

Préambule

Le futur projet de service public a pour ambition :

- ***d'anticiper les évolutions et mieux assurer la réalisation de nos missions dans les années à venir,***
- ***de mobiliser les énergies et les moyens sur les enjeux clés,***
- ***de donner un sens aux décisions et aux actions quotidiennes,***
- ***d'améliorer la performance du service,***
- ***d'inscrire la politique qualité dans un cadre stratégique.***

Anticiper les évolutions n'est pas chose facile. A la fois le service ne dispose pas "de boule de cristal" et il ne peut se contenter de subir les événements.

Pour permettre aux élus du Conseil d'Administration et aux sapeurs-pompiers de prendre en compte cette dimension et s'inscrire dans un contexte très particulier, où la seule donnée stable est le changement, il semble aujourd'hui indispensable de disposer d'éléments objectifs et stratégiques qui permettront d'alimenter la réflexion, de prendre en compte les incertitudes, de fixer un cap tout en gardant une souplesse d'adaptation.

Cinq documents viseront à atteindre cet objectif :

- ❶ **Évaluation des actions 2000 – 2005 : comment s'appuyer sur le bilan pour déterminer les axes du nouveau "projet de service public" ?**
- ❷ **Problématique de l'organisation du SDIS : comment conjuguer les capacités individuelles des acteurs du SDIS et développer une compétence collective dans une organisation active et réactive ?**
- ❸ **Problématique du volontariat : comment répondre aux besoins du service en prenant en compte les capacités avérées des sapeurs-pompiers volontaires ?**
- ❹ **Problématique du prompt secours : le SDIS acteur essentiel de proximité dans un contexte de "Santé Publique" en pleine évolution.**
- ❺ **Problématique des CPI : comment développer une politique départementale cohérente avec les possibilités avérées des CPI ?**

Ce document est le fruit du travail du Docteur Jean-François NICOLAS, Lcl Michel MARLOT, Jacqueline FELIX, Cdt Didier EISENBARTH, Méd.-Lcl Patrice DANIELLE, du Service Départemental d'Incendie et de Secours de Saône-et-Loire et fait l'objet d'une validation par les membres du Conseil de Direction.

.../...

PROBLÉMATIQUE DU PROMPT SECOURS :

Le SDIS, acteur essentiel de proximité
dans un contexte de santé publique en pleine évolution

Introduction :

Le secours à victime est une activité qui représente 71 % des interventions du SDIS de Saône et Loire sur les 23 000 interventions annuelles. Il s'agit de l'activité essentielle du SDIS.

Les sapeurs-pompiers peuvent faire face à ce risque courant grâce à un maillage très serré du territoire. Tant en raison de l'importance de ce secteur d'activité, qu'en raison des profondes mutations que traverse actuellement l'organisation de la santé publique, le futur projet de service se devra de prendre en compte l'évolution potentielle de ce domaine où l'attente de la population est très importante.

Le secours à personne est à la fois un problème simple et complexe.

Le secours à personne : une apparente clarté

L'organisation du secours à personnes et de la prise en charge des soins urgents repose sur des textes officiels émanant des ministères de l'Intérieur et de la Santé complétés par des circulaires interministérielles d'application qui seront repris en annexe 1.

Ces textes émanant de deux ministères répondent à un double objectif :

- Assurer le secours d'urgence pour les victimes,
- Apporter une réponse pour l'aide médicale urgente et la permanence des soins (AMU et PS).

Ces textes précisent les acteurs participant aux missions prédéfinies avec leur domaine de compétence et leur mode de fonctionnement.

- **Les Sapeurs-Pompiers : maîtres d'œuvre en matière de secours d'urgence**, ils agissent de manière autonome dans leur domaine de prédilection. Ils prennent l'appel (18) et engagent leurs moyens. Puis ils doivent rendre des comptes au SAMU qui peut, alors, engager des moyens hospitaliers supplémentaires et désigner l'établissement hospitalier vers lequel les sapeurs pompiers conduiront leurs victimes.
- **Le SAMU : maître d'œuvre dans l'aide médicale urgente et la permanence des soins** agit en chef d'orchestre dirigeant et coordonnant les différents vecteurs de l'AMU ; Vecteurs parmi lesquels on retrouvera les Sapeurs-Pompiers aux côtés des SMUR, de l'ATSU, de la médecine libérale et des hôpitaux ainsi que le CTA du SDIS qui retransmet les appels au CRRRA (centre 15), quand les appels reçus sur le 18 concernent l'AMU

La mise en application de ces textes législatifs fondateurs passe par des circulaires interministérielles qui définissent l'articulation entre les services avec entre autre :

- La notion de prompt secours : domaine exclusif des pompiers complété par les moyens de l'AMU.
- La notion de voies et lieux publics hors prompt secours : domaine des sapeurs-pompiers sous régulation du SAMU.
- La notion de domicile hors prompt secours : domaine exclusif du SAMU utilisant potentiellement les pompiers comme vecteur opérationnel.

.../...

