



U. D. S. P. 47

Union Départementale des Sapeurs Pompiers du Lot-et-Garonne

SYNTHESE DU GROUPE DE TRAVAIL sur le SECOURS A PERSONNE et le SSSM en Lot-et-Garonne

Préambule :

L'organisation du secours à personne en France traverse une crise dévoilée dans le manifeste « Sauver le Secours à Personne » de la Fédération Nationale des Sapeurs Pompiers de France.

Malgré une bonne complémentarité entre SDIS et SAMU, notamment grâce à la « plateforme 15/18 » du centre de traitement des appels placé au CODIS, le Lot-et-Garonne n'en est pas exempt.

D) Le constat :

- Un joueur de rugby, est victime d'un choc traumatique (fractures de côtes et perte de connaissance de plus de 10 minutes). Après plusieurs appels au CTA pour obtenir les sapeurs pompiers, (sapeurs pompiers en civil témoins sur place) il devra attendre 1 heure sur place, sans médecin, avant d'être transporté à l'hôpital par un ambulancier privé, toujours sans présence médicale.
- Un homme est écrasé par la roue d'un tracteur (fracture du bassin, pneumothorax, etc.) . Malgré la demande d'un médecin par le chef d'agrès du VSAV sans succès, la victime est transportée, en état de choc, à l'hôpital à plus de 20 kilomètres toujours sans présence médicale.
- Un enfant de 4 ans, percuté par un véhicule sur la voie publique, est victime d'une fracture du crâne. Après contact par téléphone avec le permanencier du centre 15, le chef d'agrès se voit refuser la présence d'un médecin et doit faire transporter la petite victime à l'hôpital sans secours médical à 30 kilomètres.
- Une jeune femme est victime d'une métrorragie. Le chef d'agrès demande à parler au médecin régulateur pour avoir la conduite à tenir et demande un médecin sur les lieux : refus du permanencier du 15 qui lui dit de transporter la victime dans l'état au C.H. et non médicalisée. L'intervention se situe face au cabinet médical d'un médecin sapeur pompier. Le MSP, ayant vu le VSAB, propose ses services, diagnostique la victime puis

décide de placer une voie veineuse. On peut en déduire que son action était utile pour la victime sinon il n'aurait pas placé cette voie veineuse.

Ces quatre exemples sont flagrants et révélateurs d'anomalies lors de la régulation médicale. Pourquoi, à aucun moment, sur ces interventions, aucun médecin sapeur pompier n'a été sollicité ?

Le rôle des sapeurs pompiers consiste à apporter une réponse adaptée aux demandes de secours à la population, particulièrement sur la voie publique ou dans les lieux recevant du public et en tout lieu et toute circonstance de « prompt secours ».

Les sapeurs pompiers disposent d'un maillage serré d'unités de secours capables d'intervenir dans des délais très rapides et de manière adaptée.

La place du Service de Santé et de Secours Médical du SDIS dans la distribution des secours aux personnes est incontournable. De par la loi, et selon les circonstances, il intervient à l'initiative du CODIS ou à la demande et sous l'autorité du Commandant Opérationnel des Secours avant toute régulation.

L'Union Départementale des Sapeurs Pompiers de Lot-et-Garonne, représente la Fédération Nationale au niveau départemental, et, à ce titre, a en charge de préserver l'intérêt des sapeurs pompiers et les secours de proximité. Elle dispose, grâce à ses 1000 sapeurs pompiers adhérents, d'une force d'analyse et de propositions destinée aux autorités du SDIS, du Département et de l'Etat, et peut peser dans les décisions les plus importantes au plus haut niveau.

C'est dans ce contexte qu'un groupe de travail, fort de 16 membres, **dont 4 médecins et 3 infirmiers sapeurs pompiers**, a été mis en place afin d'analyser les problèmes liés à l'organisation du secours à personne en Lot-et-Garonne et de proposer des actions à engager afin de :

Replacer le médecin sapeur pompier au cœur du secours à personne.

