

**Commission spécialisée
"Secours et soins d'urgence aux personnes"**

Compte-rendu de la séance du 07 mars 2022

Le 07 mars 2022 à 16 heures 30, les membres de la commission spécialisée "Secours et soins d'urgence aux personnes" se sont réunis, à l'Hôtel du Département, espace Cassin, sous la co-présidence de Madame Edwige EME, présidente de la commission SSUAP et de Monsieur Yves KRATTINGER, président du Conseil d'administration du service départemental d'incendie et de secours de la Haute-Saône, afin de réaliser un point de situation sur :

- le projet de système de traitement et de diffusion de d'alerte,
- et la gestion numérisée de la disponibilité des sapeurs-pompiers volontaires.

Etaient présents :

Membres élus du Conseil d'administration du SDIS

- Monsieur Patrick GOUX, maire de Colombe lès Vesoul,
- Monsieur Jean-Paul CARTERET, maire de Lavoncourt,
- Monsieur Thomas OUDOT, conseiller départemental du canton de Vesoul 1,
- Madame Marie BRETON, communauté de communes du Val de Gray,

Partenaires extérieurs

- Monsieur Pierre GORCY, président du conseil de surveillance du GH70,
- Madame Alexandrine KIENTZY-LALUC, directrice du GH70,
- Madame Béatrice GUYOT-GREINER remplaçant monsieur Toufiq EL CADI, chef du SAMU 70,
- Madame Véronique TISSERAND, déléguée départementale de l'ARS,
- Monsieur Laurent TISSOT, directeur de la Solidarité et de la santé publique du Conseil départemental de la Haute-Saône,
- Docteur Christophe BEIN, représentant le conseil départemental de l'Ordre national des médecins,
- Monsieur Bertrand CUNY, représentant le conseil départemental de l'Ordre national des infirmiers,
- Madame Claire BOURQUIN coordinatrice, représentant le docteur Marie-Paule PERLES, présidente de la communauté professionnelle territoriale de santé, (CPTS) du bassin du Pays de Lure,
- Mesdames Sophie SALOME et Coralie BRICE représentant le docteur Martial OLIVIER-KOEHRET, président de la communauté professionnelle territoriale de santé, (CPTS) du bassin de Luxeuil.

Personnels de l'établissement

Colonel Stéphane HELLEU, directeur départemental des services d'incendie et de secours,
Colonel Ralph JESER, directeur départemental adjoint des services d'incendie et de secours,
Lieutenant-colonel Franck BEL, chef d'état-major,
Médecin lieutenant-colonel Florent NOEL, médecin -chef du SSSM,
Sylvie JUIN, chef du pôle « Administration générale ».

Etaient absents excusés :

Membres élus du Conseil d'administration du SDIS

- Monsieur Thierry BORDOT, conseiller départemental du canton de Saint Loup/Semouse,

- Monsieur Frédéric BURGHARD, conseiller départemental du canton de Luxeuil-les-Bains,
- Monsieur Jean-Paul CARTERET, maire de Lavoncourt,
- Monsieur Bernard PIQUARD, conseiller départemental du canton de Lure 2.

Partenaires extérieurs

- Docteur Dominique ROSSI, président de la communauté professionnelle territoriale de santé, (CPTS) du bassin vésulien,

Le président du Conseil d'administration Yves KRATTINGER remercie les membres de la commission spécialisée d'avoir bien voulu répondre à son invitation. Il évoque les nouvelles dispositions législatives qui renforcent le rôle du SDIS en matière de soins d'urgences relevant de la compétence des sapeurs-pompiers et rappelle que la création de cette commission répond à une volonté d'aborder la question du SSUAP avec l'hôpital, l'ARS, le milieu médical et les nouvelles structures que sont les CPTS. Après avoir indiqué qu'il avait jugé important d'être là aux côtés d'Edwige EME, présidente de la commission, pour cette première réunion, le président KRATTINGER fait ensuite appel des membres présents.

Le président demande ensuite au colonel HELLEU, directeur du SDIS, de présenter le sujet.

Ce dernier précise que la commission est une composante du conseil d'administration à laquelle le président a souhaité adjoindre des représentants de la Santé afin que le SDIS s'enrichisse de leurs apports et que, s'agissant du SSUAP, les réponses construites par le CASDIS soient en cohérence avec les besoins de la population haut-saônoise et les problématiques rencontrées par les autres acteurs du soin, du secours et de la Santé.

