



**Objet : Projet de loi n° 651 – Contrat territorial de secours d’urgence –
Observations du SNSPP-PATS**

Madame la Sénatrice, Monsieur le Sénateur,

Nous avons pris connaissance du courrier adressé le 22 juin 2026 par vingt-huit organisations médicales et hospitalières vous demandant de rejeter les amendements relatifs au contrat territorial de secours d’urgence. Nous en respectons la démarche et partageons l’attachement au principe de régulation médicale, qui n’est en rien menacé par le dispositif discuté. Nous souhaitons néanmoins porter à votre connaissance des données et des arguments que ce courrier omet, et qui nous paraissent déterminants pour l’intérêt des patients et l’égalité territoriale d’accès au secours.

1. Le système actuel n’est ni « clair » ni « éprouvé » : les chiffres le contredisent.

Le courrier qualifie le modèle actuel de « système clair et éprouvé » sans produire un seul indicateur. Les données nationales de sécurité civile établissent pourtant un tableau systémique préoccupant : les services d’incendie et de secours traitent plus de 10 millions de sollicitations par an, dont plus de 70 % à caractère sanitaire. Plus de 700 000 interventions annuelles sont réalisées pour carence ambulancière — autant d’engagements que le système de régulation actuel n’a pas su anticiper. Les urgences hospitalières enregistrent des fermetures partielles récurrentes touchant près de 20 % des établissements. Le même courrier évoque lui-même une « crise des transporteurs sanitaires privés » : il est difficile de défendre un modèle éprouvé et de reconnaître simultanément sa crise structurelle.

2. Gouvernance des ressources et décision médicale sont deux niveaux distincts.

Le courrier assimile contrat territorial et remise en cause de la régulation médicale. C’est un amalgame. La décision clinique et l’orientation du patient relèvent du médecin régulateur : personne ne le conteste. Ce qui est proposé, c’est un cadre contractuel permettant au Préfet et aux élus locaux de disposer d’un levier de coordination entre acteurs — SAMU, SIS, ambulanciers — pour garantir la continuité du secours sur l’ensemble du territoire, y compris en cas de défaillance d’un acteur. Confondre organisation des moyens et décision clinique revient à prétendre que le schéma directeur d’un hôpital décide du traitement des patients. Ce n’est pas ainsi que fonctionne la gouvernance publique.

3. La réforme de 2022 sur les carences : une réalité plus complexe.

Le courrier affirme que la réforme des transports sanitaires de 2022 « a permis de réduire de manière significative le nombre de carences ». Cette affirmation appelle une nuance importante : les carences ont été en partie redéfinies administrativement, ce qui produit une amélioration statistique sans réduire nécessairement le phénomène réel sur le terrain. Les sapeurs-pompiers continuent d’assurer sous d’autres intitulés des missions relevant des transporteurs privés. Que le même courrier évoque dans sa conclusion une « crise des transporteurs sanitaires » confirme que la réforme n’a pas résolu le problème de fond.

4. Les SIS ne sont pas une variable d’ajustement gratuite du système de santé.

Le secours à personne représente aujourd’hui 70 à 80 % des interventions des services d’incendie et de secours. Ce n’est pas un dévoiement : c’est une réalité opérationnelle consolidée depuis trente ans, reconnue par le législateur. Cette capacité — , 45000 sapeurs-pompiers professionnels, 200 000 sapeurs-pompiers volontaires, une structure administrative solide, un maillage territorial sans équivalent, une disponibilité 24h/24 — est financée par les collectivités locales, non par l’Assurance maladie. Le système hospitalier dont le SAMU en bénéficie gratuitement. Le contrat territorial permettrait précisément de tenir compte de cette contribution, ce que le courrier admet caricature en « revendication » syndicale sans y répondre sur le fond.

