



MANIFESTE

Premières Assises nationales  
**SANTÉ, SECOURS ET TERRITOIRES**

—  
**La Souterraine**

14-15 mars 2019  
—

## PRÉFACE

Ce manifeste a pour mission de retranscrire la richesse des débats inter professionnels ressortis des 1<sup>ères</sup> Assises nationales santé, secours et territoires organisées les 14 et 15 mars 2019 à La Souterraine (Creuse) à l'initiative de la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France (FNSPF) avec le soutien de l'Assemblée des départements de France (ADF). Engagés au quotidien auprès des populations et forces de propositions, les acteurs de la santé, des secours et des territoires ont, tous, répondu présents face à l'urgence. Les pompiers de France habitués à quotidiennement s'adapter à de nouveaux défis, ont saisi l'opportunité de ces Assises pour réfléchir aux enjeux de demain.

Outre la symbolique pertinente de l'organisation de cette manifestation au cœur du second département le moins peuplé de France, on pourra en retenir l'intention voulue : réunir tous les acteurs pour mettre du lien. La question centrale de ces Assises est autant connue du grand public que les moyens dédiés pour y répondre sont insuffisants : comment garantir aux citoyens, en tout point du territoire, un accès rapide, équitable et performant aux secours et aux soins ?

C'est pour proposer une réflexion approfondie et davantage pratique que théorique qu'une large diversité d'acteurs venus de tout le pays (élus locaux et nationaux, dirigeants d'ARS, sapeurs-pompiers, cadres hospitaliers, dirigeants d'EHPAD, ambulanciers privés, médecins libéraux, représentants de sociétés savantes, aidants...) se sont réunis pendant deux jours pour libérer la voix des territoires dans une coopération qui pose

la première pierre d'une véritable réponse commune et coordonnée aux défis du vieillissement démographique, de la désertification médicale et des changements de mode de vie.

La convergence nationale, pour la première fois, d'élus, de professionnels de santé publics et privés ainsi que de sapeurs-pompiers, a permis une réflexion pluridisciplinaire et transversale propice à l'émergence de solutions innovantes et pragmatiques, tout en valorisant une logique territoriale ascendante et complémentaire.

Avec pour clé de voûte l'adaptation globale à apporter à la chaîne de secours et de soins d'urgence, ces Assises ont permis d'aborder six thématiques cruciales pour l'avenir de nos territoires :

- L'aménagement et l'attractivité en termes d'installation.
- L'offre de soins.
- L'autonomie et le maintien à domicile.
- Les apports potentiels de la télémédecine et des pratiques avancées.
- La gestion des appels de secours d'urgence et d'assistance.
- L'adaptation de la réponse opérationnelle.

Ce manifeste a pour objets d'offrir aux pouvoirs publics le fruit de cette réflexion et d'ouvrir de nombreuses pistes de travail issues des nombreuses initiatives, pratiques ou adaptations du quotidien de ces hommes et de ces femmes qui œuvrent chaque jour à la distribution des secours et à l'offre de soins dans nos territoires.

## NOS PRÉCONISATIONS :

### « 23 MESURES POUR PENSER LE CHANGEMENT »

#### **Lutter contre les déserts médicaux**

- **Elaborer une politique d'attractivité** en collaboration avec les acteurs locaux : l'agence régionale de santé, le département qui s'avère être la collectivité locale la plus pertinente, les professionnels de santé et l'assurance-maladie, pour faciliter l'installation des professionnels de santé.
- **Proposer une offre pluridisciplinaire et le développement de modes d'exercice coordonnés** (maisons de santé pluridisciplinaires, centres de santé universitaires, équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé) permettant d'apporter au patient un service personnalisé en sortant du cloisonnement médecine libérale de ville/ hôpital et de l'exercice isolé, rejeté par la grande majorité des jeunes générations.