Il donne ensuite la parole au lieutenant-colonel Franck BEL, son représentant privilégié auprès des autres acteurs du soins et de la Santé, plus particulièrement chargé de porter les projets en lien avec le SSUAP.

Ce dernier commence par rappeler les objectifs de la commission à savoir :

- Suivre et analyser l'activité SSUAP.
- Suivre et évaluer la politique départementale de secours et soins d'urgence aux personnes.
- Piloter la mise en œuvre du Schéma Départementale d'Analyse et de Couverture des Risques (SDACR) en matière de SSUAP :
 - Recentrer les secours sur l'urgence / carences et autres missions non urgentes,
 - Développer l'action du SSSM sur les missions SSUAP sans les positionner en carence des autres services,
 - Développer la pharmacie,
 - S'engager totalement dans la révolution numérique des SSUAP,
 - Décliner localement les évolutions nationales en matière de SSUAP qu'elles soient législatives, réglementaires ou doctrinales.
- Suivre les déclinaisons départementales des mesures législatives portées par la loi Matras en matière de SSUAP.
- Entretenir les relations avec les partenaires du SDIS dans le domaine du SSUAP.
- Faire toute proposition visant à améliorer la réponse opérationnelle du SDIS en matière du SSUAP en parfaite concordance avec la politique générale départementale en matière de santé.

Il présente ensuite l'organisation opérationnelle du SDIS qui s'appuie sur 5 centres d'intervention principaux, 22 centres d'intervention et 64 centres de première intervention et entre dans le détail de la réponse opérationnelle dans le cadre du « Secours et soins d'urgence aux personnes ».

Le président et le directeur du SDIS donnent quelques informations complémentaires insistant entre autres sur le rôle primordial des centres de première intervention qui arrivent souvent les premiers sur les interventions SSUAP et permettent un maillage opérationnel extrêmement fin du département, constituant de ce fait une véritable richesse en matière de distribution des secours.

Le colonel HELLEU fait également remarquer que les femmes constituent aujourd'hui 33% des effectifs.

Le lieutenant-colonel BEL reprend la parole pour détailler plus particulièrement l'engagement opérationnel du Service de Santé et de secours médical dont la sollicitation en 2021 est en hausse de 11,6% par rapport à 2020.

Le directeur tient à souligner l'engagement citoyen des personnels du SSSM qui, malgré leur métier prenant de médecin, infirmier en hôpital ou libéral, font don d'une disponibilité en qualité de citoyen pour porter secours.

Le président KRATTINGER donne ensuite la parole au médecin-chef, le lieutenant-colonel Florent NOEL afin qu'il dresse le profil des personnels qui composent le SSSM à savoir 20 médecins, 2 médecins aspirants, 79 infirmiers, 2 pharmaciens, 1 vétérinaire, 2 psychologues, 1 cardiologue et 1 diététicienne.

Florent NOEL réalise un focus sur les infirmiers de sapeurs-pompiers qui ont des profils très variés. Si initialement, il s'agissait surtout de personnels des services d'urgence, on trouve maintenant des personnes travaillant en libéral ou employées par d'autres établissements comme Saint Rémy ou la MAFPA. Il précise que ces personnes ont tous un objectif commun, celui de donner un nouveau sens à leur métier.

Il présente ensuite l'activité du SSSM en 2021 (3 055 demandes d'engagements, 1 052 victimes prises en charge, 386 protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence engagés (PISU). S'agissant de la prise en charge des arrêts cardiaques (147 en 2021), il souligne la plus-value apportée par l'engagement des ISPV sur ce type d'intervention. Il précise également qu'il a été possible de récupérer 64% des victimes d'ACR choquables.

Le directeur confirme l'importance des ISPV et des PISU qui font partie intégrante de la réponse opérationnelle que le SDIS est actuellement en train de construire.

Le médecin chef présente ensuite l'historique de ces protocoles qui existent depuis 2003 et qui sont pratiqués par les ISPV sur délégation du médecin-chef. A cette époque, une dizaine de protocoles avaient été mis en place par le docteur PETIT et le docteur BEIN, présent à la réunion, pour répondre à des détresses vitales.