05 57 15 24 18

6 rue Paul Éluard
33600 PESSAC

contact@snspp-pats.fr

5. La coalition des signataires ne représente pas l'ensemble des acteurs.

Vingt-huit organisations ont signé ce courrier. Aucune ne représente les services d'incendie et de secours, les conseils départementaux qui les financent, les élus locaux, ni les usagers des territoires ruraux où les SIS sont souvent le seul recours disponible en moins de dix minutes. Le même courrier critique l'absence de concertation sur les amendements : on ne peut qu'observer que les grandes concertations des dernières années — rapport Pelloux, états généraux des urgences, travaux du SAS — ont été pilotées par et pour les acteurs médicaux, sans voix réelle pour les SIS. Invoquer le manque de concertation lorsqu'on a monopolisé les instances est un argument qui mérite d'être pesé avec discernement.

Depuis de nombreuses années nous demandons, sans succès à la santé de discuter avec la sécurité civile. Cette réaction tardive après les travaux du Beauvau de la sécurité civile, dont ils ont été partie prenante, ne peut qu'interpeller et questionner le corporatisme médical.

C'est pourquoi nous ne vous demandons pas de trancher entre deux lobbies, mais d'exiger que le dispositif, quelle qu'en soit la forme finale, soit construit avec l'ensemble des acteurs du secours — services d'incendie et de secours, élus locaux, représentants des territoires ruraux, professionnels de santé — sur la base de données objectives, dans le respect strict de la régulation médicale et avec un mécanisme tenant compte des contributions des SIS aux missions sanitaires. La sagesse parlementaire n'est pas de rejeter mais de corriger et d'élargir.

Nous demeurons à votre disposition pour vous présenter les données nationales de sécurité civile et contribuer positivement aux travaux du Sénat sur ce sujet d'intérêt général.

Veillez agréer, Madame la Sénatrice, Monsieur le Sénateur, l'expression de notre haute considération.

Pour le SNSPP-PATS, Frédéric MONCHY

ANNEXE TECHNIQUE

Fondements juridiques, opérationnels et doctrinaux

Cette annexe développe trois thèmes de fond que le courrier du 22 juin 2026 n'aborde pas, et dont la compréhension est indispensable pour apprécier la portée réelle du contrat territorial de secours d'urgence.

1 – La primauté du Préfet, directeur des opérations de secours

Un principe constitutionnel que le modèle actuel contourne en pratique

Le droit positif est sans ambiguïté. Aux termes de l'article L. 742-2 du code de la sécurité intérieure, le représentant de l'État dans le département est le directeur des opérations de secours dès lors que celles-ci concernent plusieurs communes ou revêtent une certaine ampleur. Cette compétence est le prolongement direct du pouvoir de police administrative générale que lui confère la Constitution et la loi. Elle est antérieure, par nature, à toute organisation sectorielle — qu'elle soit sanitaire, hospitalière ou ambulancière. Le Préfet n'est pas un coordonnateur d'appoint : il est le garant de la continuité opérationnelle de la réponse de l'État face à toute situation de crise ou d'urgence, quelle qu'en soit la nature.

Art. L. 742-2 CSI : « Le représentant de l'État dans le département dirige les opérations de secours dont l'ampleur le justifie. » – Art. L. 1424-3 CGCT : le service d'incendie et de secours est placé sous l'autorité du Préfet pour l'exécution des missions opérationnelles.

Or le système actuel de régulation médicale, tel qu'il s'est construit depuis les années 1980, a progressivement institué un piédestal décisionnel autonome autour du SAMU-SAS, sans ancrage dans la hiérarchie opérationnelle de l'État. Le médecin régulateur dispose d'une autorité fonctionnelle sur les moyens de secours dans le domaine de la décision clinique — ce qui est légitime et nécessaire. Mais cette autorité fonctionnelle s'est progressivement étendue à l'orientation et à la mobilisation des ressources opérationnelles des SIS, sans que les SIS ni le Préfet disposent d'un quelconque droit de regard sur les critères d'engagement. En d'autres termes, le SAMU décide de l'emploi de moyens qu'il ne finance pas, sur lesquels il n'exerce pas d'autorité hiérarchique, sans rendre compte à l'autorité préfectorale. Le contrat territorial de secours d'urgence ne fait pas autre chose que de rétablir, dans le cadre conventionnel, la primauté que la loi confie déjà au représentant de l'État.