#### **Renforcer l'offre de soins pour nos territoires**

- Un «bouquet de mesures sur du long terme » doit être envisagé :
  - la suppression du « numerus clausus » lors de la première année de médecine,
  - le déploiement national des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS),
  - la création d'assistants médicaux et la redéfinition de la graduation des soins hospitaliers.
- **Favoriser l'adossement des maisons médicales aux centres de secours.** Les maisons médicales sont des équipes pluridisciplinaires dispensant des soins de santé primaires, continus, polyvalents et accessibles à toute la population, qui peuvent développer une complémentarité, afin de recentrer les sapeurs-pompiers sur le secours d'urgence.
- **Généraliser les transferts d'actes ou d'activités de soins relevant de la compétence des médecins** à des auxiliaires médicaux, notamment des infirmiers tels que les infirmiers sapeurs-pompiers dans le cadre de protocoles infirmiers de soins d'urgence (PISU).
- **Faire prévaloir une recherche de complémentarité entre les ministères de la Santé et de l'Intérieur**, plutôt que de concurrence et de captation de la ressource, comme observé dans de nombreux territoires lors du déploiement des médecins correspondants de Samu (MCS).
- **L'encouragement systématique par l'administration de la santé de la pratique des protocoles infirmiers de soins d'urgence (PISU)** par les infirmiers de sapeurs-pompiers, le développement des infirmiers de pratiques avancées, et l'évolution des secouristes sapeurs-pompiers vers des techniciens de secours d'urgence (TSU).
- **Suivre les recommandations de l'OMS et développer le concept d'infirmier « de famille »** Cette approche, qui s'apparente à la réponse graduée mise en place dans les services d'incendie et de secours (secouriste / infirmier / médecin), permettrait à la France d'augmenter ses capacités de prise en charge et ainsi faire face aux défis du vieillissement et de la chronicisation des pathologies.

#### **Vers une meilleure autonomie pour un maintien à domicile généralisé :**

- **Promouvoir et informer sur les avantages des nouvelles technologies.** Les services de l'Etat pourraient lancer des campagnes d'information alors que les acteurs locaux pourraient subventionner des kits domotiques.

- **Lancer une démarche collaborative au niveau national entre les EHPAD et les services d'incendie et de secours (SIS)**, afin d'éviter une sollicitation des sapeurs-pompiers en ultimes recours en dehors des heures de service des infirmiers des EHPAD, et mettre en place une stratégie globale de coopération dans une logique gagnant-gagnant.

#### **La télémédecine : une généralisation efficiente conditionnée par la mise en place de garde-fous**

- Mettre en place des **organisations territoriales de régulation voire de contrôle**, pour lutter contre une diminution de la qualité des soins conceptualisée par une « Uberisation » du parcours de soins.
- Création d'un processus de concertation avec les opérateurs mobiles pour garantir l'arrivée du haut-débit voire de la fibre dans les territoires pour proposer une fiabilité des téléconsultations.

#### **Une réponse opérationnelle en mutation nourrie par l'expérience quotidienne et les spécificités des territoires**

- **Création d'un véritable cadre légal et strict pour apporter un environnement technique, juridique et financier** permettant aux SIS d'adapter leur réponse sans concurrence ni dispersions des ressources.
- Prise en considération du nouveau périmètre dans l'exercice des missions du SUAP en vue de mettre à jour **le Référentiel commun SIS-SAMU de 2008.**

#### **Une conception profondément modernisée de la gestion vieillissante des appels :**

- **Faire évoluer le cadre législatif obsolète** issu de la loi de 1986 sur l'aide médicale urgente, avec en ligne de mire le principe de régulation médicale universelle.
- **Envisager la création de centres de réception départementaux 112 connectés aux caméras urbaines. Faire ainsi du 112, le numéro unique de l'appel aux secours, en lieu et place des numéros historiques.**
- **Développer le numéro de la permanence des soins ambulatoires existant : le 116 117.** Afin de limiter le recours au 112 aux seules urgences, il est nécessaire de disposer d'un numéro qui permette la sollicitation d'un professionnel de santé ou d'un conseil médical en dehors de l'urgence. Ce numéro existe mais n'est pas connu du grand public et ses prérogatives devraient être élargies ; il s'agit du 116 117.
- **Adopter une démarche volontariste d'expérimentation de l'usage de l'intelligence artificielle** dans la gestion centralisée et automatisée des appels d'urgence.