Aujourd'hui, il existe également des PISU pour permettre la prise en charge des brûlures, des accouchements, des comas, des douleurs thoraciques, des chocs hémorragiques mais aussi la gestion de la douleur (un domaine où là encore, l'ISPV a toute sa place).

Il fait remarquer que finalement, les SDIS ont été des précurseurs en la matière puis que la Santé s'en inspire aujourd'hui en mettant en place des formations d'infirmiers en pratiques avancées.

Le docteur Christophe BEIN rappelle la réticence que les médecins des urgences et le professeur CAPELLIER avaient montré au moment de la mise en place des premiers PISU mais qui finalement ont changé de vision. Il confirme leur intérêt et indique qu'ils constituent des éléments complémentaires qui seront encore amenés à se développer et qui n'entrent pas en compétition avec le SMUR.

Le médecin-chef partage cet avis et indique que l'infirmier de sapeur-pompier a aussi ses limites. Dans certaines situations, c'est le SMUR qui doit prendre le relais. Il s'agit donc bien d'une véritable complémentarité, particulièrement précieuse dans les zones de désert médical que nous connaissons en Haute-Saône.

A la question de monsieur Pierre GORCY qui demande s'il est difficile de recruter des personnels, le médecin-chef répond que c'est effectivement le cas pour les médecins, ces derniers étant déjà très accaparés par leur travail. Par ailleurs, les nouvelles générations sont plus réticentes. Le SDIS compte actuellement 2 médecins aspirants mais on ne sait pas si on va les garder. Il fait remarquer que la moyenne d'âge des médecins dépasse aujourd'hui les 50 ans. La difficulté à recruter est d'ailleurs plus importante sur certains secteurs comme Champlitte par exemple. La pénurie de médecins va encore s'accroître dans les années à venir, des médecins dont on a également besoin pour assurer la médecine d'aptitude des sapeurs-pompiers. Il insiste sur l'importance de trouver des solutions pour attirer de nouveaux médecins.

Le docteur Christophe BEIN fait remarquer que la médecine d'urgence constitue une spécialité à part entière et que les médecins généralistes, qui étaient autrefois très polyvalents, le sont un peu moins aujourd'hui et ne se sentent peut-être pas compétents pour traiter la médecine d'urgence.

Le directeur propose que le lieutenant-colonel BEL poursuive la présentation l'activité du SDIS et de sa dynamique en matière de SSUAP et d'aborder les problématiques associées identifiées par le SDIS.

Le lieutenant-colonel BEL présente l'activité SSUAP qui est en constante augmentation depuis 2009, hormis en 2019 où la réorganisation des transports sanitaires privés avait temporairement fait fléchir le nombre des carences. Cette baisse s'est poursuivie en 2020 avec la crise sanitaire et le confinement. C'est en 2021 que le SDIS a enregistré la plus grosse activité avec 15 462 interventions SSUAP.

Il compare ensuite les interventions SSUAP réalisés par les SDIS de la zone Est et constate que derrière la Nièvre, ce sont les départements de la Haute-Saône, du Doubs et du Jura qui sont le plus impactés. Sans pouvoir donner une explication, il fait remarquer que c'est le même centre 15 interdépartemental qui régule ces trois départements.

Le directeur précise qu'il faudrait faire une véritable étude mais il ressort des discussions qu'il a avec ses homologues qu'il existe bien un fait urbain et que les départements ruraux où la ressource médicale manque sont plus touchés que les départements plus urbanisés. Il note que l'activité des sapeurs-pompiers est marquée par son territoire, qu'il n'y a pas d'homogénéité et que l'activité SSUAP est marquée par d'autres facteurs difficilement identifiables.

A la question du président KRATTINGER qui demande quels sont les facteurs qui peuvent jouer sur cette activité, monsieur GORCY répond qu'il y a une corrélation à rechercher entre la disponibilité ambulancière et la réactivité des sapeurs-pompiers quand on fait appel à eux.

Le directeur du SDIS confirme que la réalité de la disponibilité des ambulanciers a effectivement une incidence sur l'activité des sapeurs-pompiers. Il note que le nombre de transports est également lié à l'offre de soins disponible sur le territoire.

Le président fait remarquer que le SDIS a une très bonne image et que c'est peut-être pour cette raison qu'on l'appelle autant. Le directeur confirme que nous sommes peut-être les victimes de notre réputation et de notre culture du « toujours oui ».