II) **Compte-rendu de la 1^{ère} réunion du groupe le 10 avril 2008 :**

Après l'exposé des motifs, les premiers objectifs ont été définis :

- 1- faire un audit des médecins du SSSM sur leur implication dans le secours à personne dans le département et recueillir leurs avis
- 2- recenser leurs réponses et les analyser
- 3- dégager les premières constatations
- 4- élaborer une liste de propositions destinées à la direction du SDIS, et aux autorités compétentes (Préfet, Conseil Général)
- 5- ultérieurement : assurer un suivi de ces travaux sur le terrain

III) Les réponses des médecins :

Les réponses les plus marquantes :

Dr..... : Sur le secteur de , l'implication est forte du fait de la formation d'urgentiste de deux de mes collègues. Pour ma part, en 35 ans d'installation, j'ai toujours répondu aux appels pompiers avec plus ou moins d'efficacité. Actuellement, le type d'action sur certains appels (AVP, blessure par arme, tentative de suicide) a évolué et il est nécessaire d'avoir les réflexes d'un urgentiste. Ces réflexes s'entretiennent avec la pratique et c'est ce qui conditionne l'efficacité. Si la pratique manque, il faut une formation et des remises à jour. Donc, il faut des médecins pompiers qui se forment, qui pratiquent, mais à quelles conditions ?...à quel prix ?

Dr..... : Je suis sollicité par la régulation 1 à 3 fois par an en temps que médecin pompier. Les sapeurs pompiers de mon centre ont mon numéro de téléphone. Ils m'appellent s'ils ont un problème. Je pense que le système actuel de régulation tend à exclure progressivement le médecin de l'urgence. On le voit avec le 15 sur la permanence des soins et avec le 18 puisque les pompiers gèrent seuls 95 % des urgences...avec quelle sécurité pour le patient ? Je fais deux formations par an à l'urgence, aucune n'est organisée par les pompiers (pas de proposition).

Dr..... : Il est évident que d'une très grande sollicitation jusqu'à environ 3 ans, nous sommes passés à une assez faible sollicitation.

Dr..... : Il faut à tout prix bien séparer et dissocier les transports et les secours urgents. Il est inadmissible que les ambulanciers privés interviennent sur des blessés graves et que les pompiers sortent pour des carences d'ambulanciers privés. Chacun son rôle ! Pour replacer le médecin sapeur-pompier au cœur du système, il va falloir les compter et savoir précisément sur qui compter et quand. Le secours à personne doit rester le rôle des sapeurs-pompiers. Pas de privatisation !

Dr..... : J'ai toujours dit que les médecins sapeurs-pompiers n'étaient pas assez impliqués dans le secours à personne. Encore faudrait-il que ces médecins soient équipés avec le matériel adéquat. Aller sur une intervention « la fleur au fusil » est une chose, faire de la médecine d'urgence en est une autre. Les VSAV ne sont ni pourvus en matériel de réanimation, ni en produits pharmaceutiques (à part quelques centres). Les médecins intervenants sont donc très limités dans leurs actions. Le médecin, par sa seule présence, ne peut gérer tous les problèmes. En résumé...équipez-nous !

Dr..... : A quoi sert-on ? A quoi servent les spécialisations obtenues ? Nous ne sommes pas impliqués sur le terrain, c'est inadmissible ! Nous voulons pouvoir être utiles sur le terrain en cas de réel besoin et de véritables urgences pour travailler en équipe en mettant en application les connaissances acquises : capacité de médecine de catastrophe et capacité de médecine d'urgence

Dr..... : Je ne suis plus appelé que sur de rares sorties par an. J'en conclus qu'il n'y a plus de personnes à secourir.... L'organisation actuelle a décidé de se passer des médecins sapeurs-pompiers. Tant pis pour les blessés ! N'intervenant plus sur les AVP, je « perds la main » quant à l'abord rapide d'un polytraumatisé, le maniement du matériel... Les liens

avec les sapeurs pompiers se distendent et comme je n'envisage pas d'avoir pour seule fonction de figurer sur la photo du calendrier, je songe sérieusement à démissionner du corps, puisque nous n'y sommes plus utiles. (contrairement aux 20 dernières années).