#### **De manière plus générale suite au succès des 1<sup>ères</sup> Assises nationales santé secours et territoires :**

- **Institutionnaliser cet évènement** l'organisation annuelle des Assises entre tous les différents acteurs du secours et de la santé sur le plan national.
- **Effectuer un suivi des recommandations** dans une démarche d'analyse critique et productive ainsi que d'amélioration pratique du secours en France.

## AMÉNAGEMENT ET ATTRACTIVITÉ DES TERRITOIRES EN TERMES D'INSTALLATION

La présence sanitaire dans les territoires répond à une logique quasi exclusivement libérale qui se traduit par un accès aux soins de plus en plus inégalitaire pour les citoyens. Cette réalité d'accès aux soins, particulièrement criante dans les territoires ruraux, se propage au fil du temps au milieu urbain. Une démographie médicale de moins en moins favorable, corrélée avec une répartition inégale des professionnels de santé, l'apparition de déserts médicaux et la disparition de la permanence des soins, se sont traduits par une augmentation exponentielle de la sollicitation des services d'urgence, sapeurs-pompiers et hospitaliers, ainsi que des délais d'intervention et d'attente.

Le champ d'intervention des urgentistes sapeurs-pompiers et hospitaliers s'est donc vu directement impacté pour absorber ces carences, alors que leur organisation structurelle n'était pas apte à l'assumer.

L'organisation horaire, la gestion des ressources humaines, le type de véhicules de secours ou encore les spécifications requises sont autant de paramètres non anticipés qui peuvent mettre en péril toute la chaîne de secours à travers une sursollicitation pour des missions de transport sanitaire régulé ou d'assistance (relevage de personnes...), sources de perte de sens, de *turn-over*, et d'un détournement de la véritable urgence.

Deux pistes pertinentes pour répondre à cette thématique se sont imposées à travers les échanges et ont recueilli l'unanimité des acteurs.

## OFFRE DE SOINS : QUI POUR SOIGNER NOS TERRITOIRES ?

Les politiques conduites ces dernières années en matière de couverture de l'offre de soins et de rationalisation, voire mutualisation, d'établissements se sont traduites par la fermeture de nombreux établissements de santé de proximité. Les répercussions de ces fermetures sont directement palpables opérationnellement pour les services de secours, qui voient leur délai d'acheminement s'allonger continuellement et alourdir sans cesse le coût humain du secours à la personne. Comme dans le cas précédent, les restrictions concédées d'une part se font au détriment des services d'incendie et de secours, sans compensation de moyens, entraînant ainsi un péril dans l'exercice de leur mission initiale.

Les sapeurs-pompiers sont en première ligne et subissent de plein fouet les impacts des fermetures de services et d'établissements de santé de proximité (urgences, maternités...). Cela se manifeste tout particulièrement au travers des délais d'acheminement, sans cesse accrus, qui épuisent les ressources humaines et les détournent de leurs missions principales d'urgence.

Le plan *Ma Santé 2022* prévoit des mesures visant à infléchir cette tendance : structuration des soins en trois niveaux (soins de proximité, spécialisés et hyperspécialisés), revalorisation des soins de proximité pour répondre à la montée du vieillissement et des maladies chroniques, labellisation d'hôpitaux de proximité.

Cependant, ces dispositions ne produiront au mieux leurs effets qu'à moyen et long terme, soit dans des délais peu compatibles avec la réactivité des activités de secours.

La définition d'une véritable **politique d'attractivité** élaborée en collaboration par les acteurs locaux : l'agence régionale de santé, les départements au titre de leur mission de solidarité sociale et territoriale, les professionnels de santé et l'assurance-maladie. L'objectif est de produire des conditions attractives pour cibler les professions de santé génératrices de carence.

