

REGULATION MEDICALE, SECURITE DES PATIENTS ET EXPERTISE MEDICALE

Position de SAMU-Urgences de France sur le rapport
Beauvau de la sécurité civile



SAMU-URGENCES DE FRANCE

www.sudf.fr - contact@sudf.fr

PROPOSITIONS DE SAMU-URGENCES DE FRANCE

ANALYSE DU RAPPORT « BEAUVAU DE LA SECURITE CIVILE »

Le rapport de synthèse du Beauvau de la Sécurité Civile a été présenté par le Ministre de l'Intérieur et rendu public début septembre. Ce document a pour ambition de nourrir un potentiel projet de loi et engager des évolutions majeures de l'organisation du secours d'urgence à personne et de l'aide médicale urgente.

Nous tenons à exprimer notre vive inquiétude face à plusieurs orientations contenues dans ce rapport, qui **n'ont fait l'objet d'aucune concertation avec les acteurs du système de santé**, au premier rang desquels les SAMU-SMUR qui ont pourtant un rôle central et quotidien dans la régulation et la prise en charge des urgences médicales sur l'ensemble du territoire.

Certaines propositions, en particulier celles qui visent à étendre les prérogatives opérationnelles des Services d'Incendie et de Secours (SIS) **au détriment de la régulation médicale assurée par les SAMU-SAS (Services d'Accès aux Soins), sont contraires à la loi et apparaissent inacceptables.**

En fragilisant le rôle de la médecine d'urgence dans la chaîne de soins, **ces propositions compromettent à la fois la qualité et la sécurité de la prise en charge de nos concitoyens**, qu'il s'agisse d'urgences vitales ou relatives, et affaiblissent l'efficacité d'un système de santé déjà sous tension.

Elles risquent également d'**accentuer les disparités territoriales** dans l'accès aux soins urgents et non programmés, tout en remettant en cause l'équilibre patient-soignant, fondé sur la complémentarité entre médecins urgentistes et sapeurs-pompiers.

Il est essentiel de rappeler que les SAMU-SAS assurent aujourd'hui une réponse médicale immédiate et adaptée, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, pour tous les citoyens. Ils garantissent l'égalité d'accès aux soins et le bon usage des ressources de santé libérales et hospitalières, contribuant ainsi à éviter l'engorgement des services d'urgence. Leur rôle central dans la régulation et l'orientation des patients est décrite dans une réglementation précise inscrite dans le code de santé publique, s'appuyant sur un texte fondateur, la Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986.

Aussi, nous appelons de nos vœux à une véritable concertation parlementaire, associant pleinement les acteurs de santé avant toute réforme, afin de garantir que les évolutions législatives à venir soient guidées par un double objectif : l'intérêt des patients, la qualité de leur prise en charge et le bon usage des ressources parfois très fragilisées.

Comprenant les problématiques d'attractivité vécues par les acteurs de la Sécurité civile, nous avons fait le choix de proposer des alternatives afin de répondre à l'enjeu d'un système lisible, simplifié, efficient et soutenable, dans le respect de l'expertise de chacun des services de l'Etat.

SYNTHESE DES PROPOSITIONS SUDF

Les acteurs de la Santé défendent plusieurs principes clés :

- **Garantir le rôle de coordination de l'Aide Médicale Urgente (AMU) des SAMU-SAS**, qui permet chaque année de sauver des milliers de personnes ;
- **Garantir un accès efficace aux soins urgents et non programmés** à nos concitoyens grâce aux professionnels de santé ;
- **Réaffirmer le rôle central et incontournable de la régulation médicale**, assurée exclusivement par les SAMU-SAS pour une meilleure coordination des interventions (SMUR, Sapeurs-Pompiers, Ambulanciers privés) ;
- **S'opposer à tout article du projet de loi qui appellerait à modèle imposé de colocalisation physique des services et /ou l'instauration d'un numéro unique d'urgence ;**
- **Préserver le financement des hôpitaux** et stopper la dérive des coûts.