Dr..... : Depuis 18 ans médecin sapeur-pompier, on sortait 3 fois par semaine pour urgence nette et 2 urgences relatives. Depuis 3 ans, taux de sollicitation zéro ! J'ai l'impression de ne plus servir à rien ! Je suis médecin, pourquoi est-ce des non médecins qui doivent faire mon métier ? Démobilisation des médecins généralistes, mépris total de l'échelon local. Nous n'appartenons plus à notre corps d'origine. Destruction des équipes opérationnelles. On nous impose une relégation : effectuer la médecine du travail à bas coût en étant exclus de l'urgence. Plus aucune formation ne nous est proposée. S'agit-il d'une politique qui veut nous pousser à la démission ? A la fin de l'année, j'aurai atteint mes 20 ans de service et si rien n'est fait pour me retenir...

Dr..... : Je ne suis pas étonné par les exemples cités. Ne parlons pas de la prise en compte de la douleur, inexistante dans ces trois cas...Il est difficile de savoir quelle logique a été à l'origine de ce changement radical du mode de fonctionnement. Nous sommes principalement sollicités pour les visites d'aptitude des sapeurs-pompiers, ce qui n'est pas, à la base, la vocation principale du médecin sapeur-pompier. Depuis la modification du système, j'ai eu 2 appels pour des accidents, en fait, dans un cas pour faire le prélèvement post-mortem après le départ du SMUR à 5 heures du matin.

Dr..... : Nous manquons de moyens (électrocardioscopes, laryngoscopes...) . Notre taux de sollicitation est très faible. Nous manquons de formation continue.

Dr..... : Notre taux de sollicitation est très faible. L'avènement du 15 a dégradé la qualité des secours.

IV) L'analyse des réponses des médecins :

Les médecins sont unanimes. Pour eux, ils sont écartés de l'urgence... « *Je suis sollicité par la régulation 1 à 3 fois par an en temps que médecin pompier... »*

Ils dénoncent une certaine volonté de la part de leur autorité d'emploi de les sous-utiliser voire de ne plus les utiliser du tout. « *...à quoi sert-on ?... Je pense que le système actuel de régulation tend à exclure progressivement le médecin de l'urgence. »*

Ils sont déçus à tel point que certains n'envisagent pas de poursuivre ou de renouveler leur engagement... « *J'ai l'impression de ne plus servir à rien ! »*

Ils dénoncent le manque (souvent l'absence) de matériel de base nécessaire à leur implication opérationnelle... « *Nous manquons de moyens (scope, laryngo...) . En résumé...équipez-nous ! »*

Ils constatent que plus aucune formation ne leur est proposée. « *Plus aucune formation ne nous est proposée... »*

Le contact pourtant très utile avec les sapeurs pompiers est rompu du fait qu'ils ne sont pratiquement plus sollicités. « *Les liens avec les sapeurs pompiers se distendent... »*

Les compétences acquises se délabrent par manque de pratique. Ils en éprouvent une certaine amertume... *N'intervenant plus sur les AVP, je « perds la main ».*

V) **Les propositions et les solutions:**

1) Redonner, de toute URGENCE, leur place aux médecins sapeurs-pompiers dans le cadre des secours aux personnes.

Pourquoi :

Les MSP sont les maillons historiques du secours aux victimes.

Ils constituent l'élément fondamental de l'efficacité de la médicalisation des secours sur le terrain avant toute montée en puissance (arrivée d'un SMUR) particulièrement en zone rurale ou, suivant les endroits, les SMUR n'interviennent pas en dessous de 20 à 30 minutes.

Ils sont, notamment auprès des équipiers VSAV, des conseillers techniques et participent activement à des débriefings suite à certaines opérations particulièrement difficiles.

Comment:

Les MSP doivent pouvoir être joints facilement en cas de besoin pour une urgence. Ils doivent être inclus dans le départ type d'un secours à personne (prompt secours, AVP, autre) au même titre que l'équipe VSAB elle-même.

Ils doivent figurer dans les systèmes START et WEBACT au même titre que les autres SP. Les MSP, par le biais du futur serveur vocal, auront la possibilité de déclarer leur disponibilité en temps réel au même titre que tous les SPV.

2) Laisser au CODIS l'initiative et la liberté de déclencher le médecin sapeur pompier le plus proche de l'intervention directement, suite à la demande de secours, ou à la demande d'un chef d'agrès.

Pourquoi :

Les MSP sont, comme le nom l'indique, sapeurs pompiers avant tout.

A ce titre, ils relèvent directement de l'autorité du Médecin Chef Départemental et du DDSIS.