Le lieutenant-colonel BEL reprend le fil de sa présentation, détaillant tour à tour la répartition des interventions par catégories (31% de prompt secours, 18% de SSUAP voie publique, 18% SSUAP à domicile, 27% de carences et assistances, 6% d'accidents voie publique) puis l'évolution des indisponibilités des transporteurs privés après que le directeur ait précisé la notion de « carences ».

Il explique qu'entre 2009 et 2014, il n'y avait pas véritablement d'organisation puis, qu'entre 2014 et 2019, avec la mise en place de 5 secteurs de gardes ambulancière, le SDIS a vu le nombre des sollicitations baisser avant de remonter ensuite. Depuis 2019, dans le cadre d'une nouvelle expérimentation, a été mis en place une astreinte d'ambulance organisée sur 3 secteurs (Gray, Vesoul, Lure/Luxeuil). Cette nouvelle organisation a porté ses fruits conduisant à une baisse des interventions pour carence (1000 de moins) en 2019 avant une nouvelle augmentation les 2 années suivantes. Aujourd'hui, la tendance à la hausse se poursuit puisque nous sommes déjà à 31% d'augmentation par rapport à 2021. Le SDIS subit la régulation médicale et le reclassement des interventions.

Madame TISSERAND fait remarquer qu'il y a nécessairement un facteur humain dans l'appréciation des situations. Elle revient sur l'expérimentation en journée des transports sanitaires destinée à réduire le nombre de carences, qui a eu des effets jusqu'en 2020, malgré quelques difficultés rencontrées avec des transporteurs sanitaires qui n'ont pas pu maintenir ce moyen dédié, l'organisation reposant sur le volontariat des personnels. Cette expérimentation préparait la réforme qui va intervenir courant 2022. Celle-ci devrait permettre de pérenniser l'organisation avec un système basé sur une garde règlementée de 24 heures sur les 3 secteurs. Les travaux sont en cours. L'objectif est de disposer de plus de moyens de transport sanitaires afin de limiter les carences qui devraient devenir résiduelles. Le financement sera assuré par l'assurance maladie

Le Directeur, qui s'adresse alors plus particulièrement à madame KIENTZY-LALUC, directrice du GH70, fait remarquer que l'hôpital est à l'origine de la plupart des transports post-hospitaliers et qu'il y aura aussi à travailler sur la demande pour éviter la sur sollicitation des sapeurs-pompiers. Il précise que cela a été testé à l'hôpital Nord/FC qui a retravaillé sa gestion des sorties avec un étalement des transports sur la journée.

Madame KIENTZY-LALUC répond que :

- S'agissant des transports : le logiciel qui permet l'ordonnancement des lits va être déployé par le GH 70 de mai à septembre ce qui va également permettre à l'hôpital de s'améliorer. Un travail est réalisé s'agissant de l'organisation des entrées et des sorties pour fluidifier les parcours « patient ». Un salon de sortie va également être mis en place au mois de juin et permettra de faire patienter les malades en attente d'un transport. Elle tient également à parler d'un élément qui n'a pas encore été évoqué : le fait que les transporteurs choisissent la priorisation des différents motifs pour lesquels ils sont sollicités, ce qui les incite à prioriser certains transports pour des raisons financières. Il faudrait donc trouver des systèmes de compensation ou d'incitation pour certains modes de transport grâce à des innovations territoriales.
- S'agissant des transports inter-sites : elle indique qu'il s'agit également d'un vrai sujet. L'hôpital réfléchit à la mise en place de véhicules infirmiers internes.
- S'agissant de la présence des infirmiers dans les véhicules, l'hôpital est très intéressé par le travail que le SDIS est en train de faire et voit cela comme quelque chose de très positif. L'expérimentation sur la VLI est un bon exemple mais il est difficile de faire avancer le projet avec le CRRA15 pour pérenniser l'organisation. Le GH 70 rencontre le même type de problème que le SDIS. La directrice du GH70 pense qu'il est nécessaire de travailler de concert, de collaborer pour utilisant au mieux les moyens de chacun afin de mieux répartir l'offre sur tout le territoire.
- S'agissant enfin des transports sanitaires, elle attend beaucoup de la sectorisation des gardes entre autres sur le secteur graylois.