La réalité est plus complexe :

En ce qui concerne la régulation :

Sur le papier, chaque situation est bien prévue et codifiée.

En cas de prompt secours : l'engagement est systématique pour les sapeurs-pompiers, régulation à posteriori.

→ La détermination des cas de prompt secours est d'autant plus difficile à apprécier pour des non-médecins qu'elle se fait à distance sur appel téléphonique.

Hors prompt secours : la régulation est toujours faite à priori, avant tout engagement de moyens. Elle est indiscutable, elle fait suite à la bascule systématique des appels du CTA vers le Centre 15, si l'appel a été reçu par le 18.

→ Le délai de traitement des appels basculés est plus ou moins long, suivant la disponibilité du médecin régulateur.

Dans la réalité, on s'aperçoit que les choses ne sont pas toujours aussi simples. Le premier problème est lors de la réception de l'appel, à distance, sur la base d'informations données dans l'urgence et l'émotion de déterminer s'il s'agit d'un prompt secours, ou si le cas relève de l'aide médicale d'urgence.

Qui plus est, des dérogations aux règles d'engagement sont prévues pour faire face aux cas particuliers, notamment en cas de délais d'interventions trop long. En fait, lors des régulations entre le CTA et le CRRA, la réponse donnée à chaque situation dépend de l'évaluation des situations, des moyens disponibles et il faut le dire aussi des régulateurs, les médecins restant totalement responsables individuellement de leur décisions. Sur le terrain et au niveau de la population il s'en suit une incompréhension totale des réponses apportées (la victime appelle les pompiers... un autre vecteur est envoyé sur les lieux). Bien que les réponses apportées soient le plus souvent très cohérentes, vues de la fenêtre de chacune des entités concernées, l'incompréhension croît.

Et notre système de santé est en profonde mutation :

- Notre système de santé est en train de subir de profondes mutations qui résultent principalement de problèmes de démographie médicale. Parallèlement, l'exigence croissante d'assistance et de prise en charge de la population résultant d'une transformation des mentalités augmente. Il existe une réelle rupture entre "l'offre et la demande", et cette situation risque de s'amplifier.
- Ces mutations déboucheront sans doute sur des changements radicaux dans l'organisation de la prise en charge des secours à personne avec une prise en compte de la réorganisation de la permanence des soins centrée sur la multiplication des maisons médicales, associée à une raréfaction voir la disparition des visites à domicile.
- On pourrait assister également à l'apparition de pôles de régulation régionaux.
- Il faut également souligner que le déséquilibre des moyens effecteurs du SAMU va probablement évoluer avec une participation plus importante des transporteurs privés de l'ATSU que l'on peut pressentir au vu par l'équipement majoritaire de l'ATSU en ambulances lourdes suite à une demande du SAMU.

.../...

Une vision Saône-et-Loirienne de cette problématique globale

Elle repose essentiellement sur le document "secours à personne recueil des possibilités de prise en charge sanitaires dans le département de Saône-et-Loire", document réalisé par le Médecin chef du SDIS à la demande du président du CASDIS (fourni en annexe).

Ce document présente une vision globale de tous les moyens disponibles en Saône-et-Loire :

→ *La première conclusion : il apparaît clairement que tous les moyens sont concentrés sur des zones urbaines laissant les zones rurales quasiment blanches au fur et à mesure de leur éloignement des villes.*

→ *La deuxième conclusion : il apparaît clairement que tous les moyens pourraient mieux travailler ensemble et mieux exploiter leurs complémentarités.*

- *Les VSAV et les personnels sapeurs-pompiers sont harmonieusement répartis sur l'ensemble du territoire. Ils constituent le dernier maillage serré du territoire en tant que service public. Ils permettent d'avoir des secours de proximité dans des délais raisonnables.*
- *Les infirmiers du SSSM sont en pleine expansion (de 19 à 40 infirmiers) en 2 ans, il constitue un réel potentiel, leur répartition est cependant axée sur des zones urbaines.*
- *La répartition des médecins du SSSM du SDIS est également déséquilibrée entre zone urbaine et zone rurale. En raison de la baisse de la démographie médicale, l'expansion du nombre de médecins sapeurs-pompiers semble aujourd'hui très limitée.*
- *Les effecteurs hospitaliers (SMUR) sont répartis logiquement au regard des possibilités hospitalières, leur nombre est globalement en adéquation avec le nombre total d'interventions. Selon la disponibilité et l'éloignement avec l'hôpital siège du SMUR vecteur, leur délai d'intervention peut varier de quelques minutes à 45 minutes.*
- *Les moyens prévus de l'ATSU restent limités en nombre et en horaire de fonctionnement selon les possibilités accordées par la DDASS*
- *Les moyens de la permanence des soins soumis à l'évolution défavorable de la démographie médicale laissent présager une situation satisfaisante sur 1/3 du territoire (zone urbaine) et plutôt défavorable sur les 2/3 du département (zone rurale). Au vu des dernières réunions du CODAMUPS, l'évolution est la suivante :*
 - *Réduction du nombre de secteurs par augmentation de leur taille,*
 - *Regroupement autour des maisons médicales de garde,*
 - *Diminution très importante des visites à domicile.*

Il existe un déséquilibre naissant entre la demande de la population et la raréfaction des moyens. Ce déséquilibre est amplifié par une perception de la population très négative de la situation. La population intègre difficilement la modification des "habitudes" imposées par les évolutions de notre système de soins.