Un focus plus local pour une réponse plus personnalisée apparaît comme une véritable avancée. Cette vision conduirait à préconiser la définition au sein de chaque territoire d'**une offre pluridisciplinaire et le développement de modes d'exercice coordonnés** (maisons de santé pluridisciplinaires, centres de santé universitaires, équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé) permettant d'apporter au patient un service personnalisé en sortant du cloisonnement médecine libérale de ville/hôpital et de l'exercice isolé, rejeté par la grande majorité des jeunes générations.

Les sapeurs-pompiers relèvent en particulier l'utilité du développement de leurs possibilités d'accès à des maisons de santé pluriprofessionnelles, dotées de centres de petites urgences, parallèlement à un travail de l'ensemble des ARS sur l'organisation de la garde ambulancière, aujourd'hui défailante, et au développement des moyens de transport.

C'est dans cette optique de réponse aux maux quotidiens de nos territoires que deux propositions concrètes peuvent être formulées en fonction de leur temporalité.

Un premier « **bouquet de mesures à long terme** » doit être envisagé : la suppression du « *numerus clausus* » la première année de médecine, le déploiement national des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), la création d'assistant médicaux ainsi que la redéfinition de la graduation des soins hospitaliers. L'expertise des contributeurs s'accorde pour un délai d'efficacité de ce « bouquet » d'environ une dizaine d'années, ce qui n'est pas satisfaisant au regard des difficultés rencontrées en ruralité.

La force de ces Assises, au-delà de la pluralité de ces participants, fut la volonté de répondre aux « urgences de notre temps » dans un délai propre à la gestion de l'urgence, fort des expériences de chacun.

Un second bouquet est ainsi proposé à partir de trois composantes.

Les établissements sanitaires ou médico-sociaux, qui peuvent venir pallier les carences par subsidiarité en premier recours par des consultations avancées ou de la télémédecine.

En cas de persistance des difficultés, l'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut venir en renfort de cette « première couche », par la mise à disposition d'assistants partagés.

En troisième lieu, les maisons médicales sont des équipes pluridisciplinaires dispensant des soins de santé primaires, continus, polyvalents et accessibles à toute la population. Leurs

actions visent à une approche globale de la santé, considérée dans ses dimensions physiques, mais aussi psychiques et sociales et une approche intégrant le curatif, le préventif et la promotion de la santé. Elles inscrivent leur activité tant dans l'accompagnement individuel que dans une perspective plus collective et de santé publique, de promotion de la santé. Les maisons médicales s'appuient sur une dynamique de participation communautaire et cherchent à développer l'autonomie des individus dans la prise en charge des problèmes de santé. Elles intègrent leurs actions en partenariat avec un réseau local particulièrement compatible avec les sapeurs-pompiers. L'idée de venir **adosser les maisons médicales aux centres de secours**, permettrait de recentrer les sapeurs-pompiers sur l'urgence opérationnelle alors que la proximité géographique apporterait une réponse efficace à la demande globale de soins.

De manière plus générale, pour venir soutenir et renforcer la prise en charge, **la mise en œuvre de dispositifs destinés à dégager du temps médical** doit être plus largement favorisée, à travers la possibilité de **transferts d'actes ou d'activités de soins relevant de la compétence des médecins à des auxiliaires médicaux, notamment des infirmiers**.

## ► AUTONOMIE ET MAINTIEN À DOMICILE : OÙ SERONS-NOUS DEMAIN ?

Il est établi que dans les prochaines années, une augmentation très nette du nombre de personnes dépendantes sera constatée. Selon un scénario médian, on pourrait passer de 1,15 million de personnes actuellement à 1,55 million en 2030 et 2,3 millions en 2060. Mais ce n'est pas tant cette augmentation, ni le nombre de centenaires, évalué à 13 000 à l'horizon 2030, qui constitue la « révolution de l'âge », mais le fait qu'un tiers de la population française aura plus de 60 ans en 2030 : il s'agit là d'un changement social profond. Les répercussions sur les forces de secours seront indéniables et l'intensification des interventions est à prévoir en l'absence de solutions appropriées.