Comment :

Le CODIS doit disposer de la liste des MSP du département avec leurs coordonnées téléphoniques. On considèrera que si le médecin ne répond pas au bout de trois minutes, il n'est pas disponible. Une autre solution de médicalisation (SMUR) doit être alors recherchée.

3) Permettre aux chefs d'agrès des VSAV de solliciter la présence des médecins sapeurs-pompiers s'ils la jugent nécessaire par l'intermédiaire du CODIS.

Pourquoi :

Les médecins sapeurs pompiers sont, la plupart du temps, proches de leur centre d'appartenance. Il est donc facile pour un chef d'agrès d'obtenir la présence d'un MSP du secteur directement dans les premières minutes de l'intervention.

Comment :

Etablir un protocole entre les différentes parties (MSP, CIS, CODIS) visant à définir, à la fois de manière globale, mais aussi locale, l'appel des MSP selon le secteur concerné. Le processus d'engagement des MSP doit figurer dans le règlement opérationnel du SDIS. Une échelle graduée de sollicitation doit être élaborée et tenue à jour en impliquant à la fois les MSP et les ISP. Ce processus doit être porté à la connaissance des Chefs d'agrès VSAV.

4) Leur donner les moyens nécessaires pour pouvoir intervenir et exercer leur métier dans les meilleures conditions et de la façon la plus efficace.

Pourquoi :

A l'instar du SMUR, les MSP ont besoin d'un minimum de matériel spécifique. (ex : prise en charge de la douleur)

Comment:

Mettre à leur disposition, dans les VSAV, un « pack » spécifique MSP . Faire assurer le suivi de ces packs par le CIS d'appartenance du MSP sous le contrôle du Groupement Territorial.

5) Proposer aux médecins sapeurs-pompiers les formations de base et de maintien des acquis dont ils ont besoin.

Pourquoi :

La plupart des médecins sont déjà formés à l'urgence. Ils ont donc simplement besoin de pouvoir se remettre en question et parfaire leurs connaissances en matière de secours à personne.

Comment:

Mettre en place un programme de formation et de maintien des acquis pour les MSP qui allie à la fois souplesse et efficacité.

Elaborer un programme de formation à distance (intranet, internet, supports numériques, etc.). A noter que tous les MSP sont informatisés.

Mettre des supports d'information sur l'urgence (revues professionnelles ex : abonnement à Urgence Pratique) à la disposition des MSP. Ces supports devront leur être adressés directement.

Mettre en place des enseignements post-universitaires pour les MSP, basés sur l'urgence. (ex : une soirée tous les deux mois)

6) La présence des MSP sur les interventions peut permettre une certaine maîtrise des coûts des opérations de secours à personne.

Pourquoi :

Les MSP, sollicités précocement, en cas de doute de la régulation médicale, avant tout moyen sapeur-pompier ou hospitalier, peuvent, selon les circonstances et grâce à un diagnostic rapide, éviter ou confirmer un engagement de VSAV ou de SMUR.

Il en résulte une économie financière non négligeable. De plus, les moyens non engagés restent d'autant plus disponibles pour d'autres interventions. L'engagement des MSP, dans ces conditions, offre une plus value incontournable.

Comment :

En cas de doute, suite à une demande de secours médical difficile à évaluer, le CODIS/CTA doit pouvoir engager un MSP proche du lieu de l'appelant . Le MSP renseignera immédiatement le CODIS/CTA sur les moyens adéquats à déclencher.

7) Mettre en place une « Commission Permanente du SSSM et du secours à personne » sous l'autorité du DDSIS et du Médecin-Chef Départemental avec pour missions:

- de re-impliquer les médecins sapeurs-pompiers dans le secours d'urgence
- de proposer un programme de formation et de maintien des acquis cohérent, abordable et souple
- d'assurer le suivi des conditions de leur activité sur le terrain
- de promouvoir l'engagement de nouveaux médecins sapeurs-pompiers
- d'assurer le lien entre les MSP et leur autorité d'emploi
- de les accompagner dans leur tâche quotidienne et leur offrir le soutien dont ils ont besoin
- de veiller en permanence à la bonne application du Référentiel Commun SDIS/SAMU dans le respect de l'arrêté interministériel n°..... (publication prochaine au J.O.)
- d'étudier toute suggestion et/ou proposition de nature à améliorer la prise charge des victimes