2 – Les SIS assurent l'essentiel de l'aide médicale urgente nationale

Une chaîne complète et structurée, systématiquement invisible dans le débat

Le courrier du 22 juin décrit un système d'urgence dont les acteurs seraient le SAMU-SAS, le SMUR et les services d'urgence hospitaliers. Cette vision est lacunaire au point d'en être inexacte. Avec plus de 10 millions de sollicitations annuelles, dont 70 à 80 % à caractère sanitaire, et plus de 700 000 interventions pour carence ambulancière, les services d'incendie et de secours constituent de fait le premier opérateur de l'aide médicale urgente en France. Cette réalité opérationnelle n'est pas une dérive ou un dévoiement : elle est reconnue par le législateur depuis la loi du 3 mai 1996 relative aux SIS, consacrée par le référentiel commun DGSCGC/DGOS du 25 juin 2008, et confirmée chaque année par les statistiques nationales de la sécurité civile.

Ce que le débat ignore systématiquement, c'est que les SIS ne déploient pas des secouristes isolés : ils mettent en œuvre une chaîne médicale complète et articulée. Les sapeurs-pompiers secouristes en constituent le premier échelon, formés au secourisme avancé et présents sur l'ensemble du territoire national grâce au maillage des 245 000 sapeurs-pompiers. Les infirmiers de sapeurs-pompiers — dont le rôle a été consacré par le décret du 27 juin 2023 — assurent une prise en charge avancée, notamment dans le cadre des véhicules légers infirmiers (VLI), qui constituent un échelon intermédiaire sans équivalent dans la chaîne hospitalocentriste. Les médecins de SIS complètent cet édifice, intervenant en appui ou en substitution selon les situations. Enfin, les centres opérationnels départementaux d'incendie et de secours (CODIS), avec souvent leurs officiers de santé CODIS,

assurent une régulation opérationnelle en temps réel sur l'ensemble du territoire 24h/24, 365 jours par an.

Loi n° 96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours – Référentiel commun DGSCGC/DGOS du 25 juin 2008 – Décret n° 2023-547 du 27 juin 2023 relatif aux infirmiers de sapeurs-pompiers.

Cette organisation intégrée, financée par les conseils départementaux à hauteur de près de 5 milliards d'euros annuels, fonctionne en dehors de tout financement de l'Assurance maladie. Le système hospitalier dont le SAMU en bénéficie comme d'un bien public gratuit. Le contrat territorial de secours d'urgence aurait notamment pour effet de reconnaître cette contribution et d'asseoir les acteurs autour d'un sujet commun. Refuser ce contrat, c'est aussi refuser de reconnaître cette réalité.

3 – La régulation médicale : instrument indispensable, réponse insuffisante

Une doctrine qui a sa valeur propre mais ne peut s'ériger en réponse universelle

La régulation médicale assurée par le SAMU-SAS est un acquis précieux du système français. Elle permet d'orienter le patient vers la ressource la plus adaptée à son état clinique, de prévenir les recours inutiles aux urgences et de réserver les moyens les plus lourds aux situations les plus graves. Ce principe n'est pas en cause. Ce qui l'est, c'est la tendance à ériger la régulation en réponse unique, universelle et suffisante à tout problème d'organisation des secours d'urgence. Cette approche, pour laquelle nous proposons le terme de « doctrine régulatoire exclusive », produit des angles morts systémiques que les données nationales rendent aujourd'hui manifestes.

Le premier angle mort est territorial. La régulation médicale suppose l'existence de ressources disponibles à orienter. Dans les zones rurales, périurbaines ou en situation de tension hospitalière, cette disponibilité fait défaut. Aucun acte de régulation ne peut créer une ambulance là où il n'en existe pas, ni réduire un délai SMUR de 45 minutes à 10 minutes. Dans ces territoires — qui représentent une part croissante du territoire national au regard de la désertification médicale — les SIS sont structurellement le premier et souvent le seul recours effectif. Une doctrine centrée sur la régulation qui ne s'interroge pas sur la disponibilité des ressources qu'elle oriente est une doctrine incomplète.