Nos mesures complémentaires aux propositions du rapport du Beauvau de la Sécurité civile :

Mettre en œuvre au plus vite l'évaluation objective et transparente des dispositifs prévue par la loi, afin d'éclairer les choix futurs du législateur sur la base de faits et non d'opportunités locales.	5
Les professionnels de la santé des SAMU-SAS s'opposent catégoriquement à cette mesure et demandent de :	7
Préserver les capacités d'engagement opérationnel et de gestion des vecteurs de secours par le SAMU-SAS.	7
Renforcer l'attractivité et la présence médicale sur les territoires	8
Garantir la supervision médicale pour les ISP	10
Imposer que chaque PISU soit co-signé à la fois par le SIS et par le SAMU.....	10
Permettre aux CODAMUPS de valider la création des zones d'implantations d'ISP, ICS ou UMH-P.	10
Rationaliser et mettre en cohérence l'implantation des nouveaux dispositifs infirmiers, validés par le CODAMUPS.....	10
Finaliser la rédaction de la doctrine nationale d'engagement des HéliSMUR coordonnée par le Ministère de la Santé (DGOS) et assurer une validation interministérielle associant le Ministère de l'Intérieur afin de garantir une approche d'Etat unifié.	11
Réviser le référentiel SUAP-AMU datant de 2008,	13
Préserver le 15 (numéro Santé), seul accès téléphonique direct pour les patients	15

SAMU-Urgences de France appelle le Gouvernement et les parlementaires à veiller à ce qu'une future loi relative à la sécurité civile respecte les évolutions structurantes du système de santé notamment relatives à l'accès aux soins urgents et non programmés, en consolidant le SAMU-SAS.

1. LA PROPOSITION DU BEAUVAU

« Généraliser, dans un délai réaliste et compatible avec les impératifs techniques, les plateformes communes de traitement de l'alerte (15-18-112). »

Unifier la mission de secours et soins d'urgence aux personnes, page 129

NOTRE ANALYSE

Les plateformes communes colocalisées – ces centres où cohabitent SIS et SAMU – se sont développées il y a une vingtaine d'années, moins par nécessité opérationnelle que par opportunités foncières, financière ou volontés locales. Majoritairement implantées au sein des SIS et souvent éloignées des établissements de santé, ces plateformes présentent un bilan contrasté. Si leurs promoteurs mettent en avant une meilleure réactivité en cas de crise, une gestion optimisée des urgences vitales ou une efficience accrue ; force est de constater qu'aucune évaluation rigoureuse ne vient étayer ces arguments. Comme le soulignait déjà la mission conjointe de l'Inspection générale de l'administration (IGA) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2018¹, une généralisation systématique de ce modèle, imposée sans discernement, risquerait même de produire l'effet inverse de celui escompté.

Pourtant, un tournant législatif est intervenu avec l'article 46 de la loi n° 2021-1520 du 25 novembre 2021², dite loi Matras. Pour la première fois, le législateur a appelé non seulement à dresser un bilan national des plateformes existantes, mais aussi à expérimenter des modèles alternatifs, notamment interconnectés représentant aujourd'hui 80% du territoire, plutôt que purement colocalisés. **Quatre ans après la promulgation de ce texte, le constat est accablant : aucun bilan n'a été engagé, aucune expérimentation n'a vu le jour malgré une mobilisation sans faille du Ministère de la Santé.** Dans ce vide opérationnel, toute décision hâtive d'évolution organisationnelle serait clairement prématurée, voire dangereuse notamment au regard de l'impact économique.

Pire, l'idée d'imposer par la loi une colocalisation systématique des SIS et des SAMU soulève des questions majeures. D'abord, celle du coût : les SAMU-SAS sont désormais généralisés sur le territoire national et leur plateforme de régulation des appels est majoritairement localisée au sein de l'établissement de santé siège du SAMU. L'accueil de nouveaux services, tels que les SIS, appellerait à étendre les infrastructures immobilières et interroge sur la faisabilité matérielle. **Elle nécessiterait un surcoût de reconstruction évalué à 5 à 10 millions d'euros pour chaque département.** En effet, l'extension des locaux existants afin d'accueillir les nouveaux professionnels de santé du SAS pose déjà un défi important aux établissements, et la seule solution serait une reconstruction.

Par ailleurs, il est aujourd'hui **inenvisageable de délocaliser les professionnels de santé de leur établissement support au regard des tensions en ressources humaines** des logiques de transversalité et de polyvalence d'exercice entre SAMU, SMUR et services d'urgence.