Le directeur indique que c'est la transition toute trouvée pour aborder les effets de la réorganisation des soins. Le lieutenant-colonel BEL poursuit donc sa présentation des carences notant que les sapeurs-pompiers ne transportent pas le week-end les mêmes personnes qu'en journée ou lorsque des médecins répondent présents.

Monsieur GORCY fait remarquer que les médecins libéraux sont organisés et montent des gardes dans leurs cabinets mais qu'il y a de moins en moins de médecins qui font des visites. Les gens qui ne veulent pas se rendre au cabinet appellent donc les pompiers. Par ailleurs, les citoyens ont l'habitude de la gratuité et les sapeurs-pompiers, c'est gratuit. Plus personne ne connaît le coût d'une consultation. L'accès aux soins ou au transport est devenu un droit. Le comportement de nos concitoyens n'est pas neutre et l'assurance maladie regarde de près l'évolution des dépenses de transport.

Le lieutenant-colonel BEL présente ensuite l'évolution de l'organisation hospitalière qui a eu pour conséquence, entre 2017 et 2021, une augmentation du nombre de kilomètres parcourus par les sapeurs-pompiers de l'ordre de 22% (+124 550 kms supplémentaires annuellement parcourus). Cela se traduit par une augmentation des dépenses de carburants, une usure accrue des engins et une augmentation du temps d'intervention des sapeurs-pompiers. Il note ainsi sur certains secteurs comme Luxeuil-Lure, des durées d'intervention pour 40% d'entre elles supérieures à 2 heures. Sur d'autres secteurs, comme Passavant, Faucogney ou Servance par exemple, les interventions sont, à 75% supérieures à 2 heures. Il indique qu'il faudra suivre, au cours des prochaines réunions de la commission, l'évolution de la durée d'intervention sur ces secteurs.

Le directeur du SDIS fait remarquer qu'un des objectifs du SDACR est de recentrer notre activité sur l'urgence. L'un des enjeux du SDIS est aussi de préserver sa ressource car si on ne fait rien, le risque est de perdre nos sapeurs-pompiers. Cela passe entre autres par la mise en place de conventions de disponibilité avec les employeurs. Cependant, il est plus difficile de négocier avec les employeurs quand on leur annonce qu'une intervention dure en moyenne 3 heures. Il évoque un phénomène nouveau : des sapeurs-pompiers qui, pour éviter de devoir consacrer 3 heures à une interventions, préfèrent se mettre indisponibles. Il estime qu'en France on est trop centré sur le « tout hôpital » et qu'il y a des sujets de fond nationaux et régionaux à faire avancer ; Tout ce

qui nous permettra de réduire la durée des interventions en réduisant les distances parcourues sera bon à prendre (évacuation vers des maisons de santé par exemple). L'objectif du SDIS est d'arriver sur une intervention en moins de 20 minutes et de prendre en charge la victime et de stopper l'aggravation de l'état de la victime. Le transport est ensuite un temps inutile et improductif, voire contre-productif car c'est un temps où les sapeurs-pompiers ne peuvent pas être engagés sur une nouvelle intervention.

Le président KRATTINGER demande son avis à madame la directrice du GH 70. Celle-ci souhaite évoquer le cas des consultations non programmées de 8 heures à 20 heures de Lure et Luxeuil. Même si l'objectif est de rouvrir le CNP de Luxeuil/ Lure, il faut être sensibilisé sur le fait que les 4 sites ne sont pas des services d'urgence. Tous ne disposent pas de plateau technique comme à Vesoul ou Gray qui sera sans doute, après la réforme qui se profile, un centre intermédiaire. Déposer toutes les victimes à Luxeuil ne sera pas forcément la solution car il faudra peut-être ensuite les reprendre en charge pour les conduire sur un hôpital disposant d'un plateau technique. Cela peut faire perdre un temps précieux pour la victime et même être générateur de transports secondaires.

Le directeur adhère totalement aux propos de madame KIENTZY-LALUC et insiste cependant sur le fait que 45% de nos interventions ne sont pas des vraies urgences et c'est sur cette partie des interventions qu'il faut agir pour éviter les risques que vient d'évoquer la directrice de l'hôpital.