Le vieillissement démographique constitue un enjeu de société majeur, qui commande la mise en application de solutions concrètes, résolument tournées vers les défis du « maintien à domicile de demain ». La récente loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement a fait de cette problématique une priorité des politiques de l'autonomie.

Chacun souhaite pouvoir rester à domicile le plus longtemps possible. Les premiers retours de la consultation publique organisée dans le cadre de la concertation « *grand-âge et autonomie* » en témoignent. Au-delà de cette aspiration légitime, la société doit se poser les questions de l'accompagnement (humain, technique, voire technologique), des conditions dans lesquelles se réalise le maintien à domicile, et à quel coût pour la collectivité

Les Assises ont permis d'entériner le recours à la « E-santé » à travers de nombreux retours sur expérience, notamment la mise en application de la solution ID1 en service du maintien à domicile en Haute-Vienne, du pack domotique à domicile en Creuse, ou encore les avancées d'Orange sur le champ de l'innovation.

Le constat est sans appel : la domotique, les solutions TIC, les outils de communications et le développement des technologies médicales sont la clé du maintien à domicile de nos séniors.

Le secteur privé propose un foisonnement de services dédiés qui ont fait leur preuve, proposant une offre évolutive pour un

Il paraît en effet indispensable de cesser de fonder l'intégralité de la réponse sur la seule ressource médicale, et de passer d'une logique du tout urgence à une véritable réponse graduée.

Dans un contexte de rareté, **une recherche de complémentarité doit prévaloir entre les ministères de la Santé et de l'Intérieur, plutôt que de concurrence** et de captation de la ressource, comme observé dans de nombreux territoires lors du déploiement des médecins correspondants de Samu (MCS).

Cette mutation doit également intégrer **l'encouragement systématique par l'administration de la santé de la pratique des protocoles infirmiers de soins d'urgence (PISU)** pratiqués par les infirmiers de sapeurs-pompiers, le développement des infirmiers de pratiques avancées, et l'évolution des secouristes sapeurs-pompiers vers des techniciens de secours d'urgence (TSU).

coût socialement acceptable. **On peut sécuriser le lieu de vie**, à travers l'amélioration des réseaux, la mise en place de capteurs domotiques de plus en plus performants et discrets.

On peut également **sécuriser les déplacements**, qui engendrent quelquefois une crainte de la part de la famille, en raison des désorientations empêchant un retour au domicile. De nombreux dispositifs voient le jour, allant de l'application sur smartphone jusqu'au bracelet GPS indiquant la position de la personne.

**La gestion de l'aide et du suivi à domicile** est aussi concernée : le cahier de liaison jusqu'ici en format papier peut, grâce aux tablettes ou stylos numériques, être renseigné et conservé au domicile, tout en étant consultable à distance dans le but de mieux préparer et d'anticiper ces interventions.

On pourra encore citer l'exemple de la **sécurisation de la prise de médicaments** : les piluliers électroniques peuvent apporter une contribution à l'observance des traitements, et éviter les pertes de repère lié aux médicaments génériques.

En termes de recommandations, les pouvoirs publics doivent **promouvoir et informer sur les avantages des nouvelles technologies**.

Les services de l'Etat pourraient lancer des campagnes d'informations, alors que les acteurs locaux pourraient subventionner des kits domotiques.

En effet, la réticence naturelle au changement, qui existe pour chacun d'entre nous, s'exacerbe en vieillissant, empêchant de s'intéresser à ce que la technologie est susceptible d'apporter.

L'information puis, dans un deuxième temps l'incitation financière, jouent donc ici un rôle clé dans son adoption.