¹ [Rapport Igas-IGA sur les Samu-Sdis.pdf](#)

² [LOI n° 2021-1520 du 25 novembre 2021 visant à consolider notre modèle de sécurité civile et valoriser le volontariat des sapeurs-pompiers et les sapeurs-pompiers professionnels \(1\) - Légifrance](#)

Ensuite, celle de la pertinence : les résistances exprimées, tant par les forces de sécurité intérieure que par une grande majorité des professionnels de santé, révèlent un **modèle perçu comme une logique de contrôle organisationnel plutôt qu’une réponse aux besoins des patients**.

La colocation physique constitue un modèle daté face aux technologies actuelles, permettant une coordination fluide et dématérialisée qui s’inscrit dans le modèle d’Etat plateforme notamment porté par l’Agence du Numérique en Santé de la Sécurité Civile (ANSC) et l’Agence du Numérique en Santé (ANS) au travers des travaux des hubs nationaux.

Ces orientations stratégiques rendent obsolète l’obsession d’une centralisation physique, d’autant plus irréaliste dans les zones urbaines denses.

Dans ce contexte, la position défendue aujourd’hui par certains acteurs, notamment au sein du Beauvau de la Sécurité civile, semble davantage motivée par une volonté d’éviter l’expérimentation prévue par la loi Matras que par une quête d’efficacité. Les premiers résultats disponibles laissent en effet entrevoir des surcoûts importants pour des gains d’efficacité loin d’être établis. Plutôt que de s’engager dans une voie coûteuse et contestée, il paraît plus judicieux de s’appuyer sur les outils existants – interconnectés, flexibles et adaptés aux réalités territoriales – pour construire une réponse à la hauteur des enjeux. Une chose est sûre : l’urgence n’est pas à la précipitation, mais à l’évaluation lucide pour éclairer toute décision politique.

NOTRE PROPOSITION

Les professionnels de santé refusent que le modèle de plateforme commune de traitement et d’alerte soit généralisé.

L’expérimentation Matras est à l’arrêt en raison de difficultés avec le SIS 74. SUdF demande donc le respect strict de la loi Matras, à savoir :

Mettre en œuvre au plus vite l’évaluation objective et transparente des dispositifs prévue par la loi, afin d’éclairer les choix futurs du législateur sur la base de faits et non d’opportunités locales.

2. LA PROPOSITION DU BEAUVAU

« Sans remettre en cause la régulation médicale et les compétences du service d'accès aux soins (SAS), confier aux SIS la gestion des vecteurs de secours et d'évacuation des personnes, dans le cadre des urgences préhospitalières. »

Unifier la mission de secours et soins d'urgence aux personnes, page 129

NOTRE ANALYSE

La proposition du Beauvau de la Sécurité civile, qui suggère de confier aux SIS la gestion des vecteurs de secours et d'évacuation des personnes dans le cadre des urgences préhospitalières soulève des interrogations fondamentales. Les implications inhérentes sont bien plus profondes et complexes.

En France, la santé représente le premier motif d'appels d'urgence, avec 37 millions d'appels annuels, c'est plus d'un appel par seconde³. Face à cette réalité, la généralisation des SAMU-SAS a permis de répondre à un impératif : améliorer l'accès aux soins urgents et non programmés pour des millions de citoyens.

Rappelons-le, la loi confère aux SAMU un rôle central : ils déterminent et déclenchent, dans les délais les plus brefs, la réponse la plus adaptée à la nature de chaque appel. Leur mission, transversale, couvre l'évaluation, le déclenchement, le suivi et l'admission du patient, renforçant ainsi la coordination et l'efficacité de la prise en charge⁴.

Ces structures ont su fluidifier l'accès aux soins, limiter la saturation des services d'urgence et de l'offre de soin, et intégrer une diversité d'acteurs (médecins, infirmiers, professionnels paramédicaux dont les ambulanciers) dans une logique de coordination territoriale. Elles ont également ouvert de nouvelles filières de soins, comme la psychiatrie ou le médico-social, renforçant ainsi la visibilité et l'accès aux soins spécialisés, tout en luttant contre les déserts médicaux⁵.

