicales d'établissement et de directeurs.

L'enjeu, très important, est de garantir trois éléments essentiels :

La qualité et la sécurité des soins ;

- La régulation médicale, qui garantit les points précédents et constitue un acquis primordial de notre système de santé ;
- La bonne organisation et l'efficacité du système de santé.

La Fédération hospitalière de France

Association d'intérêt général créée en 1924, la Fédération hospitalière de France (FHF) représente la totalité des établissements publics de santé (pas moins de 1 000 établissements publics de santé) et plus de 3 800 structures médico-sociales. Présidée par Frédéric Valletoux, elle réunit en son sein des femmes et des hommes d'origines et de sensibilités différentes (élus locaux et nationaux, médecins, directeurs, patients), tous unies par la même vision confiante et responsable pour l'avenir du service public de la santé et du médico-social.

La diversité, force de la FHF

Dans l'ADN de la FHF, la diversité des établissements représentés est sans nul doute un atout de premier plan qui légitime son action et lui donne sens. La FHF, ce sont des hôpitaux de proximité, des établissements prenant en charge le handicap, le grand âge mais également des établissements de santé mentale ou encore des hôpitaux universitaires. Une diversité qui a un point commun : celui du service apporté aux patients dans un esprit ouvert, de qualité et de progrès.

Une prise en charge de tous les Français

Le service public de santé est en engagement quotidien que nos personnels et nos équipes assurent chaque jour, à chaque heure du jour et de la nuit, sans discrimination d'aucune sorte. L'hôpital public peut être considéré comme le cœur battant de notre système de santé car il réalise ou accueille :

- 96 % des patients polytraumatisés ;
- 62 % des personnes âgées de plus de 75 ans ;
- 75 % des enfants de moins de 4 ans ;
- 80 % des prises en charge complexes ;
- 65 % de l'activité d'hospitalisation en psychiatrie ;
- 84 % de l'activité de réanimation ;
- 87 % des hospitalisations après un passage aux urgences
- 93 % des grands prématurés ;
- 100 % de la réponse aux crises sanitaires.

Des valeurs fortes au cœur de l'engagement de chaque hospitalier public

Pour assurer sa mission de promotion du service public hospitalier, social et médico-social et de contribution à la définition de politiques publiques sanitaires, sociales et médico-sociales conformes aux intérêts de la population et à la santé publique, la FHF s'implique chaque jour en matière :

- D'accompagnement des Fédérations hospitalières régionales et de leurs adhérents dans l'évolution du système de santé et médico-social ;
- De représentation / promotion des établissements au niveau national, européen et international,
- D'information du grand public, afin de mieux faire connaître la spécificité des missions de nos établissements et valoriser l'engagement de leurs personnels.

Dans ce cadre, les valeurs du service public sont plus que jamais les principes qui conduisent les actions de la FHF pour construire le système de santé et d'accompagnement médico-social de demain.

« Les hôpitaux et les établissements médico-sociaux prennent soin de nous, prenons soin d'eux »

TABLE DES MATIERES

Article 2 – Missions des services d’incendie et de secours	3
Article 3 – Carence ambulancière	4
Article 31 – Coordination de la prise en charge des patients	6
Article 33 – Stages des étudiants en santé	7

En **bleu**, les dispositions que nous proposons d'ajouter.
En **rouge**, les dispositions que nous proposons de retirer.

Article 2 – Missions des services d'incendie et de secours

L'article 2 de la PPL visant à consolider notre modèle de sécurité civile et valoriser le volontariat des sapeurs-pompiers est ainsi rédigé :

L'article L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales est ainsi modifié :

Les services d'incendie et de secours sont chargés de la prévention, de la protection et de la lutte contre les incendies.

Ils concourent, avec les autres services et professionnels concernés, à la protection et à la lutte contre les autres accidents, sinistres et catastrophes, à l'évaluation et à la prévention des risques technologiques ou naturels ainsi qu'aux secours ~~et soins~~ d'urgence.

Dans le cadre de leurs compétences, ils exercent les missions suivantes :

- 1° La prévention et l'évaluation des risques de sécurité civile ;
- 2° La préparation des mesures de sauvegarde et l'organisation des moyens de secours ;
- 3° La protection des personnes, des biens et de l'environnement ;
- 4° Les secours ~~et soins~~ d'urgence aux personnes ~~victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes~~ ainsi que leur évacuation, **en lien avec la régulation médicale du Samu, lorsqu'elles :**
 - a) **Sont victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes,**
 - b) **Présentent des signes de détresses justifiant l'urgence à agir vitales;**
 - c) ~~Présentent des signes de détresse fonctionnelle justifiant l'urgence à agir.~~

~~L'articulation entre les secours et les soins d'urgence aux personnes et l'aide médicale urgente fait l'objet d'un référentiel défini par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et du ministre chargé de la santé.~~

Exposé des motifs

La mention d'une notion de soins dans les compétences des SIS ne paraît pas acceptable, et devrait demeurer associée aux professionnels de santé.