Madame GUYOT-GREINER fait remarquer que la régulation veut toujours que l'on transporte. Il est très rare qu'ils demandent d'aller voir le médecin traitant. Les CNP ne disposant pas de plateau technique, il est souvent nécessaire de transporter vers un site qui en est muni.

Le président explique qu'aujourd'hui on essaie tous de comprendre de manière à trouver demain des solutions.

Le lieutenant-colonel donne la parole au médecin-chef qui présente l'un des objectifs du SDACR, à savoir le développement du SSSM. Le médecin-chef présente donc l'expérimentation du VISU. Ce véhicule, dont l'équipage est composé d'un infirmier et éventuellement d'un conducteur d'astreinte, est déclenché, dans le cadre du SSUAP, pour toute situation d'urgences vitales ou estimée comme telle par l'opérateur. Il peut également être amené à assurer, sur son secteur, le Soutien Sanitaire Opérationnel (SSSO) lors d'opérations «incendie». Le dispositif consiste en une astreinte à domicile 24h/24h et 7J/7, partagée entre les quatorze infirmiers sapeurs-pompiers du secteur. Cette expérimentation permet aux équipages VSAV intervenant sur des détresses vitales de bénéficier d'un renfort paramédical. Les infirmiers engagés travaillent sur protocole et disposent, dans leur véhicule, de l'ensemble des dispositifs médicaux et médicaments nécessaires : sac infirmier avec une trousse de médicaments d'urgence, moniteur multiparamétrique défibrillateur, planche automatisée de massage cardiaque, détecteur de monoxyde de carbone sanguin, etc...

Cette expérimentation a débuté le 15 novembre 2021 sur le secteur géographique allant de Port sur Saône à Jussey. Elle n'a pas rencontré d'obstacles majeurs et les premières données recueillies se sont avérées très encourageantes. En effet, du 15 novembre au 28 février 2022, le VISU a réalisé 164 interventions. Les délais moyens d'intervention sont de 14 minutes. Sur le secteur d'intervention du VISU, 320 interventions VSAV pour des missions de soins et secours d'urgence aux personnes (SSUAP) ont été réalisées. Le VISU a été un appui des équipages dans 51.2 % de celles-ci.

L'analyse de la répartition des interventions sur 24 heures montre que 23 % des déclenchements concernent la plage horaire comprise entre 20h00 et 08h00 du matin confirmant l'intérêt de disposer d'une astreinte de 24 heures et pas seulement de 12 heures en journée.

Le médecin-chef indique que les pathologies prises en charge sont variées. Elles sont, dans 46 % des cas, en rapport avec une urgence vitale. Sans surprise, les difficultés respiratoires et les douleurs thoraciques figurent au premier plan mais au cours des 3 premiers mois de l'expérimentation, les infirmiers sapeurs-pompiers ont également eu à prendre en charge des ACR, des comas avérés, des détresses respiratoires aiguës, des états épileptiques sévères, un

accouchement mais aussi un brûlé grave. Ces interventions ont toutes donné lieu à l'initiation d'un Protocole Infirmier de Soins d'Urgence (PISU). Il précise encore qu'au cours de la période d'expérimentation, 103 protocoles ont été engagés et note que seulement 23 % interventions ont nécessité un renfort du SMUR.

Il relève que cette expérimentation démontre tout l'intérêt de disposer en permanence d'un appui paramédical et le rôle déterminant de l'infirmier de sapeur-pompier qui constitue un maillon essentiel lors des interventions SSUAP. L'ISP a aussi toute sa place dans l'apport de compétences propres, en appui des secouristes, notamment dans le traitement de la douleur. Il explique aussi que cette expérimentation a également permis au SDIS de s'assurer qu'un système d'astreinte à domicile était réalisable. Un système qui, par ailleurs, a le mérite d'ancrer l'infirmier de sapeur-pompier dans le paysage de l'urgence préhospitalière. Au-delà, l'analyse des données qui démontre la pertinence de l'engagement de l'ISP et la plus-value incontestable qu'il représente pour les missions de secours et soins d'urgence aux personnes, permet d'envisager le déploiement à court terme d'autres VISU sur le département.

Il indique qu'une réflexion a été menée pour définir sur quels secteurs ce dispositif pouvait être étendu. Ont été identifiés le secteur de Héricourt à Servance où le SMUR est peu présent et le secteur de Marnay/Gy/ Valay, situé loin des hôpitaux.