Le SAMU-SAS, c'est :

- plus d'un appel/seconde,
- 37 millions d'appels/an,
- plus de 10 000 rdv pris par patient/mois
- 734 000 SMUR

Au cœur de ce dispositif, la régulation médicale joue un rôle clé. Elle assure une répartition efficace des ressources entre les différents professionnels – SMUR, unités mobiles hospitalières et paramédicalisées, infirmiers correspondants du SAMU, médecins libéraux, infirmiers en pratique avancée, infirmiers sapeurs-pompiers, ou encore les Associations des Transports Sanitaires Urgents (ATSU). Cette régulation constitue le socle d'une réponse coordonnée, ajustée et proportionnée aux besoins des patients. Il est donc indispensable de maintenir le mécanisme de régulation médicale des carences, qui garantit que chaque décision d'engagement des moyens de transport ou d'évacuation est médicalement justifiée et adaptée aux besoins des patients.

Dans ce contexte, l'idée de transférer la gestion des moyens de transport et d'évacuation à un acteur extérieur à l'hôpital public soulève deux écueils majeurs. D'abord, cette mesure est contraire à la loi, ensuite, elle se confronte à la **méconnaissance de l'organisation des services que seuls les**

³ [Plateforme numérique du SAS | esante.gouv](https://plateforme-numerique-du-sas.esante.gouv.fr/)

⁴ Articles L. 6112-1 à L. 6112-9 et R. 6123-1 à R. 6123-105 du Code de santé publique et Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006

⁵ Décret n° 2023-1056 du 7 novembre 2023

professionnels de santé des SAMU-SAS maîtrisent : les plateaux techniques hospitaliers, les liens privilégiés avec les professionnels de santé, ou encore la capacité à orienter le patient vers la structure la plus adaptée reposent sur une connaissance fine du système, que les SIS ne possèdent pas.

Ensuite, **une absence d'expertise médicale : la gestion des moyens de transport ne peut être dissociée du diagnostic médical**. C'est bien le médecin régulateur, fort de son expertise clinique, qui est à même de décider d'une part du moyen le plus adapté ; qu'il s'agisse d'une ambulance, d'un hélicoptère médicalisé ou d'une simple orientation vers un médecin de ville ; et d'autre part de son orientation optimisée pour proposer le meilleur parcours de soin adapté à chaque patient et assurer une sécurité des soins maximale.

Ainsi, si la volonté d'optimiser les secours est louable, elle ne saurait se faire au détriment de l'expertise médicale, garante d'une prise en charge sûre et efficace. La régulation médicale n'est pas un simple maillon de la chaîne des secours : elle en est le cœur. La confier à un acteur non médical reviendrait à fragiliser l'ensemble du système, au risque de mettre en péril la qualité des soins d'urgence pour des millions de patients. Préservons l'expertise.

NOTRE PROPOSITION

Les professionnels de la santé des SAMU-SAS s'opposent catégoriquement à cette mesure et demandent de :

Préserver les capacités d'engagement opérationnel et de gestion des vecteurs de secours par le SAMU-SAS.

3. LA PROPOSITION DU BEAUVAU

« Conforter et renforcer les compétences des SP en secourisme et en paramédicalisation afin de préserver la ressource médicale pour l'hôpital »

Unifier la mission de secours et soins d'urgence aux personnes, page 129

NOTRE ANALYSE

Le SAMU-SAS assure déjà une réponse graduée et adaptée aux besoins des patients, intégrant pleinement la paramédicalisation là où elle est pertinente. Cependant, renforcer davantage les compétences paramédicales des sapeurs-pompiers sans garantir la présence d'un médecin lorsque la situation l'exige pose un problème majeur. En cas de complication, l'absence de médecin sur place peut entraîner des pertes de chance pour les patients, creusant ainsi des inégalités sanitaires entre les territoires.

Le cœur du débat ne réside pas dans l'extension des compétences paramédicales, mais dans la garantie d'une présence médicale chaque fois qu'elle est nécessaire. Les urgentistes assument une responsabilité médicale et juridique que ne peuvent endosser des secouristes, fussent-ils hautement qualifiés. Transférer massivement des compétences médicales aux sapeurs-pompiers reviendrait à déléguer aux SIS, ce qui relève en réalité d'une responsabilité nationale en matière de santé publique. Or, la population a légitimement confiance dans le fait que les situations vitales seront prises en charge par un médecin lorsque cela s'avère indispensable.