Le véritable enjeu dans ce domaine complexe où de multiples partenaires sont concernés, et où le système est en pleine évolution, est finalement énoncé très clairement dans l'exposé des motifs de la récente loi de sécurité civile. Il s'agit aujourd'hui d'être capable de :

"Dépasser les frontières habituelles des services pour mieux travailler ensemble"

.../...

Les atouts du SDIS et la prise en compte des partenaires

Les moyens du SDIS (hors SSSM) sont et resteront le moyen de secours de proximité dont le maillage reste au plus près de la population qui apprécie l'efficacité de ce service public. Le SSSM pourrait progressivement voir son rôle opérationnel évoluer, et de façon réaliste. Il s'agirait bien de mettre en place un système opérationnel adapté à nos moyens et nos possibilités :

- En recentrant notre système SSSM sur les zones blanches (zone rurale ou éloignée des centres hospitaliers généraux),
- En mettant en place un système d'intervention à deux niveaux :
 - en développant une prise en charge paramédicale par l'échelon infirmier,
 - avec une prise en charge par un médecin dans les cas plus complexes.

Parallèlement à cette action interne qui ne dépend que du seul SDIS, un travail de fond et de rapprochement pourrait être entrepris avec nos différents partenaires pour mieux exploiter les moyens de proximité médecins libéraux, par exemple.

Ce dispositif de proximité permettrait d'attendre l'intervention, "des renforts", des autres services, dans un système fondé sur la complémentarité, plutôt que celui d'une concurrence stérile dont plus personne n'a les moyens. L'imagination devant l'emporter plutôt qu'un enfermement dans une problématique centrée sur le nombril de chacun des services.

Les pistes de réflexion pour anticiper ces profondes mutations

Compte tenu du contexte évolutif que nous avons décrit et en particulier du déséquilibre qui s'instaure, il semble que les pistes principales d'amélioration pourraient être :

- En ce qui concerne la régulation médicale et le traitement des appels :

L'axe de réflexion essentiel pourrait concerner le regroupement des deux entités (CTA CODIS et CRRA 15) sur une même plate-forme suivant l'exemple de ce qui se pratique dans d'autres départements français.

- En ce qui concerne la participation du SSSM :

A la prise en charge des victimes comme éléments de proximité en respectant les principes suivants et en l'assortissant d'étapes envisageables et réalistes, il serait possible :

- D'évaluer nos possibilités par secteur en insistant sur les secteurs défavorisés pour les autres services et sur lesquels nous aurons toute notre place à trouver.
- De recentrer nos effectifs sur les secteurs défavorisés par le biais des recrutements mais aussi des regroupements et des mutualisations de moyens inter-secteurs (notion de bassins).
- En partant des besoins du service, il conviendra de dresser un bilan médecin par médecin du SSSM pour mesurer leur apport effectif ainsi que leur volonté de s'engager dans la nouvelle politique du SDIS, notamment en matière d'activité opérationnelle.
- De poursuivre la politique d'embauche large de l'échelon infirmier pour lequel nous ne semblons pas encore subir de problème de démographie. Là aussi, cette politique devra être ciblée tant sur le plan de la fonctionnalité opérationnelle mais aussi en tenant compte de la localisation géographique.

.../...

- *De développer une politique de formation médicale continue* organisée au SDIS, par le SDIS
- pour les médecins du SSSM, tout en restant conscient que cette formation ne pourra être "qu'un plus de formation continue" et pas une formation universitaire destinée à fabriquer des urgentistes,
 - pour les infirmiers et les secouristes.

L'ensemble de ces mesures ayant pour but d'imaginer des solutions, de les expérimenter avant de les généraliser.

Un test expérimental de prise en charge des victimes par les moyens de proximité du SSSM devra répondre aux principes prédéfinis de réponse graduée à deux niveaux : médical et paramédical. Ce test réalisé sur une zone blanche pourrait trouver sa place sur la Bresse Louhannaise, zone blanche où s'implante actuellement une maison médicale, où les médecins libéraux sont demandeurs de collaboration et où le représentant de l'Etat est très impliqué dans ce domaine sensible de son arrondissement. Il est à noter également que le Président du Conseil d'Administration du SDIS a pu présenter cette initiative au Directeur de l'Agence Régionale Hospitalière qui s'est déclaré favorable au lancement de cette expérimentation. Selon le résultat de cette expérimentation, nous pourrions envisager son extension aux autres zones rurales éloignées des centres hospitaliers urbains.

L'idée maîtresse en matière de prompt secours est bien de centrer la réponse sur le seul intérêt des victimes, de mieux utiliser toutes les ressources disponibles en mettant du sens, du bon sens, pour accroître l'efficacité de la distribution des secours.