Afin de garantir la cohérence et la bonne organisation du système de santé, il convient de conserver le principe selon lequel les missions de soin ont vocation à être effectuées par les acteurs de santé et non par les acteurs du secours, notamment en raison de la formation des professionnels qui interviennent dans le cadre des missions de secours.

Dans le même esprit de cohérence territoriale et de bon fonctionnement du système de santé, le transport de personnes nécessitant des secours d'urgence doit être articulé avec la régulation médicale des SAMU.

Enfin, la mention d'un référentiel, défini par arrêté conjoint du ministre de l'Intérieur et du ministre de la Santé ne paraît pas utile, un référentiel existant déjà en ce qui concerne le secours, les soins d'urgence et l'aide médicale d'urgence.

Article 3 – Carence ambulancière

L'article 3 de la PPL visant à consolider notre modèle de sécurité civile et valoriser le volontariat des sapeurs-pompiers est ainsi rédigé :

L'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales est ainsi rédigé :

I.- Les services d'incendie et de secours ~~n'est~~ ne sont tenus de procéder qu'aux seules opérations de secours qui se rattachent directement à ~~ses~~ leurs missions de service public définies à l'article L1424-2.

S'ils ont été sollicités pour des interventions ne se rattachant pas directement à l'exercice de leurs missions, ils peuvent différer ou refuser leur engagement afin de préserver une disponibilité opérationnelle pour les missions relevant de l'article L. 1424-2.

S'ils ont procédé à des interventions ne se rattachant pas directement à l'exercice de ~~ses~~ leurs missions, ils peuvent demander aux personnes physiques ou morales, bénéficiaires ou demandeuses, une participation aux frais, dans les conditions déterminées par délibération du conseil d'administration.

~~II. Constitue une intervention pour carence ambulancière toute intervention effectuée par un service d'incendie et de secours à la demande de la régulation médicale du centre 15, lorsque le coordonnateur ambulancier constate le défaut de disponibilité des transporteurs sanitaires privés, pour toute mission visant, sur prescription médicale, à la prise en charge et au transport de malades, de blessés ou de parturientes pour des raisons de soins ou de diagnostic et qui ne relève pas de l'article L. 1424-2.~~

Lorsque ces interventions ne sont pas effectuées dans le cadre d'un départ réflexe, qu'elles ont lieu au domicile, sur le lieu de travail des personnes ou dans un lieu protégé, et qu'elles ne nécessitent aucun geste de premiers secours, elles sont considérées comme étant des carences ambulancières.

Les carences définies à l'alinéa précédent peuvent être différées dans le temps ~~et requalifiées a posteriori selon des critères et modalités fixés par un décret en Conseil d'État.~~

Les ~~carences ambulancières~~ font l'objet d'une prise en charge financière par les ~~agences régionales de santé dont relèvent les établissements de santé~~, sièges des services d'aide médicale d'urgence.

Les conditions de cette prise en charge sont fixées par une convention entre le service d'incendie et de secours et l'hôpital siège du service d'aide médicale d'urgence, selon des modalités ~~et des tarifs nationaux~~ fixés par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et du ministre chargé de la sécurité sociale.

III. – L'engagement de moyens par les services d'incendie et de secours sur le réseau routier et autoroutier concédé, y compris sur les parties annexes et les installations annexes, fait l'objet d'une prise en charge par les sociétés concessionnaires d'ouvrages routiers ou autoroutiers.

Les conditions de cette prise en charge sont déterminées par une convention entre les services d'incendie et de secours et les sociétés concessionnaires d'ouvrages routiers et autoroutiers, selon des modalités fixées par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et du ministre chargé des finances.

Elle prévoit également les conditions de mise à disposition des services d'incendie et de secours de l'infrastructure routière ou autoroutière pour les interventions à effectuer en urgence dans le département.

IV. – Les moyens mis à disposition des établissements de santé par les services d'incendie et de secours, au bénéfice des structures mobiles d'urgence et de réanimation, font l'objet d'une prise en charge par

~~les établissements de santé agences régionales de santé sur la base de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévue à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.~~

Les conditions de cette prise en charge sont déterminées par une convention entre le service d'incendie et de secours et ~~l'établissement de santé siège de la structure mobile d'urgence et de réanimation. l'agence régionale de santé selon des modalités fixées par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et du ministre chargé de la sécurité sociale.~~

V. – Les I à IV du présent article sont applicables aux centres de première intervention non intégrés à un service d'incendie et de secours. Les conditions et les modalités de prise en charge financière des interventions réalisées par le personnel de ces centres qui ne relèvent pas des missions prévues à l'article L. 1424-2 sont fixées par une convention conclue, dans chaque département, entre les communes et les établissements publics de coopération intercommunale responsables des centres et le service d'incendie et de secours.