Plutôt que de renforcer la paramédicalisation comme solution de contournement, il est essentiel de s'attaquer à la racine du problème : la crise hospitalière et la pénurie de médecins. Adapter la réponse aux urgences ne doit pas signifier médicaliser moins, mais médicaliser juste, en garantissant une présence médicale là où elle est nécessaire. Le rôle de l'État n'est pas de s'exonérer de cette responsabilité, mais bien de la renforcer, en améliorant l'attractivité des territoires pour les professionnels de santé et en assurant une répartition équitable des ressources.

NOTRE PROPOSITION

Renforcer l'attractivité et la présence médicale sur les territoires plutôt que de développer une stratégie de contournement, qui à terme affaiblirait la qualité des soins. L'enjeu n'est pas de substituer les médecins par des paramédicaux, mais de garantir que chaque patient bénéficie du niveau de prise en charge adapté à son état, avec un médecin présent dès que la situation l'exige. C'est à cette condition que le système de secours restera à la fois efficace et équitable.

4. LA PROPOSITION DU BEAUVAU

« *Permettre aux SIS de développer une réponse graduée pour le secours à personnes.* »

Unifier la mission de secours et soins d'urgence aux personnes, page 129

NOTRE ANALYSE

Si l'intention de mieux adapter les moyens aux besoins des patients est légitime, cette mesure soulève des questions cruciales sur la sécurité des soins, la cohérence des pratiques et la responsabilité médicale.

Les Infirmiers de Sapeurs-Pompiers (ISP) disposent aujourd'hui de compétences étendues en soins d'urgence. Pourtant, leurs interventions sont placées sous la responsabilité d'un médecin. En effet, contrairement aux médecins, les ISP ne bénéficient ni de l'autonomie décisionnelle, ni de la responsabilité juridique qui en découle. Lorsqu'un ISP est engagé dans une mission de secours médicalisé, il doit agir strictement selon les directives du médecin régulateur du SAMU, qui seul coordonne les soins et valide les décisions médicales⁶. Sans ce cadre, on **risquerait de voir émerger une forme de substitution médicale non encadrée, où la paramédicalisation s'effectuerait sans la supervision indispensable à la sécurité des patients.**

Les Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence (PISU) définissent les actes qu'un infirmier (ISP ou IDE) peut réaliser sans contact immédiat avec un médecin. Or, aujourd'hui, certains de ces protocoles sont élaborés localement, parfois uniquement par les SIS, en dehors de toute évaluation ou validation par les sociétés savantes, ce qui conduit à des pratiques divergentes d'un département à l'autre. Une telle disparité peut non seulement mettre en danger la sécurité des patients, mais aussi **créer une médecine « à géométrie variable », où la qualité des soins dépendrait du territoire plutôt que de standards nationaux.**

Les implantations de paramédicalisation des SIS se multiplient de manière disparate sur les territoires. Leur développement, bien que répondant à des besoins réels, **manque souvent de cohérence globale et d'articulation claire avec le SAMU.** Dans un contexte de pénurie de ressources humaines, cette fragmentation des initiatives risque d'affaiblir l'efficacité du système plutôt que de l'optimiser, pouvant même créer une compétition avec d'autres dispositifs. Pour répondre de manière graduée aux besoins de soins des patients, les SAMU, en lien avec la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), mettent en place les Unité Mobile Hospitalière Paramédicalisée (UMH-P). L'articulation des dispositifs opérationnels et la coordination de la réponse doit s'opérer par les SAMU dans une volonté d'efficacité.

⁶ Article L. 6311-2 et Article R. 4311-14 du Code de Santé publique

NOS PROPOSITIONS

Garantir la supervision médicale pour les ISP : Définir les situations qui appellent à un départ réflexe d'un ISP afin d'améliorer la prise en charge de nos concitoyens. En dehors de ces cas, leur engagement doit être validé par le Médecin Régulateur d'Urgence (MRU).

Imposer que chaque PISU soit co-signé à la fois par le SIS et par le SAMU pour assurer une cohérence médicale et un alignement avec les référentiels nationaux de médecine d'urgence.

Permettre aux CODAMUPS de valider la création des zones d'implantations d'ISP, ICS ou UMH-P.