Le deuxième angle mort est financier et institutionnel. La régulation médicale, en tant que mécanisme de décision clinique, ne dispose d'aucun levier pour garantir la disponibilité opérationnelle des moyens qu'elle mobilise dont les établissements de soins. Elle peut décider d'envoyer un VSAV : elle ne peut pas décider de son financement, de sa maintenance, de sa localisation territoriale, ni de l'effectif qui la compose. Ces décisions relèvent de la gouvernance publique territoriale — conseils départementaux, Préfets, parlementaires — non de la médecine. C'est précisément là que le contrat territorial de secours d'urgence trouve sa justification : il ne substitue pas la décision politique à la décision médicale. Il donne à la puissance publique un instrument pour garantir que les ressources nécessaires à l'exercice de la régulation sont effectivement disponibles, réparties équitablement et financées de manière transparente. Il pourrait même devenir un outil pour renforcer les moyens hospitaliers !

Le troisième angle mort est d'ordre démocratique. Le courrier du 22 juin oppose implicitement une « décision médicale » à d'hypothétiques « arbitrages non médicaux », suggérant que toute intervention de la gouvernance territoriale serait une menace pour la qualité des soins. Cette posture revient à contester la légitimité du contrôle démocratique sur l'organisation d'un service public. L'organisation des secours d'urgence ne saurait être soustrait indéfiniment au regard des représentants élus, des conseils départementaux qui en assurent le financement et des préfets à qui la loi confie la direction des opérations. La régulation médicale est une prérogative clinique : elle n'est pas une exemption permanente au principe de responsabilité publique.

BIBLIOGRAPHIE

Contrat territorial de secours d'urgence – Texte n° 651 (2025-2026)

I. Sources statistiques officielles

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SÉCURITÉ CIVILE ET DE LA GESTION DES CRISES

(DGSCGC). *Statistiques des services d'incendie et de secours.* Édition 2025 (données 2024). Paris : Ministère de l'Intérieur, décembre 2025. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/documentation/etudes-et-statistiques/statistiques-2024-dgscgc.html> [Consulté le 24 juin 2026].

4 754 800 interventions en 2024. Source primaire officielle pour tout chiffre national d'activité des SIS.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SÉCURITÉ CIVILE ET DE LA GESTION DES CRISES

(DGSCGC). *Statistiques des services d'incendie et de secours.* Édition 2024 (données 2023). Paris : Ministère de l'Intérieur, mars 2025. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/documentation/etudes-et-statistiques/statistiques-2023-dgscgc.html> [Consulté le 24 juin 2026].

4 771 900 interventions en 2023, dont 4 083 200 secours d'urgence aux personnes (86 %). 277 100 incendies (6 %).

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

(DREES). *Accessibilité aux médecins généralistes.* In : *L'état de santé de la population en France.* Paris : DREES, 2023. ISSN 1244-4960.

3,3 consultations/an/habitant en 2022 (3,8 en 2015). Plus de 30 % des Français en zone sous-dotée.

II. Rapports d'inspection générale

INSPECTION GÉNÉRALE DE L'ADMINISTRATION ; INSPECTION GÉNÉRALE DES

AFFAIRES SOCIALES. *Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente : évaluation du référentiel commun.* Rapport IGA/IGAS n° 2018-077R / 2018-068R. Paris : IGA ; IGAS, octobre 2018.

Référence fondamentale : +51 % de carences ambulancières entre 2013 et 2017. Qualification de « source de crispation » entre SDIS et SAMU.

COUR DES COMPTES ; CHAMBRES RÉGIONALES DES COMPTES. *Les personnels des services départementaux d'incendie et de secours.* Paris : Cour des comptes, mars 2019. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr> [Consulté le 24 juin 2026].

Remboursements de carence « très inégaux selon les départements ». Forfait 123 € ne couvrant pas les charges réelles. Recommande une revue des missions SSUAP.