Le projet, développé entre Domocreuse et le SDIS 23, de nomination, sur la base du volontariat, de sapeurs-pompiers référents choisis parmi les sapeurs-pompiers retraités ou les sapeurs-pompiers en activité en dehors de leur durée de service, afin d'effectuer des gestes de relevage ou des levées de doute,

mérite également d'être souligné au titre des bonnes pratiques permettant de concilier réponse au défi du vieillissement et préservation de la réponse des sapeurs-pompiers à l'urgence.

Un changement d'échelle est nécessaire : à cette fin, **une démarche collaborative mérite d'être initiée au niveau national entre les EHPAD et les services d'incendie et de secours**, afin d'éviter une sollicitation des sapeurs-pompiers en

ultimes recours en dehors des heures de service des infirmiers des EHPAD, et de mettre en place une stratégie globale de coopération dans une logique gagnant-gagnant.

## ▣ LES APPORTS POTENTIELS DE LA TÉLÉMÉDECINE : NOUVEAU MODÈLE ÉCONOMIQUE, NOUVELLE OFFRE DE SOINS ?

Afin de favoriser leur développement, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a placé la téléconsultation et la télé-expertise dans le champ du droit commun conventionnel (et non plus dans celui d'expérimentations à l'ampleur nécessairement limitée) en autorisant l'assurance-maladie et les professionnels de santé à définir les tarifs et modalités de réalisation des actes concernés.

Pour terminer de convaincre de son efficacité, les Assises ont permis de faire un retour d'expérience sur les premiers établissements français d'expérimentation de la télémédecine à travers des EHPAD creusois. Il est évident qu'un nouveau modèle économique se met en place et viendra parfaire l'offre de soins en réponse aux contraintes géographiques.

La spécificité de cet outil n'est pas dans son usage, qui se doit d'être généralisé au possible, mais réside dans sa mise en œuvre et les risques potentiels engendrés. Il convient donc de faire des préconisations en termes de télémédecine qui s'apparentent davantage à des garde-fous que des incitations.

La mise en place d'**organisations territoriales de régulation voire de contrôle** est indispensable pour lutter contre une

diminution de la qualité des soins, conceptualisée par une « Uberisation » du parcours de soins. L'enjeu est d'autant plus important car la perte de confiance dans le système entraînerait son rejet et les erreurs médicales un accroissement des besoins de soins.

Le déploiement de la télémédecine doit être effectué en **concertation avec les opérateurs mobiles et conditionné à l'arrivée du haut-débit** voire du très haut débit dans les territoires pour proposer une fiabilité des téléconsultations.

**Le développement de la télémédecine et de la télétransmission constitue un important levier de modernisation pour les services d'incendie et de secours.**

La généralisation des pratiques initiées par plusieurs d'entre eux (télétransmission d'ECG ; équipements en tablettes numériques des VSAV pour la transmission automatique des bilans, l'accès au dossier médical partagé ; utilisation de PISU par voie de télémédecine...) mérite ainsi d'être favorisée par les autorités de gouvernance comme vecteur d'optimisation du parcours de soins et d'amélioration de la prise en charge des patients/victimes.

## ▣ L'ADAPTATION DE LA RÉPONSE OPÉRATIONNELLE

Face à l'augmentation des besoins de la population et à l'explosion du nombre de leurs interventions en matière de secours d'urgence aux personnes (SUAP), liée pour partie aux carences du système de santé, les sapeurs-pompiers ne cessent d'adapter leur réponse opérationnelle et de développer de nouvelles compétences.

Ces Assises ont démontré **les profondes mutations rencontrées par les sapeurs-pompiers dans l'exercice des missions de SUAP : les frontières d'hier -la pratique de gestes secouristes, reconnue réglementairement par le Référentiel commun SIS-SAMU de 2008- ne sont plus celles d'aujourd'hui** en termes d'intervention et de compétences métiers.

4 exemples ont été présentés de réponse graduée qui, parfois, sortent du cadre du code de la santé publique et du code général des collectivités territoriales, pour mieux répondre à la sollicitation nouvelle et grandissante.