Rationaliser et mettre en cohérence l'implantation des nouveaux dispositifs infirmiers, validés par le CODAMUPS, pour éviter une organisation éclatée et optimiser les ressources disponibles.

5. LA PROPOSITION DU BEAUVAU

« Optimiser la coordination des moyens hélicoptérés des ministères de l'Intérieur et de la Santé, pour garantir une complémentarité cohérente dans les domaines du secours, de l'évacuation et du transport sanitaire de personnes. »

Unifier la mission de secours et soins d'urgence aux personnes, page 129

NOTRE ANALYSE

Il est essentiel de mieux coordonner le recours aux hélicoptères de la Sécurité civile et ceux du SAMU-SMUR (HéliSMUR) qui aujourd'hui fonctionnent souvent en parallèle, parfois en concurrence.

En cas de double demande (un SAMU et un CODIS), la décision peut devenir conflictuelle, chacun défendant la priorité de sa mission. Cela est d'autant plus tendu que les moyens aériens sont limités et que les deux acteurs ont des critères d'urgence parfois différents. Les retards dans les décisions d'envoi des hélicoptères représentent des pertes de chance évidentes pour les patients. Dans certaines régions, des protocoles ont été mis en place pour clarifier les rôles et éviter les chevauchements, mais ces accords ne sont pas généralisés.

SUdF tient à alerter sur le fait que l'hélicoptère est un vecteur de soins et de transport médical quand il est activé par le SAMU : le choix d'y recourir relève d'un raisonnement médical (urgence vitale, distance, plateau technique adapté). Si la coordination glisse sous une logique purement opérationnelle (sécurité civile), il y a un **risque de décisions inadaptées médicalement pour les patients**. La rapidité ne doit pas se faire au détriment de la pertinence médicale.

NOTRE PROPOSITION

Afin de simplifier la coordination, le pilotage doit rester sous responsabilité médicale du SAMU, et l'organisation de l'activité sanitaire des moyens hélicoptérés doit être coordonnée par la santé.

Finaliser la rédaction de la doctrine nationale d'engagement des HéliSMUR coordonnée par le Ministère de la Santé (DGOS) et assurer une validation interministérielle associant le Ministère de l'Intérieur afin de garantir une approche d'Etat unifié.

6. LEUR PROPOSITION DU BEAUVAU

« *Sur le plan financier, mettre fin au mécanisme des carences, générateur de difficultés récurrentes, au profit d'une contribution cohérente de la Santé et de l'Assurance maladie au système de sécurité civile et aux SIS en particulier.* »

[Unifier la mission de secours et soins d'urgence aux personnes, page 129](#)

NOTRE ANALYSE

Dans plusieurs départements, la prise en charge et le transport des patients se heurtent à des difficultés persistantes. Les SIS refusent parfois d'engager des Véhicules de Secours et d'Assistance aux Victimes (VSAV) en raison de carences opérationnelles, ou à l'inverse, les surengagent, ce qui perturbe les délais de prise en charge et met en difficulté les SAMU. Ces tensions trouvent notamment leur origine dans la notion de « *détresse fonctionnelle justifiant l'urgence à agir* », introduite par la loi Matras, mais jamais définie de manière consensuelle entre les SAMU et les SIS.

Les conséquences sont lourdes :

- **Un coût exorbitant** : Selon les estimations de SUdF, **les carences représentent près de 100 millions d'euros pour le système de santé.**
- **Une charge opérationnelle insoutenable** : Multiplication des réorientations, perte de temps médical, épuisement des équipes déjà sous tension.
- **Un risque pour les patients** : Des délais de prise en charge allongés, une qualité des soins potentiellement altérée.

Si la volonté de clarifier les modalités de financement est nécessaire, la mesure proposée par le Beauvau de la Sécurité civile comporte des risques majeurs.

Tout d'abord, cela risque de banaliser le recours aux sapeurs-pompiers. En effet, déjà sursollicités, les SIS pourraient voir leur charge de travail augmenter sans que les moyens humains et matériels ne suivent, aggravant ainsi leur situation. De plus, sans une régulation fine, cette mesure pourrait conduire à **une perte de pertinence médicale, avec des transports inutiles ou mal orientés, aggravant la congestion des services d'urgence. Il est indispensable d'exiger le maintien du mécanisme de régulation médicale des carences, véritable garantie d'une prise en charge coordonnées, sécurisée et médicalement justifiée.** La disparition de cette régulation ferait peser un risque majeur de décisions non médicalisées et d'engagements inadaptés. Par ailleurs, un financement direct des SIS par l'Assurance maladie, sans cadre strict, pourrait entraîner une dérive financière, sans garantie d'amélioration du service rendu. Enfin, **les fonds alloués aux SIS seraient autant de ressources soustraites à l'hôpital public, déjà en difficulté**, risquant d'aggraver les inégalités territoriales et la pénurie de moyens.