Exposé des motifs

L'article introduit la possibilité d'une requalification a posteriori d'une intervention en carence, lors de réunions avec l'hôpital siège. Cette requalification a posteriori n'est pas acceptable car elle remet profondément en cause le principe même de la régulation médicale.

Au-delà, l'introduction de tarifs nationaux de référence paraît nécessaire afin de garantir la meilleure cohérence et visibilité sur le plan budgétaire.

Article 31 – Coordination de la prise en charge des patients

L'article 31 de la PPL visant à consolider notre modèle de sécurité civile et valoriser le volontariat des sapeurs-pompiers est ainsi rédigé :

Après l'article L.6311-2 CSP¹, il est inséré un alinéa rédigé comme suit :

En vue d'assurer la bonne coordination de la prise en charge des patients, les services d'incendie et de secours et les services d'aide médicale urgente mettent en œuvre le renforcement de l'intégration opérationnelle des centres d'appels du secours et de la santé, basé sur l'interconnexion des outils de télécommunication, l'interopérabilité des systèmes d'informations et l'application de procédures communes, assurant l'unicité et la fluidité de l'information, la traçabilité partagée des interventions et l'optimisation des engagements, dans le strict respect du secret professionnel, en particulier médical.

Exposé des motifs

La régulation médicale a montré avec constance sa pertinence. Sa remise en cause ne paraît pas adaptée car ne répondant pas aux besoins de la population et de nombreux acteurs du soin.

A rebours de l'effet recherché, le choix du 112 unique pour la France entraînerait une augmentation de la surcharge opérationnelle des sapeurs-pompiers et induirait des transports inadaptés vers les services d'urgence. En effet, en l'absence d'une régulation médicale préalable systématique, le sur-engagement des moyens est attesté dans tous les pays qui disposent d'un numéro unique (Danemark, Angleterre, Finlande, Québec ...).

Le pacte de refondation des urgences, incluant la mise en œuvre du service d'accès aux soins, a été conçu précisément pour remédier à ce problème, qui ne doit pas être aggravé par une augmentation des transports vers les urgences, corollaire d'un numéro unique 112.

La mise en œuvre du service d'accès aux soins, inscrite par la représentation nationale dans la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, implique pour donner son plein effet une solution qui préserve la régulation médicale.

Plus que l'enjeu du numéro unique, l'interopérabilité des systèmes d'information est un élément majeur à renforcer dans plusieurs territoires. Les différents rapports consacrés au sujet ont notamment montré une obsolescence des systèmes d'information des SDIS, contribuant à ces dysfonctionnements. L'un des axes forts du service d'accès aux soins est dans ce cadre l'amélioration des interconnexions entre la santé et le secours. Plusieurs départements comme le Nord, le Rhône, la Somme et la Moselle ont déjà considérablement amélioré l'intégration de leurs plateformes dans un espace numérique commun.

¹ Alternative : création d'un article L.1424-44-1 du CGCT nouveau

Article 33 – Stages des étudiants en santé

L'article 33 de la PPL visant à consolider notre modèle de sécurité civile et valoriser le volontariat des sapeurs-pompiers est supprimé.

Exposé des motifs

L'objectif de faire connaître l'intérêt et les missions de volontariat sapeur-pompier est largement partagé. Actuellement, le SDIS peut rencontrer des difficultés pour être attractif sur l'ensemble du territoire. Cependant, le vecteur utilisé (la création de lieux de stage spécifiques et supplémentaires) pour faire connaître aux praticiens cette activité ne semble pas le bon.

Rien ne permet, à ce stade, de penser que le stage au SDIS ait une plus-value formatrice pour les étudiants de médecine concernés. Les lieux de stage font l'objet d'une procédure d'agrément très sélective délivrée par les responsables de spécialités universitaires. Il est fort probable que ces lieux de stage aient des difficultés à faire reconnaître leurs apports cliniques au regard des autres stages. De plus, tout projet d'augmentation du nombre de lieux de stage se fait par nature en défaveur des terrains de stage existants les moins attractifs et pourtant souvent pas les plus indispensables (à l'exemple de l'exercice en zone médicale sous dense, notamment en médecine générale). On voit actuellement que le taux d'inadéquation très fort des stages d'interne de médecine générale (supérieur à 120% dans certaines subdivisions) favorise la désertification de certains stages d'internes dans les zones plus éloignées de la faculté.

Par ailleurs, le format proposé, 6 mois, ne correspond à aucun des stages offerts aux étudiants de médecine (maximum de 3 mois dans les maquettes actuelles). Cela conduirait, pour les étudiants concernés, à ne pas valider des modules de formation (ou, au moins, à ne pas assister à certains cours).

Il pourrait donc être plus pertinent d'intégrer le SDIS dans les missions effectuées au sein du service sanitaire en santé. Les missions de prévention gagneraient à être élargies aux missions spécifiques du SDIS. Ce serait une manière de participer à la promotion des activités visées à l'actuel article 33, de manière probablement plus efficace, en garantissant in fine que des étudiants y participent vraiment.