Tous ces exemples se sont faits en accord avec l'agence régionale de santé, dans le cadre de projet de territoires ou de financements rendus possibles demain avec la loi santé en cours d'adoption.

Le SDIS 70 a témoigné de l'utilisation de ses VL secouristes à deux pour effectuer des missions de levée de doutes, relevage et téléalarme après déclenchement du SAMU.

Le SDIS 07 a présenté un modèle de réponse infirmiers dans des zones blanches, inscrit dans le schéma régional de santé.

Le SDIS 01 a témoigné de l'adaptation des personnels et véhicules aux missions, notamment avec la prise en charge des carences d'ambulances privées à 2, carences qu'il faudra tôt ou tard dénommer tant elles sont teintées négativement.

Le SDIS 04, quant à lui, a développé un système de transfert de victime à la demande du SAMU entre le SDIS et les ambulanciers privés, notamment pour les transferts sur un hôpital éloigné.

**Les Assises ont mis en lumière la nécessité pour les autorités de gouvernance (en premier lieu les ministères de l'Intérieur et de la Santé) de faire des choix, d'apporter des réponses claires et de créer un environnement technique, juridique et financier permettant aux SIS d'adapter leur réponse : devront-ils, demain, choisir entre être les techniciens du secours d'urgence aux personnes qu'ils deviennent, ou être des assistants de la détresse sociale ? Ou bien devront-ils continuer à mener de front ces deux missions, et dans ce cadre, avec quel registre opérationnel différencié ?**

## LA GESTION DES APPELS DE SECOURS D'URGENCE ET D'ASSISTANCE

Dans le cadre de la réponse à l'urgence, la qualité de la gestion des appels détermine celle de la réponse opérationnelle.

Les travaux et échanges ont orienté le futur des centres d'appels des services d'urgence vers une profonde modernisation de leur base juridique et de leur composition, dans le sens d'une mutualisation interservices.

La première mutation à envisager est **une évolution du cadre législatif issu de la loi de 1986 sur l'aide médicale urgente avec en ligne de mire : le principe de régulation médicale universelle** dont l'environnement initial a profondément changé (population, démographie médicale, réponse opérationnelle des Sids) et qu'il est dès lors inapproprié de maintenir. En effet, en pratique, cette régulation médicale est unique au monde, fictive (la réponse apportée n'émanant pas dans l'immense majorité des cas d'un médecin) et totalement obsolète en termes de délai et d'efficacité. Cette évolution ne doit pas conduire à abandonner le principe de régulation médicale, mais à créer les conditions lui permettant de retrouver sa pleine et juste valeur ajoutée.

Il serait également pertinent de **créer entre l'ensemble des professionnels de l'urgence (pompiers, Smur, policiers, gendarmes) des plateformes communes d'appels**, dotées d'opérateurs non-médecins formés et appuyés d'**arbres décisionnels d'aide à la décision** leur permettant d'opérer un premier traitement, une première réponse, voire le débruitage et l'orientation de la gestion de l'opération vers l'opérateur métier concerné selon la nature de l'appel (secours, soins, sûreté).

**La présence d'un coordinateur ambulancier** au sein de ces plateformes d'urgence permettrait également d'identifier la disponibilité d'ambulanciers privés, et d'éviter ainsi la sollicitation

abusives des SIS pour des missions de transport sanitaire au titre de leur carence.

Mise en place dans nombre de pays étrangers, cette organisation permettra non seulement de **réduire les délais de traitement**, mais également d'**apporter une réponse systématique et coordonnée** aux appels du public dans le cadre d'une véritable coopération interservices que seule peut permettre la proximité physique, et non virtuelle, des différents acteurs. Cette organisation est seule également de nature à permettre la définition d'un train de secours adapté en cas de d'appel susceptible de mettre en péril l'intégrité physique des intervenants (personnes en situation de détresse médico-psycho-sociale...).