Plutôt que de supprimer purement et simplement le mécanisme des carences, **il est préférable de réviser en profondeur le référentiel SUAP-AMU** (Secours d'Urgence à Personne – Aide Médicale Urgente), publié en 2008⁷ et amendé en 2015. Ça serait également l'occasion d'avoir une définition partagée (SAMU, SIS, TSU) du concept de « *détresse fonctionnelle justifiant l'urgence à agir* », afin de clarifier les critères d'engagement des moyens, de réduire les tensions sur le terrain et de réviser le

⁷ [Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente](#)

champ missionnel d'engagement de chacun des acteurs. Cette révision doit se faire avec toutes les parties prenantes dont les ambulanciers privés qui en sont aujourd'hui exclus.

NOTRE PROPOSITION

Réviser le référentiel SUAP-AMU datant de 2008, afin de revoir le champs missionnel de chaque acteur du préhospitalier en exigeant le maintien du mécanisme de régulation médicale des carences, et répondre au problème des carences par une approche nationale et une validation d'une définition partagée en intégrant les ambulanciers privés.

7. LA PROPOSITION DU BEAUVAU

« Confier au préfet de département la responsabilité de la coordination de la prise en charge des urgences préhospitalières et faire du préfet le garant de la cohérence territoriale des moyens alloués. »

Unifier la mission de secours et soins d'urgence aux personnes, page 128

NOTRE ANALYSE

Les citoyens attendent de l'action publique qu'elle soit proche, lisible et efficace. Dans ce cadre, la récente circulaire sur la réforme de la déconcentration⁸ précise :

- « En matière d'organisation des soins, sauf en cas d'urgence, le préfet de région émettra un avis, après consultation du préfet de département, avant toute décision de retrait par le directeur général de l'ARS d'une autorisation d'activité de soins ou d'un établissement médico-social. En cas de suspension de ce type d'autorisation, le directeur général de l'ARS devra recueillir l'avis du préfet de département. »
- « Si le préfet n'a pas vocation à traiter de la fiscalité, de l'action pédagogique ou de la gestion des hôpitaux, il a toute légitimité en matière d'organisation spatiale des services, afin de faire valoir un aménagement du territoire cohérent et équilibré »,

Cette réglementation confirme la place élargie du préfet dans l'organisation territoriale des services publics. Si elle peut faciliter la bonne organisation des soins à l'échelle du territoire, elle doit préserver les organisations sanitaires. **La prise en charge des urgences relève d'une expertise médicale spécialisée sous la responsabilité du SAMU.** La régulation médicale est garantie par le Code de la santé publique (art. L.6112-1 et R.4127-4) et repose sur le **secret médical et l'indépendance professionnelle.**

NOTRE PROPOSITION

Afin de protéger l'expertise médicale en faveur des patients plutôt que la décision organisationnelle et budgétaire : **renforcer le rôle du CODAMUPS** (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et des Soins), présidé par le Préfet **Attribuer aux CODAMUPS un rôle décisionnaire et un pouvoir de validation des protocoles avec un mécanisme d'arbitrage en cas de désaccord persistant.** Le préfet disposera d'un rôle de supervision, s'appuyant sur les décisions laissées entre les mains des opérationnels. Le CODAMUPS permet donc une coordination sans bureaucratie supplémentaire, existante, acceptée par les professionnels et adaptable à chaque territoire.

⁸ circulaire n°6504/SG [CIRC](#)

8. NOS PROPOSITIONS COMPLEMENTAIRES

Face au vieillissement de la population, **intégrer et généraliser les filières Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) et les filières gériatriques directement au sein des SAMU-SAS et structurer la filière gériatologique territoriale**. L'objectif est d'assurer un suivi renforcé des patients les plus vulnérables (personnes âgées, en situation de précarité, atteintes de maladies chroniques, etc.), en collaboration avec le médecin traitant du patient, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), qui coordonnent les professionnels de santé locaux (médecins, infirmiers, pharmacies, etc.) et les services sociaux (aide sociale, travailleurs sociaux, etc.).