Le Président KRATTINGER confirme qu'il faut effectivement élargir cette expérimentation.

Monsieur GORCY intervient pour indiquer qu'il s'agit d'un beau projet qui lui fait penser à la VLI de Luxeuil mise en place il y a 2 ans. Il pense qu'il faut effectivement arriver à une organisation de ce genre pour mobiliser les médecins quand c'est vraiment utile.

Il demande si le SSSM est en rapport avec le CRRA15. Le médecin-chef répond que le CRRA15 fait rarement la demande d'un ISPV protocolisé. La relation est ambiguë. Ils ont tendance à engager des médecins mais pas des ISPV car ils estiment qu'un infirmier n'a pas à se rendre seul sur une intervention. Mais pas contre cela leur rend service.

Le directeur indique que monsieur GORCY touche au vrai sujet car c'est compliqué pour le SAMU d'engager une réponse qu'il estime dégradée (ISPV) là où il doit engager une réponse médicale. Il existe de véritables dogmes dans certains centres 15. On peut ainsi parfois avoir des « non » catégoriques.

La volonté du SDIS est d'augmenter notre capacité opérationnelle et pas d'apporter une réponse dégradée. C'est le SDIS qui décide d'augmenter sa réponse secouriste et d'apporter des moyens supplémentaires grâce au ISPV. Cela permet au SAMU d'être ainsi plus « à l'aise » puisse que ce n'est pas lui qui engage l'infirmier mais qu'il peut l'utiliser. Cela devrait permettre une meilleure complémentarité avec le SAMU. A l'avenir, quand cela sera bien installé sur le territoire, le SAMU pourrait davantage faire appel à eux. On s'y prépare.

Le docteur BEIN indique que quand les premiers protocoles ont été mis en place, les réactions de ses collègues des urgences et des médecins régulateurs ont parfois été violentes. Pourtant aujourd'hui, ils sont bien admis. Il confirme que l'infirmier a tout à fait sa place dans une logique de gradation et non de dégradation des urgences.

Il évoque cependant la limite du système. S'il est difficile de recruter des médecins, il est maintenant aussi difficile de recruter des ISPV au sein des hôpitaux car ce personnel, déjà sursollicité à l'hôpital, n'a plus de temps à consacrer au volontariat de sapeur-pompier.

Le médecin-chef rétorque que cela ne représente en moyenne que 2 jours par mois bloqués et planifiés et ajoute que le SSSM compte dans ses rangs des infirmiers exerçant à l'hôpital.

Il ajoute qu'en dessous de 15 infirmiers sur un secteur, il ne peut pas mettre en place un SIVU.

Le docteur BEIN demande quel pourcentage d'infirmiers travaillant à l'hôpital sont sapeurs-pompiers. Le médecin-chef n'ayant pas la réponse en tête, celle-ci sera apportée à la prochaine réunion.

S'en suit une discussion autour du droit du travail et de l'activité de sapeur-pompier.

Monsieur GORCY demande quel est le coût supplémentaire pour le SDIS par secteur créé.

Le médecin-chef indique que cela représente un investissement en matériel d'environ 40 000 euros pour un VISU. S'agissant des coûts de fonctionnement (indemnisation des ISPV), il faudra attendre la fin de l'année pour le savoir.

Le directeur indique qu'au-delà de cela, il faut voir la plus-value apportée par ce dispositif qui permet d'améliorer notre réponse opérationnelle (100% de réponse contre 30% avant) et par ce véhicule armé avec un matériel performant.

Le président KRATTINGER indique que la discussion n'est pas là. Le véhicule sera amorti, le matériel sera amené à évoluer avec la mise en place entre autre de la télémedecine. Mais c'est un champ dans lequel le SDIS doit investir et il le fera. Il indique qu'au regard des résultats convaincants déjà obtenus, cela vaut le coût !

Il se réjouit de ces initiatives indispensables pour répondre aux problématiques de notre département rural et de ces belles collaborations entre le SDIS, le milieu de l'hôpital, les milieux libéraux, la Santé... C'est d'ailleurs tout le sens et l'objectif de cette commission qui se réunit aujourd'hui. Une commission qui permet de mettre autour de la table tous les acteurs pour mettre en place des actions concertées et porteuses de progrès pour le département, tout en veillant à respecter le cadre juridique. Les élus prendront quant à eux leurs responsabilités sur le plan financier.