COUR DES COMPTES. *Organisation territoriale des soins de premier recours.* Paris : Cour des comptes, mai 2024. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/organisation-territoriale-des-soins-de-premier-recours> [Consulté le 24 juin 2026].

Dégradation aggravée de l'accès aux soins de premier recours malgré vingt ans de mesures. Injonction à mieux cibler les interventions territoriales.

III. Travaux parlementaires – Sénat

SÉNAT, commission des lois. *Secours à personne : propositions pour une réforme en souffrance.* Rapport d'information n° 371 (2015-2016). Paris : Sénat, 2016. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.senat.fr> [Consulté le 24 juin 2026].

Premier document parlementaire systématisant le constat des carences ambulancières.

HERVÉ, Loïc ; DUMONT, Françoise ; KANNER, Patrick. *Rapport n° 786 (2020-2021) sur la proposition de loi visant à consolider notre modèle de sécurité civile et valoriser le volontariat des sapeurs-pompiers.* Commission des lois du Sénat. Paris : Sénat, avril 2021. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/l20-786/l20-7865.html> [Consulté le 24 juin 2026].

Coût réel d'une carence : 450-500 €. Indemnisation : 123 €. Transfert de charges SDIS/État documenté.

VOGEL, Jean-Pierre. *Question écrite relative au financement et aux compétences des services d'incendie et de secours.* Journal officiel du Sénat, 19 décembre 2020. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.senat.fr> [Consulté le 24 juin 2026].

SSUAP représente 79 % des 4,8 millions d'interventions des SDIS en 2019.

ROJOUAN, Pierre et al. *Inégalités territoriales d'accès aux soins.* Rapport d'information n° 137 (2024-2025). Commission des lois du Sénat. Paris : Sénat, 2025. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r24-137/r24-13710.html> [Consulté le 24 juin 2026].

Un tiers des Français en désert médical ; 9 millions sans médecin traitant.

IV. Travaux parlementaires – Assemblée nationale

ASSEMBLÉE NATIONALE. *Les transports sanitaires urgents pré-hospitaliers.* Rapport d'information n° 5044 (XVe législature). Paris : Assemblée nationale, 2022. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/old/15/rap-info/i5044.asp> [Consulté le 24 juin 2026].

Croissance des carences ambulancières ; première définition légale par la loi Matras (art. L. 1424-42 CGCT).

LIORET, René. *Question écrite n° 2374 relative à la revalorisation du tarif national des carences ambulancières.* Journal officiel de la République française, 26 novembre 2024. Réponse publiée au JO du 28 janvier 2025, p. 411. [En ligne]. Disponible sur : <https://questions.assemblee-nationale.fr/q17/17-2374QE.htm> [Consulté le 24 juin 2026].

Tarif national d'indemnisation 209 € en 2023 (arrêté du 19 déc. 2023). Indemnité de substitution 12 €/h. Confirmé par réponse ministérielle.

V. Textes législatifs et réglementaires

FRANCE. *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.* Journal officiel de la République française, 26 novembre 2021, n° 0274. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr> [Consulté le 24 juin 2026].

Dite « loi Matras ». Première définition légale de la carence ambulancière — art. L. 1424-42 CGCT.

FRANCE. *Décret n° 2023-547 du 27 juin 2023 relatif aux infirmiers de sapeurs-pompiers.* Journal officiel de la République française, 28 juin 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr> [Consulté le 24 juin 2026].

Consacre le rôle des infirmiers SP et leurs prérogatives de soins dans la chaîne opérationnelle.

FRANCE. *Arrêté du 19 décembre 2023 modifiant l'arrêté du 30 novembre 2006 fixant les modalités d'établissement de la convention entre les services d'incendie et de secours et les établissements sièges des SAMU.* Journal officiel de la République française, décembre 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr> [Consulté le 24 juin 2026].

Fixe le tarif national d'indemnisation des carences ambulancières à 209 € pour 2023.

**DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SÉCURITÉ CIVILE ET DE LA GESTION DES CRISES ;
DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS.** *Référentiel commun relatif à l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente.* Paris : Ministère de l'Intérieur ; Ministère chargé de la Santé, 25 juin 2008 ; arrêté interministériel du 24 avril 2009.

Texte fondateur de l'organisation SSUAP. Définit les modalités de coordination SDIS/SAMU.

FRANCE. Code de la sécurité intérieure, art. L. 742-2 — Primauté du représentant de l'État en qualité de directeur des opérations de secours. Code général des collectivités territoriales, art. L. 1424-3 — Autorité préfectorale sur les services d'incendie et de secours pour les missions opérationnelles.

VI. Sources scientifiques – Médecine d'urgence et réanimation préhospitalière

GRÄSNER, Jan-Thorsten et al. *EuReCa ONE — 27 Nations, ONE Europe, ONE Registry: A prospective one month analysis of out-of-hospital cardiac arrest outcomes in 27 countries in Europe.* *Resuscitation*, 2016, vol. 105, p. 188-195. DOI : 10.1016/j.resuscitation.2016.06.004. PMID : 27321577.

Référence européenne fondamentale sur l'ACR extrahospitalier. Incidence : 84/100 000 hab./an. Grande variabilité selon les systèmes de réponse. Donnée utilisée dans les études françaises pour estimer le nombre annuel d'ACR.

GRÄSNER, Jan-Thorsten et al. *Survival after out-of-hospital cardiac arrest in Europe – Results of the EuReCa TWO study.* *Resuscitation*, 2020, vol. 148, p. 218-226. DOI : 10.1016/j.resuscitation.2019.12.042. PMID : 32027980.

EuReCa TWO (2017, 29 pays, 37 054 cas). Confirme les disparités européennes de survie en lien avec l'organisation des systèmes de secours.

HAVEMAN, Marjolein E. et al. *European first responder systems and differences in return of spontaneous circulation and survival after out-of-hospital cardiac arrest: A study of registry cohorts.* *The Lancet Regional Health – Europe*, 2020, vol. 1. DOI : 10.1016/j.lanepe.2020.100004.

Association significative entre système de primo-intervenants (pompiers, police) et taux de survie. Argument central pour la valeur ajoutée des SIS dans la chaîne de survie.

MARIJON, Eloi et al. *Shortening Ambulance Response Time Increases Survival in Out-of-Hospital Cardiac Arrest.* *Journal of the American Heart Association*, 2020, vol. 9, n° 22. DOI : 10.1161/JAHA.120.017048.

Chaque minute de délai supplémentaire réduit les chances de survie de 7 à 10 %. Argument quantitatif sur le coût humain des délais d'intervention.

HUBERT, Hervé et al. *Rationale, methodology, implementation, and first results of the French out-of-hospital cardiac arrest registry.* *Prehospital Emergency Care*, 2014, vol. 18, n° 4, p. 511-519. DOI : 10.3109/10903127.2014.902493. PMID : 25076369.

Premier registre national français des ACR. Données SDIS/SAMU. Base méthodologique des études ultérieures françaises.

NÉGRELLO, Fanny et al. *Outcome from out-of-hospital cardiac arrest managed by the pre-hospital emergency medical system in Martinique, a French Caribbean Overseas Territory.* *Resuscitation Plus*, 2024, vol. 21, art. 100847. DOI : 10.1016/j.resplu.2024.100847. PMID : 39885979.

Système dual français (pompiers primo-intervenants + SAMU). Les pompiers arrivent systématiquement en premier, permettant une RCP plus précoce.

HOLLENBERG, Jacob et al. *Dispatch of Firefighters and Police Officers in Out-of-Hospital Cardiac Arrest: A Nationwide Prospective Cohort Trial Using Propensity Score Analysis.* *Journal of the American Heart Association*, 2017, vol. 6, n° 10. DOI : 10.1161/JAHA.117.006157. PMID : 28978527.

Déploiement des pompiers et policiers sur les ACR : augmentation significative du taux de RACS (étude nationale suédoise, cohorte prospective, score de propension).