Cette proposition vise à **créer un pont entre l'urgence, la médecine de ville et le social, pour que les patients vulnérables ne « disparaissent » pas après un appel au SAMU ou une prise en charge aux urgences**. L'idée est de garantir un suivi personnalisé et coordonné, en s'appuyant sur les acteurs locaux (médecins, CPTS, services sociaux), plutôt que de laisser ces patients sans solution après une crise, évitant ainsi les ruptures de parcours de soins.

Préserver le 15 (numéro Santé), seul accès téléphonique direct pour les patients : L'accès téléphonique de la population au SAMU-SAS doit être direct, sans filtrage, ni intermédiaire préalable. Tout intermédiaire entre le patient et les professionnels de santé entraîne une perte de chance et une perte d'information. Les premiers mots spontanés des appelants sont essentiels dans l'appréciation du besoin de soins urgents.

Pour éviter la confusion entre les nombreux numéros d'urgence, il est essentiel de conserver le 15 pour les urgences médicales, bien connu des Français, et le 17 pour les urgences secours et sécurité. **Un numéro unique d'urgence serait inefficace, coûteux et ralentirait la prise en charge des patients**. Enfin, il ajouterait de la confusion au moment où les SAMU-SAS commencent à être connus par la population et montrent leur efficacité dans la bonne orientation des patients dans le système de soins.

LEXIQUE

15 : numéro des urgences santé (SAMU)

17 : numéro d'urgence sécurité commun à la police et la gendarmerie

18 : numéro d'urgence secours des sapeurs-pompiers

AMU : Aide Médicale Urgente – Ensemble des moyens mis en œuvre pour assurer la prise en charge des urgences médicales.

AP : Ambulances Privées

CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires - Instance consultative placée auprès du préfet pour organiser et coordonner, à l'échelle du département, l'aide médicale urgente, la permanence des soins et les transports sanitaires.

DAC-PTA : Dispositif d'Appui à la Coordination - Plateforme Territoriale d'Appui – Structure qui accompagne les professionnels de santé et les établissements dans la coordination des parcours de soins, notamment pour les patients fragiles ou complexes.

ISP : Infirmier Sapeur-Pompier - Infirmiers ou des sage-femmes engagés au sein du Service de santé et de secours médical du Service départemental d'incendie et de secours des sapeurs-pompiers.

PISU : Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence – Ensemble des actes qu'un infirmier (ISP ou IDE) peut réaliser sans contact immédiat avec un médecin.

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente – Service hospitalier chargé de la régulation des urgences médicales et de l'envoi des secours appropriés.

SAS : Service d'Accès aux Soins – Dispositif de régulation des appels urgences santé associant d'une part les moyens de régulation du SAMU pour gérer les appels d'urgence et des professionnels libéraux pour gérer les appels relevant des soins non programmés. Des filières spécifiques (gériatrie, pédiatrie, psychiatrie) peuvent y être associées.

SC : Sécurité Civile – Organisation dédiée à la gestion des risques, catastrophes et secours en France.

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours – Organisme public chargé de la prévention, de la protection et des interventions d'urgence contre les incendies et autres risques sur un département.

SIS : Service d'Incendie et de Secours - Organisation publique chargée de la prévention, de la protection et des interventions d'urgence contre les incendies et autres risques.

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation – Équipe médicale hospitalière spécialisée dans les interventions d'urgence.

SUAP : Secours d'Urgence Aux Personnes – Mission des Services d'Incendie et de Secours (pompiers) pour porter assistance aux personnes en détresse.

TSU : Transports Sanitaires d'Urgence - Déplacements de patients nécessitant une prise en charge médicale ou paramédicale immédiate, souvent organisés par le SAMU, le SMUR ou des ambulances spécialisées.

UMH-P : Unité Mobile Hospitalière Paramédicalisée - Binôme (infirmier + ambulancier) qui intervient à domicile sous régulation SAMU quand la situation ne requiert pas nécessairement la présence d'un médecin urgentiste.