Le choix des acteurs se porte unanimement sur le département comme l'échelon de rattachement le plus pertinent de ces plateformes communes de gestion des appels d'urgence. Ainsi **la création de centres départementaux d'appels d'urgence 112, auquel on devrait adjoindre un numéro d'assistance santé (le 116117), dédié à la prise en compte des demandes de soins non programmées**, constitue la réponse envisageable, la plus efficace, la plus pertinente et bénéficiant de possibilités foncières et humaines facilitant leur mise en œuvre.

Outre la connaissance du terrain, ces centres seraient les garants du maintien de la proximité et permettraient, à budget constant, de répondre à la demande croissante du public, en tirant profit des synergies immobilières d'où qu'elles émanent (SDIS, hôpital...)

Enfin, il faut adopter une démarche volontariste d'expérimentation de l'usage de l'intelligence artificielle dans la gestion centralisée et automatisée des appels d'urgence.

## CONCLUSION

Ces Assises démontrent l'importance des six thématiques évoquées et l'urgence de l'adoption d'une démarche proactive en la matière.

Les opportunités offertes par les avancées technologiques, corrélées à notre volonté de défendre un modèle de sécurité civile en transversalité avec tous les acteurs, propulsent ce manifeste comme l'écho de la voix de nos territoires.

La force de ces propositions, aussi concrètes que pragmatiques, doit désormais conduire à placer les sapeurs-pompiers, et donc les territoires, comme partenaires et contributeurs de la stratégie nationale de transformation du système de santé, et non plus comme seuls exécutants.

Interlocuteurs privilégiés des élus territoriaux et des professionnels de santé, ils sont le dernier rempart contre l'abandon des territoires et la disparition du service public.

Nos travaux forment un inventaire des possibilités qui s'offrent à nous pour proposer un service public toujours plus efficient à partir des opportunités de notre siècle : révolution numérique, mutualisation, coopération, délégation...

L'actualité a fait ressurgir l'historique célèbre de Notre-Dame de Paris, autrefois sauvée par Victor Hugo grâce à son roman dédié à ce monument historique. Cependant, il est moins connu que Hugo écrivit avec ce roman historique deux pamphlets qui formèrent un manifeste pour « *arrêter le marteau qui mutilait la face du pays* », en détruisant nos édifices historiques. Il dénonça le vandalisme des spéculateurs, qui jetaient à bas nos monuments nationaux avec l'assentiment des municipalités. Ces deux textes sont à l'origine de la prise de conscience des autorités et de la loi pour la protection de notre patrimoine architectural.

Puisse notre manifeste connaître la même finalité et contribuer à une approche profondément rénovée du secours d'urgence aux personnes.

## CONTRIBUTEURS

---

- La Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers de France
- La Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion des Crises
- L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine
- Le Ministère des Armées
- L'Association des Maires de France
- L'Assemblée des Départements de France
- La Fédération Nationale des Transporteurs Sanitaires
- L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
- La Société Française de Télémedecine
- Les EHPAD de la Creuse
- Orange France

## REMERCIEMENTS « ANSST 2019, LA SOUTERRAINE »

---

- Le Service Départemental d'incendie et de secours de la Creuse
- L'Union Départementale Sapeurs-Pompiers de la Creuse
- L'Association des Anciens Sapeurs-Pompiers de la Creuse
- L'Union Régionale des Sapeurs-Pompiers d'Aquitaine-Limousin
- Les Services de Santé et de Secours Médical des SDIS
- L'Œuvre des Pupilles Orphelins et Fonds d'Entraide des Sapeurs-Pompiers de France
- La Mutuelle Nationale des Sapeurs-Pompiers de France
- La Région Nouvelle-Aquitaine
- Le Département de la Creuse
- La Communauté de Communes de Monts et Vallées Ouest Creuse
- La Commune de La Souterraine
- La Commune de Dun-le-Palestel
- AVIA France
- AG2R la Mondiale
- Les Tocques Blanches du Limousin

Suivez l'actualité des sapeurs-pompiers de France au quotidien.

 /pompiers.france |  @PompiersFR | pompiers.fr