Il félicite toutes celles et ceux qui s'investissent et participent à ce projet.

Monsieur GORCY indique qu'il partage cette vision et ajoute que plus la télémedecine se développera, plus on disposera de matériel connecté et plus le médecin régulateur aura de l'importance. Qu'il s'agisse d'une chose dont le CRRA15 doit prendre conscience.

Le président évoque l'effort financier consenti par l'ARS pour doter le SDIS de matériel de pointe, un effort auquel le Département avait du coup participé à même hauteur. Il insiste sur le fait que c'est la santé des gens qui compte.

Monsieur TISSOT ajoute qu'on pourrait ainsi espérer que le matériel de télémedecine soit mieux utilisé. Il insiste sur le fait que le CRRA15 doive évoluer dans son approche de la télémedecine.

Madame TISSERAND précise que le directeur de l'ARS souhaite une gouvernance plus partagée avec le centre 15 pour que les décisions ne soient pas prises que par ce dernier. Elle ajoute que plusieurs réunions seront organisées à cette fin sous l'égide de l'ARS et que les demandes sont déjà très appuyées pour éviter ces écueils.

La directrice de l'hôpital espère quant à elle que cette expérimentation du VISU serve la cause de la VLI qui pour le moment est vécue comme un moins par le CRRA15 alors que l'hôpital souhaite que son usage soit pérennisé.

Le lieutenant-colonel BEL et le médecin-chef présentent ensuite le bilan numérique et télémedecine, un projet initié en 2019 et conforté par le SDACR en 2021, qui consiste à transmettre au service des urgences un bilan numérique en y intégrant différentes données (constantes vitales, ECG, données individuelles issues d'IDU TAG, photos...). Ils rappellent l'historique du projet et annoncent le début du déploiement opérationnel de la tablette numérique en juin prochain.

Le directeur conclut sur le sujet en indiquant qu'il faut construire pour le présent mais mettre en place un socle pour l'avenir grâce à nos VSAV communicants. Les sapeurs-pompiers doivent devenir les transporteurs de la compétence humaine et des outils de diagnostic. Le président imagine que demain, les VSAV seront également équipés de caméras.

Le lieutenant-colonel BEL présente ensuite des exemples de déploiement réalisés dans d'autres départements. Il rappelle également tous les partenariats existants en matière de SSUAP notamment avec le GH 70 (transport sanitaire médicalisé, conduite de la VLM et de la VLI, formation SIMUR, complémentarité NOVI...)

Le président indique qu'il était important de faire le point ensemble sur ces sujets. Heureux de l'ambiance et de l'état d'esprit des participants, il propose aux membres de se retrouver pour une nouvelle réunion en juin. Il en présente déjà l'ordre du jour :

- Bilan de l'activité opérationnelle notamment l'évolution des carences
- Point de situation sur :
 - Le projet de réorganisation de la permanence des transporteurs sanitaires privés
 - Le "bilan numérique, télémedecine"
 - Déploiement V.I.S.U.
 - Le projet de pharmacie à usage intérieur (PUI) du SDIS (objectif SDACR)
 - Les mesures législatives portées par la loi Matras en matière de SSUAP.
- Réflexion autour de l'évacuation de certaines victimes hors SAU

Après un bref échange avec madame TISSERAND sur la mise en place en cours des CPTS, le président émet le souhait de dessiner une organisation territoriale qui puisse guider les démarches et les décisions. Il parle au nom des élus qui sont tous prêts à faire des efforts mais qui ne sont pas des spécialistes de la Santé et qui cherchent avant tout à comprendre ; Cette réunion aura déjà permis d'obtenir quelques réponses. Il rappelle, côté Département, la volonté partagée de mettre de l'argent dès lors que l'on sait où, comment et avec quels résultats. S'agissant du SDIS, il insiste sur le fait que les sapeurs-pompiers ne peuvent pas faire sans le monde médical.

Après avoir infiniment remercié les personnes présentes et indiqué, qu'en son absence, Edwige EME qui fait partie elle aussi du monde de la Santé assurait la présidence de cette commission, le président KRATTINGER propose de clore la séance.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 18 heures 55.